

Université de Montréal

**La bioéthique et les conflits armés :
la réflexion éthique des médecins militaires**

par
Christiane Rochon

Programme des Sciences Humaines Appliquées
Faculté des Arts et des Sciences

Thèse présentée à la Faculté des Arts et des Sciences
en vue de l'obtention du grade de PhD
en Sciences Humaines Appliquées
option Bioéthique

Décembre 2014

© Christiane Rochon, 2014

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée:

La bioéthique et les conflits armés :
la réflexion éthique des médecins militaires

présentée par
Christiane Rochon

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes:

Président rapporteur
Vardit Ravitsky

Bryn Williams-Jones
Directeur de recherche

Membre du jury
Annie Pullen Sansfaçon

Examineur externe
Georges A. Legault

Représentant du doyen

Résumé

Le but de la recherche est d'étudier les tensions éthiques que peuvent vivre les médecins militaires, qui doivent agir à la fois comme soignants, militaires (même s'ils sont non combattants) et parfois comme acteurs humanitaires. Parmi la littérature sur l'éthique de la médecine militaire, les dilemmes la concernant sont souvent présentés comme le fruit de pressions réelles ou perçues provenant de l'institution militaire, des règles, codes, lois ou de politiques, ceci afin de détourner le médecin de son but premier, soit l'intérêt du patient. Pour mieux comprendre les défis éthiques auxquels sont confrontés les médecins militaires canadiens et comment ceux-ci les traitent, la recherche utilise une approche de bioéthique empirique. À partir d'une analyse de la littérature, nous examinons les dilemmes éthiques des médecins militaires, le concept de profession, ainsi que les codes d'éthique (médicaux et militaires) canadiens. L'expérience éthique est ensuite explorée à partir d'entrevues semi-directives effectuées auprès de quatorze médecins militaires ayant participé à des missions opérationnelles, notamment à Kandahar en Afghanistan, entre 2006 et 2010.

Les résultats, tant conceptuels qu'empiriques, nous indiquent que plusieurs nuances s'imposent. Tout d'abord, les médecins militaires canadiens ne vivent pas les dilemmes tels qu'ils sont présentés dans la littérature, ni en nombre ni en fréquence. Ils sont conscients qu'ils doivent à la fois tenir compte de l'intérêt du patient et du bien commun, mais n'en ressentent pas pour autant un sentiment de double loyauté professionnelle. De plus, ils ont l'impression de partager l'objectif de la mission qui est de maintenir la force de combat. Des distinctions s'imposent aussi entre les médecins eux-mêmes, dans la conception qu'ils se font de leur profession, ainsi que dans les contextes (opération ou garnison), selon le type de travail qu'ils exercent (généraliste ou spécialiste). Les principaux défis éthiques rapportés portent sur les inégalités de soins entre les soldats de la coalition et les victimes locales (soldats et civils), ainsi que sur le manque de ressources, engendrant des décisions cliniques éprouvantes. Un résultat étonnant des entrevues est la présence de deux groupes distincts au plan de l'identification professionnelle. Huit médecins militaires se considèrent avant tout comme médecin, alors que les six autres ne sont pas arrivés à accorder une priorité à l'une ou l'autre des professions. Ces deux groupes se différencient également sur d'autres plans, comme le

nombre et le type de défis éthiques identifiés, ainsi que les mécanismes de résolution des dilemmes utilisés. Malgré les formations éthiques offertes par l'institution, des lacunes subsistent dans la capacité d'identification des expériences éthiques et des valeurs impliquées, de même que des mécanismes de résolution utilisés. Compte tenu du faible échantillonnage, ces résultats sont difficilement généralisables. Néanmoins, ils peuvent nous inspirer au niveau théorique en faisant ressortir le caractère multidimensionnel de la médecine militaire, ainsi qu'au niveau pratique en nous permettant de suggérer des éléments de formation facilitant la réflexion éthique des médecins militaires.

Mots-clés : éthique professionnelle, médecins militaires, dilemmes éthiques, codes de déontologie, double loyauté, bioéthique empirique

Abstract

The aim of this project is to study the ethical tensions that can be experienced by military physicians who must be, at the same time, healers, soldiers (even if they are non-combatants) and sometimes humanitarian actors. In the literature on the ethics of military medicine, potential ethical dilemmas are often presented as the result of pressures, real or perceived, from the military institution, rules, codes, laws or policies that divert physicians from their primary goal, i.e., the interest of the patient. To better understand the ethical challenges faced by Canadian military physicians and how these are dealt with, this project uses an empirical bioethics approach. Based on a literature review, I examine the ethical dilemmas of military physicians, the concept of profession, and Canadian codes of ethics (medical and military). The ethical experience is then explored through semi-structured interviews with 14 military physicians who participated in operational missions, particularly in Kandahar, Afghanistan between 2006 and 2010.

Both the conceptual and empirical results indicate that nuance is required. First, Canadian military physicians do not experience dilemmas as presented in the literature, in number or in frequency. They are aware that they must take into account both the patient's interest and the common good but do not experience this as a sense of dual professional loyalty. In addition, they feel that they share the mission objective, which is to maintain the fighting force. Distinctions are also needed between physicians themselves, in the conception they have of their profession, and in the context (training or garrison) and the type of work they do (general practitioner or specialist). The main dilemmas reported concern inequalities in the provision of care between coalition soldiers and locals (soldiers and civilians) as well as the lack of resources that generate challenging clinical decisions. A surprising result of the interviews is the presence of two distinct groups in terms of professional identity. Eight military physicians saw themselves primarily as physicians, while the other six did not give priority to one or the other professions (military or medicine). These two groups differ in other dimensions, such as the number and type of identified ethical challenges and dilemma resolution mechanisms. Despite the ethical training courses offered by the military institution, gaps persist in the ability to identify ethical experiences, the values involved and the appropriate resolution

mechanisms. Given the small sample size, these results are difficult to generalize. Nevertheless, these findings provide theoretical insights, highlighting the multidimensional nature of military medicine, and practical considerations, by enabling the identification of aspects to improve training and so facilitate ethical reflection on the part of military physicians.

Keywords: professional ethics, military physicians, ethical dilemmas, codes of ethics, dual loyalty, empirical bioethics

Table des matières

| | |
|--|-------------|
| Résumé | i |
| Abstract | iii |
| Liste des abréviations | viii |
| Liste des tableaux | ix |
| Liste des figures | x |
| Remerciements | xii |
| AVANT-PROPOS | 1 |
| INTRODUCTION | 4 |
| Objectifs | 8 |
| Cadre et perspective d'analyse | 9 |
| Structure de la thèse | 14 |
| CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE | 22 |
| Le Canada en Afghanistan | 22 |
| Le Service de santé des Forces Canadiennes (SSCF) | 23 |
| Les dilemmes éthique en médecine militaire | 26 |
| Dilemmas in military medical ethics: A call for conceptual clarity | 30 |
| Abstract | 30 |
| Introduction..... | 31 |
| Ethical dilemmas in military medicine | 33 |
| Conclusion | 46 |
| References | 50 |
| CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE | 55 |
| Question et objectifs de la recherche | 55 |
| Recherche théorique | 57 |
| Recherche empirique | 59 |
| Échantillonnage..... | 62 |
| Méthodologie d'analyse des entrevues | 65 |
| Cueillette et gestion des données | 67 |
| Classification, description et interprétation des données..... | 70 |
| La représentation et la visualisation..... | 74 |
| Proposition d'un schéma intégrateur et d'un plan de formation..... | 76 |
| Considérations éthiques | 77 |
| Portée et limites | 79 |
| CHAPITRE 3 : ANALYSE THÉORIQUE | 81 |
| La médecine militaire comme dualité professionnelle | 81 |
| Définition de profession et professionnalisme : réalité ou idéal? | 83 |
| Distinction entre moralité professionnelle et règle professionnelle | 88 |

| | |
|---|------------|
| Éthique, moralité et choix sociaux | 90 |
| Synthèse | 93 |
| Transition | 94 |
| Are military and medical ethics necessarily incompatible? A Canadian case study ... | 95 |
| Abstract | 96 |
| Introduction..... | 96 |
| Being Military: Just about the legitimate use of force? | 99 |
| Being a Physician: To Heal and Save Lives? | 105 |
| Discussion: Comparing Codes of Ethics..... | 109 |
| Conclusion | 116 |
| References | 119 |
| CHAPITRE 4 : RÉSULTATS DE LA RECHERCHE EMPIRIQUE | 123 |
| Description des participants | 123 |
| Présentation des résultats | 126 |
| Identité professionnelle et rôle professionnel | 127 |
| Dilemmes et défis éthiques | 136 |
| Résolution de dilemmes | 144 |
| Codes d'éthique | 147 |
| Préparation et suggestions..... | 150 |
| Éléments étonnants ou plus isolés, mais intéressants | 152 |
| Synthèse | 154 |
| Identité et rôle professionnels | 154 |
| Dilemmes et mécanismes de résolution | 156 |
| CHAPITRE 5 : ANALYSE DES RÉSULTATS | 158 |
| Introduction | 158 |
| Les dilemmes éthiques vécus par les médecins militaires canadiens : des nuances s'imposent | 160 |
| Pression de la part de l'institution envers l'application des principes bioéthiques dans la provision des soins | 161 |
| Double loyauté professionnelle (conflits de devoirs et de normes éthiques)..... | 165 |
| Neutralité, pacifisme et rôle du médecin dans la guerre | 173 |
| La médecine militaire : des particularités et des nuances | 176 |
| Deux groupes distincts quant à l'identité professionnelle | 180 |
| Liens entre identité et variables personnelles | 181 |
| Lien identité-rôle..... | 182 |
| Lien avec les dilemmes rencontrés | 183 |
| Lien avec le processus de résolution de dilemmes | 184 |
| Identité professionnelle et jugement éthique | 184 |
| Synthèse | 188 |
| CONCLUSION | 193 |
| Proposition d'un schéma intégrateur | 198 |
| Le patient | 200 |
| Institutions..... | 201 |

| | |
|--|---------------|
| Gouvernement..... | 202 |
| Médecin..... | 203 |
| Lois humanitaires internationales, codes d'éthique, règles et valeurs | 204 |
| Proposition de formation..... | 208 |
| Formation éthique particulière pour les services de santé des Forces canadiennes..... | 208 |
| Analyse du code d'éthique militaire et médical : règles, valeurs, identité professionnelle | 209 |
| Des études de cas spécifiques : dilemmes et réflexion éthique, acteurs et responsabilités..... | 210 |
| Éthique de la discussion : l'art de développer une culture éthique..... | 212 |
| Synthèse..... | 214 |
| BIBLIOGRAPHIE | 216 |
| ANNEXE 1 : PLAN ET QUESTIONNAIRE D'ENTREVUE | XV |
| ANNEXE 2 : LETTRES D'INVITATION ET FORMULAIRES DE CONSENTEMENT..... | XXIII |
| ANNEXE 3 : CERTIFICATS D'ÉTHIQUE | XXXVII |
| ANNEXE 4 : LISTE DES CODES..... | XLII |
| ANNEXE 5 : TABLEAUX ANALYSE LIENS ENTRE CATÉGORIES | XLVI |

Liste des abréviations

| | |
|--------|---|
| AMA | American Medical Association |
| AMC | Association médicale canadienne |
| AMM | Association médicale mondiale |
| ANA | Armée nationale afghane |
| ASMFA | Académie des sciences médicales des forces armées |
| BMA | British Medical Association |
| CF | Canadian Forces |
| CAF | Canadian Armed Forces |
| CMA | Canadian Medical Association |
| CIHR | Canadian Institutes of Health Research |
| DEP | Defence Ethics Program |
| DND | Department of National Defence |
| EI | Engins explosifs improvisés |
| EMMRG | Ethics in Military Medicine Research Group |
| FAA | Force aérienne afghane |
| FAC | Forces Armées canadiennes |
| FC | Forces canadiennes |
| FDCA | Food, Drug and Cosmetic Act |
| FIAS | Force internationale d'assistance et de sécurité |
| FRQ-SC | Fonds de recherche du Québec - société et culture |
| IRSC | Instituts de recherche en santé du Canada |
| ISAF | International Security Assistance Force |
| MROE | Medical Rules of Eligibility |
| NATO | North Atlantic Treaty Organization |
| NGO | Non-governmental organizations |
| ONU | Organisation des Nations Unies |
| OTAN | Organisation du traité de l'Atlantique Nord |
| PED | Programme d'éthique de la Défense |
| PNA | Police nationale afghane |
| SSC | Secourisme en situation de combat |
| SSCF | Services de santé des forces canadiennes |
| UDHR | Universal Declaration of Human Rights |
| VECPS | Values and Ethics Code for the Public Sector |
| WMA | World Medical Association |

Liste des tableaux

| | |
|---|------------|
| Table 1. Comparison of military and medical ethics | 110 |
| Tableau 2 : Caractéristiques des participants..... | 124 |
| Tableau 3 : Dilemmes et défis éthiques identifiés | 136 |

Liste des figures

| | |
|--|------------|
| Figure 1: Types of Ethical Dilemmas in Military Medicine..... | 35 |
| Figure 2 : Schéma intégrateur de l'éthique médicale militaire | 198 |
| Figure 3 : Thèmes de la formation spécifique aux membres des SSFC | 209 |

*Pour mes enfants Alexandra et Antoine Olivier,
souvenez-vous toujours des inégalités dont vous
avez été témoins. Préservez votre tolérance et
ouverture au monde en vous rappelant que votre
liberté dépend aussi de celle des autres.*

Remerciements

« Toute production est l'enfant de la solitude »
Goethe

S'il est vrai que rédiger une thèse se fait dans la plus grande des solitudes, elle ne pourrait aboutir sans le support d'un groupe important de personnes. Personnellement, j'ai passé des jours et des nuits à lire, rédiger, à m'isoler du reste du monde. Aujourd'hui, je sais d'expérience que sans la générosité, la patience, l'encouragement et la disponibilité de la part de la famille et des amis, des collègues et évidemment, de son directeur, aucune thèse, malgré tout son potentiel et son intérêt, ne pourrait être complétée. Derrière la présente recherche, il y a donc toute une communauté ayant soutenu son aboutissement et à qui je veux exprimer ma gratitude.

Je tiens tout d'abord à remercier des plus chaleureusement mon directeur de thèse, professeur Bryn Williams-Jones, dont la confiance et les encouragements m'ont donné le courage de persévérer. Ses qualités de motivateur n'ont d'égal que sa propre passion contagieuse pour la bioéthique. Une rencontre d'une heure avec lui suffit pour passer du découragement à l'enthousiasme. De plus, il est un homme d'une ouverture, d'une souplesse et d'un respect exceptionnel. Je le remercie d'avoir accepté mes choix et de m'avoir laissé poursuivre d'autres défis professionnels tout en continuant de m'appuyer. Son encadrement, ses critiques constructives et sa disponibilité m'ont servie à chaque étape de cette recherche. Je lui en suis extrêmement reconnaissante.

Des remerciements vont également à l'endroit des Forces armées canadiennes et leurs services de santé, pour avoir accepté mon projet de recherche et autorisé l'accès aux médecins militaires. Le Comité d'éthique de la recherche en sciences sociales du Ministère de la Défense Nationale a pris le temps de revoir tous les instruments de recherche et même d'y apporter des suggestions pertinentes. Des remerciements particuliers vont à Capt Julie Bédard, qui m'a aidée à établir les premiers contacts. Je tiens également à remercier LCol Robert Poisson, LCol Arshad Saeed et LCol Linda Garand pour leur soutien, et plus récemment le Col Hugh MacKay, pour ses commentaires et son intérêt envers cette recherche. Évidemment,

je remercie sincèrement le Médecin-Général, Commandant du Groupe des services de santé des Forces canadiennes et Brigadier Général Jean-Robert Bernier, pour sa lettre d'appui et d'invitation auprès des médecins militaires, afin de les encourager à participer à l'étude et en m'assurant ainsi, une ouverture sans contrainte de la part des médecins militaires.

Un remerciement particulier revient aux participants qui ont accepté avec beaucoup de générosité et d'ouverture, à travers leurs engagements multiples, de consacrer une partie de leur temps afin de s'entretenir avec moi, sur leur expérience en tant que médecin au sein des Forces armées canadiennes et plus particulièrement, lors de leur mission en Afghanistan. J'en suis extrêmement reconnaissante et espère faire honneur à cette contribution tout au long de cette thèse.

Je remercie également les Fonds de recherche du Québec - société et culture (FRQ-SC) pour le soutien financier dans l'ensemble de mon doctorat, ainsi que les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) pour le financement du projet de recherche qui englobe la présente étude. Je tiens aussi à exprimer ma gratitude à l'ensemble du Groupe de recherche EMMRG (*Ethics in Military Medicine Research Group*), qui ont été mes partenaires tout au long de cette thèse. Des remerciements particuliers reviennent à Matthew Hunt, Lisa Schwartz, Sonia de Laat et Ali Okhowat (mon partenaire de bureau), pour les nombreux échanges, commentaires, appuis et collaborations.

Une thèse de doctorat représente aussi des sacrifices personnels et familiaux. C'est en reconnaissance à leur soutien moral et leur compréhension face à mon isolement, que je remercie mes amis et ma famille pour avoir accepté cet éloignement ainsi que ma négligence à leur égard. D'abord ma mère, qui a appuyé mon projet dès ses débuts et dont je regrette infiniment l'absence pour témoigner de son aboutissement. Jamais je n'aurais pu entreprendre une telle aventure sans son soutien. Mes enfants, Alexandra et Antoine Olivier, qui ont vu leur mère les délaisser physiquement et mentalement, je vous remercie de votre patience et de votre aide. Une attention toute spéciale revient à Éléonore, dont l'arrivée dans ce monde m'a poussé à terminer rapidement. J'adresse un merci particulier à Jinny et à son mari, pour m'avoir « ouvert les portes » et appuyée dans mes démarches. Un clin d'œil de connivence à

mon frère André, qui m'a soutenue émotivement et légalement, et avec qui je partage une même sensibilité face aux injustices. À mes grands amis, ici ou à l'étranger, qui sans les nommer, savent combien leur encouragement et leur soutien ont contribué à faire aboutir ce projet. Merci de m'avoir posé mille fois la fameuse question : « et puis, as-tu fini ta thèse ? ». Oui, cette question est pénible à entendre, mais elle est aussi remplie d'espoir et de confiance. Enfin, des gens m'ont encouragée même s'ils se trouvaient loin de l'université. Je pense ici à deux personnes en Haïti : Sandra qui, malgré ses doutes, m'a appuyée afin que je finalise mes entrevues et à Pierre-Richard, dont le soutien au plan technologique a été des plus apprécié. Merci à tous!

AVANT-PROPOS

L'idée d'étudier l'éthique en médecine militaire provient d'un livre trouvé par hasard (existent-ils des hasards ?) lors d'un séminaire de bioéthique en 2007. Plusieurs livres étaient étalés sur une table mais l'un d'entre eux m'a attiré en particulier. Sa pochette affichait le visage d'un soldat au regard profond, le genre de celui qui a vu des atrocités et perdu tout étonnement devant le monde. J'ai hésité pour finalement me décider à l'acheter et à le lire. Avec le recul des années, je comprends que ce livre de Michael Gross « *Bioethics and the Armed Conflict: Moral Dilemmas of Medicine and War* » répondait à deux besoins: celui d'approfondir la bioéthique évidemment, mais celui aussi de donner un sens à une expérience professionnelle vécue en République Démocratique du Congo de 2002 à 2005. Je suis arrivée à Kinshasa sous un mandat de l'Agence canadienne de développement international (ACDI) alors que la guerre civile persistait toujours. J'y ai travaillé sur différentes tables sectorielles en collaboration avec plusieurs missions diplomatiques dont celle de maintien de la paix des Nations Unis en RDC. Même s'il ne s'agissait pas de ma première expérience à l'international- j'étais consultante depuis 15 ans en Afrique de l'Ouest et au Maghreb- celle-ci m'a marquée par la dureté du conflit et l'ampleur des conséquences au plan humain. Mais, surtout, j'y ai croisé plusieurs fois ce regard de résignation face à la cruauté et la violence, le même que celui du soldat sur la page couverture.

En traitant des défis éthiques rencontrés par les médecins militaires dans les conflits armés, le livre de Gross me poussait à réfléchir et à moins réagir. Je me suis donc mise à écrire sur ce sujet dès 2007 et par la suite, pour chacun des cours au doctorat en bioéthique. J'ai fini par en faire mon sujet de thèse. Toutefois, la littérature dans le domaine analysait l'éthique de la médecine militaire d'un point de vue théorique. L'approche utilitariste de Gross par exemple me semblait aboutir quelques fois à des conclusions contre-intuitives au plan moral. D'un autre côté, les auteurs ayant une approche déontologique me semblaient parfois peu réalistes. Malgré l'intérêt pour ces analyses, ma formation de base (en psychologie organisationnelle et en administration des affaires), mon expérience de développement international incluant une brève mission en Afghanistan en 2008, me poussait vers une approche plus empirique pour étudier l'éthique de la médecine militaire.

J'ai donc entrepris des démarches à l'automne 2009 auprès de connaissances (professionnelles) afin d'accéder aux Services de santé de la Défense Nationale, leur présenter mon projet de recherche et obtenir l'autorisation de faire des entrevues avec les médecins militaires. Parallèlement, j'ai décroché une bourse de doctorat du Fonds de recherche québécois - société et culture (FRQSC). Cela m'a encouragé à poursuivre cette recherche. Mon directeur de thèse, M. Bryn Williams-Jones a présenté mon sujet de recherche à des collègues soit Mme. Lisa Schwartz, professeur à l'université de McMaster, et M. Matthew Hunt de l'université McGill qui terminaient une étude sur les défis éthiques vécus par les professionnels de la santé dans des missions humanitaires. Ainsi, à partir des travaux que j'avais entrepris pour ma thèse nous avons rédigé une demande de financement, que nous avons obtenu, auprès des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) afin d'effectuer une étude similaire à la mienne mais qui prévoyait la participation d'infirmières et autres professionnels paramédicaux et médicaux des forces armées canadiennes. Mon directeur a également créé un groupe de recherche *Ethics in Military Medicine Research Group* (EMMRG) dont je suis membre.

J'ai eu à collaborer avec l'équipe EMMRG mais surtout à distance, car à la fin de l'année 2010 j'ai accepté un mandat de l'ACDI pour gérer le bureau de la coopération canadienne à Port-Au-Prince en Haïti. Cette opportunité comportait d'énormes défis au plan professionnel et humain. Je devais assurer la gestion d'un projet avec près de 100 employés locaux. Ces derniers étaient fortement éprouvés car le séisme avait coûté la vie à leur directrice canadienne et causé de nombreux blessés lors de l'effondrement de l'immeuble dans lequel ils travaillaient. Tous avaient subi, à des degrés divers, des pertes au plan humain et matériel. Durant mon mandat en Haïti, je n'ai donc pu m'investir autant que prévu dans la poursuite de ma recherche. J'ai tout de même réussi à terminer mes entrevues, les faire retranscrire, rédiger le premier article sur la problématique et publier un court article.

Vers la fin de mon contrat en 2013, j'ai eu l'opportunité de retrouver l'éthique et de reprendre la réflexion. En effet, puisque j'étais sur place, j'ai pu appuyer une étude conduite par Matthew Hunt et Ryoa Chung, en les mettant en contact avec le directeur national du comité d'éthique d'Haïti. Leur projet portait sur la perspective des intervenants au sujet de l'équité en

santé, la vulnérabilité et les enjeux éthiques dans le contexte de la réponse post-séisme en Haïti. À mon retour au Canada, j'ai continué ma collaboration dans ce projet en analysant et codifiant les entrevues et en participant à la rédaction d'un article. Je gardais ainsi contact avec Haïti tout en me réintégrant au monde de la recherche. Une transition idéale vers la reprise de ma propre thèse et le contact avec le groupe EMMRG.

Certes, le parcours pour écrire cette thèse est ni standard ni rapide. Il est toutefois empreint d'expériences et de périodes de réflexion sur les contextes difficiles, parfois même éprouvants ce qui, par la force des choses, a certainement contribué à alimenter, peut être même teinter, ma réflexion éthique sur la médecine militaire. À l'inverse de la critique que j'ai pu formuler concernant certains auteurs qui m'apparaissaient trop théoriques, on pourra me reprocher d'être trop sensible, ou même biaisée, à l'égard de la réalité terrain et des contextes difficiles. Il est vrai que j'ai connu les défis reliés à l'adaptation culturelle, les difficultés d'une réelle rencontre avec « l'Autre » et la remise en question parfois brutale qu'elle implique par rapport à nos propres repères. J'ai aussi été témoin des inégalités entre pays riches et pauvres et de leurs conséquences sur les populations et l'environnement. J'ai souvent été étonnée, parfois indignée, face aux décisions bureaucratiques et politiques prises par les gouvernements. Tout cela fait partie intégrante de mon expérience et de ma réflexion. Mais, après tout, n'est-ce pas là le propre de la démarche éthique ? Une réflexion qui oriente l'action dans nos relations avec les autres ? Et comme le dit le professeur Daniel Weinstock (2006) qui m'a dirigé vers les philosophes Williams et Applbaum pour mon examen synthèse, puisque l'éthique fait partie du quotidien des professionnels et des institutions, la réflexion éthique devrait être intégrée au « fonctionnement ordinaire des institutions ». Je ne peux souhaiter dans ce cas que ce biais qui m'habite, s'il existe, soit constructif et positif et m'ait aidé à mettre de l'avant la réalité et le « fonctionnement ordinaire » des médecins militaires canadiens ayant participé à la mission en Afghanistan.

INTRODUCTION

Dans la nouvelle tendance internationale où les opérations militaires, humanitaires, diplomatiques et de développement se côtoient, ainsi que dans lesquelles il est devenu difficile de préciser le rôle des intervenants, la médecine militaire constitue un sujet d'étude particulièrement fascinant. Le médecin militaire¹ se trouve confronté à diverses situations pouvant soulever des conflits éthiques. Il est membre de l'armée même s'il est non combattant, alors qu'en tant que médecin, il a une vocation de soignant. Le rôle que jouent les médecins dans l'armée soulève également des questions au niveau de leur contribution aux efforts de guerre et dans les actions humanitaires. Selon les lois internationales telles que les Conventions de Genève de 1949 et leurs protocoles, le médecin doit, en tout temps et quel que soit le contexte, se référer à son code de déontologie. Or, le code de l'Association mondiale des médecins (WMA, 2004), dicte spécifiquement que la déontologie des médecins reste la même en temps de conflits armés ou en temps de paix. Dans les faits, les médecins militaires doivent pourtant composer avec la réalité du terrain, des codes éthiques, des lois humanitaires, ainsi qu'avec les règles préétablies de l'armée et le stress relié aux conflits armés.

Au cours des dernières années, le travail des médecins militaires a soulevé l'intérêt du public. Au Canada, celui-ci provient surtout du fait que l'hôpital militaire de Kandahar a été dirigé par des médecins militaires canadiens pendant près de trois ans (2006 à 2009). Aux États-Unis, un article (Miles 2004) ayant dévoilé l'implication de médecins de l'armée américaine lors d'interrogatoires hostiles sur des prisonniers, a suscité un débat sur les devoirs éthiques des médecins militaires (Singh, 2003; Moreno, 2004; Wilks, 2005; Bloche et Marks, 2005; Rubenstein et al., 2005; Xenabis, 2006; Okie, 2005; Childress, 2008; Allhoff, 2008; IMAP, 2013). Malgré ce contexte où la médecine militaire demeure très active, il est toutefois surprenant de constater le peu d'intérêt accordé à son étude en bioéthique (Moreno, 2008).

Pourtant, la médecine militaire fait ressortir de façon plus marquée certaines des notions analysées et discutées amplement dans la littérature en bioéthique quant au rapport médecin-

¹ Dans le présent document, les termes employés pour désigner des personnes sont pris au sens générique; ils ont à la fois valeur d'un féminin et d'un masculin.

patient. Ainsi sont soulevés les concepts plus classiques de consentement éclairé, de confidentialité, d'autonomie et de droit des patients soldats qui, par conséquent, ont choisi de « servir le pays avant eux-mêmes »². La médecine militaire touche aussi à des enjeux sociaux tels que le triage, les politiques de santé publique (ex. : vaccination, choix des interventions et des protocoles de traitement) et le rôle du médecin en matière de droits humains. Ces défis éthiques liés à la relation entre le médecin et son patient sont abondamment abordés et discutés en bioéthique. En Amérique du Nord le choix est clair, les droits individuels des patients doivent primer dans toute décision éthique (O'Neill, 2002, Callahan, 2003, Jonsen, 2010). Toutefois, dans le cas du médecin militaire, ce dernier doit se positionner entre l'intérêt de son patient et celui de son institution, celle-ci visant d'abord à protéger l'intérêt public.

Certains auteurs (Sidel et Levy, 2003a) croient qu'une cohabitation de ces deux professions est impossible et qu'elle crée inévitablement des conflits de rôles et de devoirs. Les médecins militaires se trouvant alors dans une position de « double loyauté » professionnelle ; l'une envers leur profession médicale et l'autre envers leur employeur, l'institution militaire (London et al., 2006; Alloff, 2008). Sont-ils avant tout des militaires et ensuite des médecins ou alors l'inverse? Doivent-ils dans de nombreuses situations, délaissier l'intérêt individuel de leur patient au profit des intérêts collectifs de la nation?

En plus des tensions potentielles dans leur rôle envers leur patient et par rapport à l'institution qui les emploie, les médecins militaires doivent composer avec la confusion quant aux types de mission. La mission militaire, qui normalement devrait porter sur l'intérêt collectif, est aujourd'hui présentée comme celle protégeant les intérêts individuels (droit et sécurité de la personne). Ce fut le cas de la mission du Canada en Afghanistan annoncée aux canadiens comme une mission de stabilisation et de reconstruction (Massie, 2007). Tel que le mentionnent Coulon et Liège (2010), même lorsque les troupes canadiennes se sont déplacées vers la région de Kandahar en 2005, le mot « guerre » n'a pas été utilisé par le gouvernement canadien en référence aux interventions canadiennes sur le terrain. Toutefois, l'annonce au

² Il s'agit d'ailleurs d'un des trois principes fondamentaux du programme d'éthique de la défense nationale du Canada (PED; DEP en anglais).

téléjournal des soldats canadiens morts ou blessés lors de combat contre des insurgés, révélait une réalité différente au public canadien (Massie, 2007).

La médecine militaire engendre également des questions à l'égard de la responsabilité morale des médecins dans les conflits armés. Doivent-ils promouvoir la paix et refuser de participer à l'effort de guerre, ou ont-ils un devoir moral d'appuyer leur pays et leurs compatriotes en leur fournissant les meilleurs soins possibles? Ainsi, lors d'une mission impliquant un conflit armé, le médecin peut sentir des pressions pour subordonner l'intérêt du patient au profit de la nécessité militaire : ceci en enfreignant la confidentialité, en traitant un soldat contre son gré, ou tout simplement en le certifiant apte à retourner au combat contre son gré. De plus, dans chacune des professions militaires et médicales, il existe une série de conflits potentiels liés au contexte, de même qu'aux pressions politiques et économiques. Peut-on en conclure pour autant, comme le font Sidel et Levy (2003a), que ces conflits engendrent une incompatibilité morale ?

De toute évidence, dans les opérations militaires, les médecins rencontrent des situations particulières auxquelles ils ne seraient pas confrontés normalement (ex. : interrogatoire, triage, traitement des prisonniers de guerre, certification de retour au combat), sans parler du contexte de tension et de stress qui les entoure. L'institution militaire comme secteur professionnel revêt pour les médecins un caractère particulier dans la mesure où il s'agit d'une institution hiérarchisée, comprenant une forte culture et qui compte sur la conformité de ses membres pour fonctionner adéquatement. L'institution peut même créer un environnement qui rend difficile la dénonciation des abus (Sidel et Levy, 2003a). La complexité des enjeux et l'intensité de l'environnement de travail soulèvent inévitablement des problèmes éthiques singuliers (Pearce et Saul, 2008), d'où l'intérêt d'étudier ce domaine précis de la médecine. De fait, nous croyons comme Frisina (2008), que la problématique de la médecine militaire constitue un sous élément de l'éthique de la médecine comme domaine de connaissance, ainsi que de la bioéthique dans son ensemble.

Par ailleurs, le fait que les canadiens aient participé à une opération de paix et qu'ils aient été responsables de la région tumultueuse de Kandahar tout comme de l'hôpital militaire des

forces de la coalition, constitue une opportunité très rare d'étudier dans un cas concret, l'éthique de la médecine militaire selon un point de vue canadien.

Le but du présent projet est de mieux comprendre les tensions éthiques vécues par les médecins militaires canadiens, tant au niveau de leur rôle auprès des patients qu'au sein de la mission de même que la manière dont ils les gèrent. L'étude devrait permettre de formuler certaines recommandations afin d'aider la réflexion éthique des médecins militaires (politiques ou formation) et d'ouvrir la discussion au niveau institutionnel. Il s'agit essentiellement d'une approche de bioéthique critique (Hedgecoe, 2004) qui allie, à la fois, une analyse compréhensive, afin de faire ressortir les éléments reliés à l'éthique de la médecine militaire et une approche empirique de nature qualitative, à partir de l'expérience des médecins militaires canadiens dans un contexte d'un conflit armé, notamment à Kandahar en Afghanistan.

La question de recherche se résume donc ainsi : **qu'elles sont les tensions éthiques, si elles existent, vécues par les médecins militaires canadiens dans une situation de conflits armés, tant au niveau du traitement des patients que dans leur rôle au sein de la mission et comment les gèrent-ils ?** Des sous questions découlent de cette question principale, comme par exemple : comment le médecin voit-il son rôle dans une organisation dont le mandat premier ne constitue pas les soins de santé ? Le médecin militaire se considère-t-il en premier lieu comme un militaire et ensuite comme un médecin, ou alors l'inverse ? Est-ce qu'un médecin militaire doit inévitablement et fréquemment subordonner les intérêts des patients aux intérêts collectifs ? Quels sont les concepts permettant de comprendre la réflexion éthique du médecin militaire et son action ? Utilisent-ils réellement des principes d'utilité ou font-ils plutôt référence à leurs valeurs et à la responsabilité professionnelle ? Comment les médecins perçoivent-ils leur rôle dans la mission (humanitaire et armée) ? Quels sont les outils utilisés dans leur réflexion éthique (ex. : valeurs professionnelles, code d'éthique, droit humanitaire international) ?

Objectifs

Afin de répondre à la question de recherche, deux approches sont favorisées : l'analyse conceptuelle et une étude empirique. Il s'agit, comme en sciences sociales, de créer un lien entre la réflexion théorique et les données empiriques (Haimès, 2002). L'approche classique en bioéthique est généralement normative et se limite souvent à l'analyse théorique (Kon, 2009). Dans le cas présent, la recherche va au-delà en demandant à des médecins militaires eux-mêmes de nous parler des difficultés, tensions et dilemmes vécus en lien avec leur travail dans le cadre d'un conflit armé.

Dans un premier temps, l'objectif visé est de structurer la littérature afin de démontrer les différents niveaux d'analyse qui s'y retrouvent. En effet, les principaux points soulevés dans la littérature sur la médecine militaire portent sur le rôle du médecin envers le patient, avec l'institution militaire et aussi avec la société comme acteur social et politique. Le débat tourne beaucoup autour du fait qu'un médecin militaire exerce deux professions et qu'il a deux rôles à jouer, qu'il est sous deux types d'influence quant à ses devoirs professionnels, et que cette double loyauté constitue la source des dilemmes rencontrés (Allhoff, 2008; London et al, 2006; Benatar et Upshur, 2008). Pour certains auteurs, il faudrait qu'en tout temps et qu'en toutes circonstances, le médecin militaire priorise la profession médicale et respecte la primauté du bien-être du patient. Ces auteurs en appellent même à un retour du professionnalisme médical (Annas, 2008; Pellegrino, 2003). D'autres auteurs croient plutôt que les principes bioéthiques traditionnels sont difficiles à appliquer dans des contextes comme ceux des opérations militaires (où les enjeux font également appel aux besoins collectifs) et donc, que les codes d'éthiques actuels sont peu adaptés pour la médecine militaire (Gross, 2006; Moreno, 2004).

Face à ce débat, nous choisissons d'analyser plus en profondeur le concept de profession et de professionnalisme afin de déterminer si la double loyauté procure réellement une lunette pertinente à travers laquelle il est possible de comprendre les sources de tensions éthiques en médecine militaire. En corollaire, nous examinons ensuite les codes d'éthiques, médical et militaire, qui sont les outils de référence pour les médecins militaires puisqu'ils définissent leurs obligations et les valeurs auxquelles ils doivent se rattacher dans leur décision et

comportement professionnels. La responsabilité, notamment au niveau du partage entre l'institution, l'État et le professionnel, sert également de paradigme éthique dans l'analyse théorique. Bref, l'analyse dans le présente recherche sert à faire ressortir a) les tensions éthiques potentielles et b) examiner de façon critique deux des variables qui, selon la littérature, expliquent les sources des tensions éthiques.

Dans un deuxième temps, une étude empirique nous permet d'atteindre d'autres objectifs soit d'identifier a) quelles sont les tensions éthiques vécues, s'il y en a, par les médecins militaires canadiens et b) comment ces derniers les identifient, les vivent et y trouvent des solutions (outils utilisés et valeurs considérées dans la prise de décision) et finalement c), le point de vue des militaires à l'égard de certaines opinions émises dans la littérature en éthique de la médecine militaire. Il s'agit de faire appel à l'expérience des acteurs et non plus à l'analyse théorique d'un contexte. Cette approche empirique nous permet tout d'abord, de délaissier les suppositions théoriques sur les dilemmes potentiels de cette fonction, et ensuite d'obtenir un point de vue canadien, alors que la littérature dans le domaine est majoritairement américaine. Il devient ainsi possible de confronter les données obtenues dans les entrevues avec la littérature et l'analyse théorique, afin d'en dégager les similitudes et les différences, toujours dans le but de mieux comprendre la réalité éthique des médecins militaires. Enfin, à travers l'analyse théorique et empirique nous espérons formuler certaines clarifications conceptuelles sur l'éthique de la médecine militaire ainsi que des suggestions pour appuyer les médecins militaires dans leur réflexion éthique.

Au plan méthodologique la recherche empirique s'inscrit dans l'approche mixte de Miles et Huberman (1994) qui s'inspire de la théorisation ancrée dans sa démarche analytique mais qui, contrairement à cette dernière, ne cherche pas à élaborer une théorie. L'approche préconisée ici est plutôt de décrire et d'analyser l'expérience éthique des médecins militaires canadiens.

Cadre et perspective d'analyse

Nous considérons que certains des problèmes rencontrés par le médecin militaire sont communs à tous les médecins dans les sociétés libérales occidentales. Ceux-ci proviennent

d'abord de la pluralité du sens accordé à la profession médicale dans sa relation avec le patient, à l'intérieur d'une organisation et d'une société donnée et ensuite du fait que la déontologie a graduellement remplacé le mode moral de régulation des professions (Legault, 2003). Par conséquent, nous croyons que les tensions éthiques des médecins militaires proviennent aussi de la construction du rôle du médecin. Ceci encourage aujourd'hui, l'adoption de différentes perspectives dans la réflexion éthique : perspective clinique, organisationnelle, politique et sociale. Certains de ces conflits sont particuliers au contexte des opérations militaires, alors que d'autres sont communs à la médecine en général. Ainsi, le cas des médecins militaires est d'autant plus intéressant, car il est à la fois singulier, sans être entièrement différent des autres contextes.

Dans la présente recherche, nous ne privilégions aucune approche éthique particulière, car à l'instar de Bernard Williams (1994, 1985), nous croyons que la vie – et donc la réflexion éthique – est beaucoup plus complexe et multidimensionnelle que les théories éthiques le voudraient et ne se résume pas à rationaliser ou à hiérarchiser des obligations. Selon ce point de vue, il n'existe pas qu'une seule théorie fournissant un cadre à la pensée éthique dans un monde aux valeurs plurielles et dans lequel la moralité ne peut être isolée de l'identité personnelle (donc de la communauté, de la société et surtout du projet de vie qui la constitue). Convenir que la médecine militaire se joue dans un contexte pluriel où les interactions sont diverses mais interdépendantes, appelle à une bioéthique moins individualiste que celle généralement utilisée dans un contexte clinique nord-américain. Cette perspective exige de s'ouvrir à d'autres courants éthiques pouvant offrir quelques lignes directrices. Il s'agit donc d'une position qui se veut réceptive à l'expérience éthique.

Notre point de vue est que la médecine militaire, tout comme la médecine en général, est complexe et touche au rôle même du médecin dans sa relation avec le patient en tant que soignant, mais également dans sa responsabilité sociale et politique. En effet, la pratique médicale a changé durant les dernières années, tout comme les priorités sociales. L'éthique en temps de guerre, comme en santé publique (par exemple dans des cas d'épidémies), est particulière et englobe le « bien commun » (Benatar et Upshur, 2008). Dans le cas d'un conflit armé, la réflexion éthique du médecin militaire l'amène à devoir composer, en plus de l'intérêt

de son patient, avec des principes parfois conflictuels de nécessité militaire et de sécurité nationale. Cela, même si ses règles de déontologie médicale dictent que l'éthique médicale reste la même en temps de conflits armés, ou en temps de paix (AMM, 2004). Notre prémisse est qu'en évoluant et en se complexifiant, il devient difficile pour la médecine d'avoir une seule éthique provenant d'une vision universelle du « bien », et qui s'appliquerait à toutes les situations. Nous croyons également que le savoir éthique n'est pas extérieur à un domaine de pratique professionnelle (Weinstock, 2006). Par conséquent, le processus de réflexion éthique devient central. Ce processus implique toutefois une prise de conscience, une connaissance de soi et de ses valeurs, de son parcours ainsi qu'une capacité d'analyse afin de décortiquer une situation et en faire ressortir les éléments essentiels qui créent la tension. L'analyse éthique s'inscrit aussi, selon nous, dans un cadre donné, celui de l'institution qui véhicule aussi certaines valeurs et qui a des obligations (envers sa clientèle, ses bailleurs, la société). Dans ce contexte, nous sommes d'avis que le rôle du bioéthicien, sans être complaisant, est d'éclairer le débat et d'aider à identifier les enjeux éthiques et non à tenter de fournir des réponses à partir d'une philosophie morale particulière.

Par ailleurs, il nous apparaît important d'expliquer d'emblée, certains choix effectués dans le cadre de la présente recherche et ce, afin de bien circonscrire l'objet d'analyse. La médecine militaire est un domaine tout aussi vaste que complexe et il serait prétentieux de croire pouvoir en faire le tour en quelques pages et seulement à partir de quelques concepts. Tout d'abord, nous avons choisi d'axer l'analyse sur le travail du médecin militaire dans le cadre d'un conflit armé et non pas, par exemple, lors d'une opération strictement humanitaire comme les opérations d'urgence suite à un sinistre. Ce choix constitue d'ailleurs un critère de sélection des participants à l'étude. De plus, nous sommes conscients que d'autres professionnels de la santé tels que des infirmiers, psychologues, auxiliaires médicaux, pharmaciens et autres, travaillent aussi au sein de l'institution militaire. Nous choisissons toutefois de limiter l'analyse aux médecins en incluant les spécialisations (chirurgiens, orthopédistes, internistes, anesthésistes, psychiatres, etc.), car il s'agit généralement d'officiers qui, par conséquent, sont en position d'autorité par rapport aux autres professionnels de la santé. Leur réflexion éthique nous apparaît donc fondamentale par son impact sur l'ensemble des équipes de santé et aussi

parce que les médecins détiennent, de par leur rang, un certain pouvoir de négociation vis-à-vis l'autorité militaire.

Une étude complémentaire, qui fait suite à la présente recherche est actuellement effectuée par le Groupe de recherche EMMRG (*Ethics in Military Medicine Research Group*; direction : Profs. Bryn Williams-Jones et Lisa Schwartz) et inclut d'autres professionnels de la santé, notamment des infirmiers, physiothérapeutes et paramédicaux, dans sa population cible. Cette dernière vise, entre autres, à dégager des analyses comparatives ce qui n'est pas le cas ici puisque nous nous concentrons sur les médecins.

Tel que nous l'avons mentionné précédemment, au plan théorique, puisqu'il s'agit d'une recherche en bioéthique, en plus d'une revue de littérature sur les dilemmes potentiels des médecins militaires, nous nous concentrons sur deux éléments ressortant des écrits sur le sujet : le concept de profession en lien avec l'éthique médicale, de même que les codes d'éthique. Toutefois, nous laissons de côté l'analyse des éléments qui relèvent de la morale politique, c'est-à-dire des idéologies politiques. Nous prenons pour acquis que le médecin, comme tout citoyen d'une démocratie, reconnaît son devoir moral de respecter les lois de son pays et les lois internationales signées par celui-ci, car comme le dit Hare (1989) « *Political obligations are the moral obligations that lie upon us because we are citizen (political) of state with laws* » (p.8). Ceci ne veut toutefois pas dire que le médecin accepte tous les fondements moraux des codes de conduites imposés, ni des décisions prises par l'État qu'il dessert. En fait, nous tenons compte du facteur politique en reconnaissant que les médecins militaires canadiens évoluent à l'intérieur d'une démocratie et qu'ils ont choisi d'en défendre les valeurs, ainsi que les décisions en joignant l'armée canadienne. Même si de prime abord, le sujet semble simple, il touche à des aspects relevant à la fois de la philosophie, des sciences sociales, du droit international, des politiques de santé internationales, de l'éthique en général et aussi de la bioéthique en particulier. Quoique tous ces éléments soient importants pour faire avancer la réflexion sur la médecine militaire, nous devons dans le cas présent nous limiter, ce qui a aussi pour résultat de réduire les possibilités de généralisation.

Enfin, nous sommes d'avis que le chercheur, pas plus que le sujet d'ailleurs, ne peut se détacher du contexte socio-historique dans lequel s'inscrit une recherche. Nous sommes conscients que ce dernier, tout autant que le sujet, interprète la réalité à partir d'un point de vue particulier et en fonction de ses expériences. Pour ces raisons, nous croyons important de présenter au moins deux éléments pouvant influencer notre regard sur le sujet de recherche. Premièrement, nous devons reconnaître que nous ne connaissons pas du tout l'institution militaire. Notre objet de recherche provient d'un intérêt personnel, ayant travaillé comme consultante en développement international pendant plus de vingt ans. Dans le cadre de nos fonctions professionnelles, principalement en Afrique, et lors d'une mission à Kaboul en Afghanistan en 2008, nous avons eu à côtoyer les forces de maintien de la paix ou de stabilisation. Il s'agit donc d'un sujet très près de nous, mais qui ne nous empêche pas de prendre une distance nécessaire « pour remettre en question les évidences ou les rationalisations propres au groupe » (Poupart, 1997 p.195).

Le contrepoids toutefois est que nous ne connaissons pas bien l'organisation militaire, sa culture, son fonctionnement. Cela constitue un biais dans notre analyse des données car peut-être avons-nous mal interprété ou mal compris certains des propos de nos participants. Par contre, en tant que psychologue industriel et organisationnel, ainsi que diplômée en administration des affaires, nous avons acquis une certaine expertise en développement organisationnel, auprès d'entreprises canadiennes et étrangères. Dans le cadre de nos mandats, nous avons effectué de nombreux diagnostics organisationnels à l'aide d'entrevues semi-directives. Évidemment, il s'agit d'un autre type d'entrevue portant sur l'expérience individuelle dans l'organisation, ceci avec une connaissance beaucoup plus grande de la structure organisationnelle étudiée. Toutefois, l'expérience d'entrevues nous a permis d'acquérir une capacité à obtenir la collaboration, à mettre à l'aise, à gagner la confiance et surtout à amener l'interviewé à s'engager dans le récit. Cela de façon à ce qu'il puisse réellement « rendre compte de sa vision et de son expérience » (Poupart, 1997 p.186).

Structure de la thèse

Afin d'aborder la question des dilemmes éthiques que peuvent rencontrer les médecins militaires dans des situations de conflits armés, la thèse est divisée en cinq grands chapitres.

Dans le **Chapitre 1 : Problématique**, nous abordons la problématique de la médecine militaire. Nous allons droit au cœur du sujet afin de circonscrire les dilemmes présentés dans la littérature. Dans un article intitulé « *Dilemmas in military medicine : A call for clarity* » soumis à la revue *BioéthiqueOnline*, nous présentons les dilemmes moraux discutés dans la littérature à partir de trois sources de tension, c'est-à-dire par rapport : 1) aux principes bioéthiques traditionnels; 2) aux codes d'éthiques, règles et lois; 3) aux principes sociopolitiques et démocratiques. En d'autres termes, il s'agit de dilemmes moraux dans la relation avec le patient lui-même, opposant son bien-être à l'intérêt militaire. Ensuite, de dilemmes liés à la déontologie qui mettent en opposition les devoirs éthiques et légaux des médecins entre eux et avec les objectifs militaires (en plus du code d'éthique et lois humanitaires internationales). Et enfin, des dilemmes plus globaux quant au rôle du médecin, touchant à sa responsabilité en tant que citoyen (participation à la guerre et protection des droits humains). L'idée derrière cette classification est de démontrer que les dilemmes se trouvent à des niveaux différents (individuel, institutionnel et sociopolitique), sans qu'ils ne soient clairement identifiés ainsi dans la littérature. En effet, les dilemmes sont souvent examinés de façon indépendante et non dans leur ensemble. Il en résulte un débat ayant tendance à rester cantonné dans des oppositions entre différents acteurs, principalement entre la médecine et l'institution militaire. Ceci, comme s'il s'agissait inévitablement d'une relation conflictuelle entre eux. De plus, la revue de la littérature démontre que la médecine militaire, tout comme la médecine en général, touche à des visions contestées quant aux rôles et obligations du médecin. D'une part dans sa relation avec le patient comme soignant, mais d'autre part comme employé d'une institution donnée, tout comme en tant qu'acteur social et politique.

Le **Chapitre 2 : Méthodologie**, présente les méthodes utilisées pour l'analyse conceptuelle ainsi que l'étude empirique. Il s'agit dans le premier cas, d'une approche théorique de réflexion éthique multidisciplinaire, basée sur la philosophie normative incluant également la

documentation officielle entourant l'éthique de la médecine militaire. L'étude empirique effectuée à l'aide d'entretiens semi-directifs enregistrés auprès de quatorze (14) médecins militaires, s'effectue selon l'approche mixte de Miles et Huberman (1994) qui s'inspire de la théorisation ancrée dans les techniques d'analyse mais qui s'inscrit à l'intérieur d'une analyse théorique préalable (Laperrière, 1997). Ainsi un schéma d'entrevue a été élaboré pour guider les entretiens vers des éléments qui nous intéressaient. Les entrevues retranscrites ont ensuite fait l'objet d'une analyse qualitative et, lorsque nécessaire, comparative des données. Le but de l'analyse des données est de concilier l'interprétation de l'action par les sujets (objet vécu) et par le chercheur (objet analysé) (Deslauriers et Kérisit, 1997). Ainsi, les données sont organisées et classées en étant interprétées. Même s'il s'agit de seulement quatorze entretiens semi-directifs, une codification sous Nvivo a été effectuée afin que les données puissent être partagées dans le cadre de la recherche du groupe *EMMRG*, et qui comprend une population plus large (50 entretiens avec des membres de diverses professions de la santé). La présente recherche a fait l'objet d'une analyse et a obtenu un certificat d'éthique de la part du Comité d'éthique de la recherche de la faculté de médecine de l'université de Montréal (CERFM), mais également d'un comité d'examen de la recherche en sciences sociales (CERSS), auprès de la Défense Nationale. Évidemment, même si la recherche offre un éclairage particulier et parfois novateur sur certains éléments de la médecine militaire, elle ne peut prétendre à une généralisation de ses résultats.

Le Chapitre 3 : Analyse théorique traite des deux concepts issus de problématique et que nous avons choisi d'approfondir, soit la profession et les codes d'éthique. Nous retenons la profession comme premier concept pour servir notre analyse, dans la section intitulée « *La médecine militaire comme dualité professionnelle* ». En effet, tant les médecins que les militaires sont considérés comme des professionnels et ils ont chacun leur code d'éthique professionnel. D'où cette tendance à considérer la médecine militaire comme ayant une double allégeance ou double loyauté professionnelle. Selon ce point de vue, le problème de la médecine militaire provient d'un conflit entre les valeurs et l'éthique des deux professions. Sidel et Levy (2003a) en arrivent même jusqu'à considérer celles-ci incompatibles au plan moral. Il nous semble donc utile d'étudier ce que signifie une « profession », ainsi que des « comportements et valeurs professionnelles ». D'autant plus que, suite aux problèmes de

comportement des professionnels de la santé américains auprès des prisonniers de guerre (à Abu Graïb en Irak et à la prison de la baie de Guantanamo) au cours des dernières années, des auteurs ont plaidé pour un retour aux valeurs professionnelles (Pellegrino, 2002), pour un professionnalisme de la médecine (Cruess et al., 2002), ainsi qu'un nouveau professionnalisme de la médecine (Wass, 2006; van Mook et al., 2009b). Il est donc opportun d'analyser ces concepts, dans le but de comprendre dans quelle mesure ils offrent une solution aux tensions éthiques.

Il s'avère que la profession est un concept multidimensionnel englobant des aspects fonctionnels, structurels et relationnels du travail, et donc traitent à la fois de l'expertise, de l'organisation sociale, des responsabilités, du rôle, des valeurs, de même que des devoirs professionnels. De plus, dans l'utilisation du concept, il y a une tendance à confondre les notions d'obligations morales et d'obligations professionnelles. Une personne peut accepter les obligations professionnelles sans toutefois adhérer à ses fondements moraux (Applbaum, 1999). C'est d'ailleurs à l'intérieur de cette différenciation qu'un professionnel peut décider de ne pas se soumettre à une règle ou à une norme professionnelle, parce qu'il la juge immorale dans un contexte donné. Ce qui fait dire au philosophe Applbaum (1999) qu'il existe deux types de conflits moraux menaçant l'éthique professionnelle : la morale personnelle et la morale politique. Ainsi, le concept de profession ne peut englober toute la moralité d'une personne, qu'il s'agisse d'un médecin, d'un militaire, ou d'un médecin militaire. Par conséquent, la notion de double loyauté professionnelle nous apparaît limitée pour expliquer les tensions éthiques en médecine militaire.

Par ailleurs, les facteurs contextuels exercent aussi une influence car ils peuvent contrôler et imposer des tendances éthiques (Tréviño et al., 1998). Les codes d'éthiques médicaux et militaires qui encadrent les médecins militaires canadiens constituent des outils de référence. Nous présentons donc dans une deuxième section du chapitre 3, une analyse comparative du code d'éthique médical canadien et du code d'éthique de la Défense Nationale et des Forces

Armées canadiennes (FAC³); cet article est cosigné avec notre directeur Prof. Bryn Williams-Jones, intitulé « **Are military and medical ethics necessarily incompatible? A Canadian case study** », et a été soumis au *Journal of Bioethical Inquiry*. Malgré leurs limites, les codes d'éthiques sont des documents importants car ils identifient les valeurs fondamentales ainsi que les règles de conduite d'une profession. Il s'agit d'un outil de référence qui sert à délimiter les responsabilités et à guider les comportements des professionnels (Eriksson et al., 2008; Morrison, 2011). L'analyse comparative des deux codes d'éthique nous permet de constater que les militaires canadiens ont opté pour une éthique basée sur des valeurs soutenues par un programme de formation, alors que celle des médecins est plutôt basée sur la déontologie. La différence la plus fondamentale provient évidemment du fait que l'éthique médicale vise le bien-être du patient, alors que l'éthique militaire vise le bien-être collectif. Malgré l'apparence contradictoire des deux fonctions, les militaires et médecins partagent un certain nombre de valeurs, notamment la loyauté et l'intégrité dans leur code d'éthique respectif. Dans les deux cas toutefois, les codes sont larges et s'appliquent difficilement à tous les groupes de professionnels.

Dans le **Chapitre 4 : Résultats**, nous présentons les résultats des entrevues effectuées auprès des quatorze médecins militaires ayant participé à l'étude. Les résultats sont décrits à partir des six thèmes qui ressortent de l'analyse des données soit : l'identité professionnelle, la perception quant au rôle du médecin militaire, les dilemmes éthiques rencontrés dans les missions en Afghanistan et dans le travail en général, les mécanismes de résolution de dilemmes utilisés, les codes d'éthique (militaire et médical), le niveau de préparation pour faire face aux difficultés rencontrées, et enfin les suggestions pour faciliter la réflexion éthique des médecins militaires.

Les résultats des entrevues attestent de la complexité et de la variété de l'expérience des médecins militaire, tant au niveau individuel, professionnel, qu'éthique. La façon de percevoir la profession n'est pas homogène et se distingue clairement en deux groupes distincts; l'un se

³ À noter que le gouvernement fédéral a remplacé en 2013, le terme « Forces canadiennes » (FC; CF en anglais) par les « Forces Armées canadiennes » (FAC; CAF en anglais).

considérant comme médecin avant tout ; l'autre comme médecin militaire sans pouvoir établir une priorité entre l'une des deux professions. Tous s'entendent pour dire que leur rôle est de soigner. Leur rôle militaire consiste à appuyer la mission, mais les répondants ne partagent pas tous la même attitude à l'égard de l'expérience. Certains manifestent un côté combattant ou « guerrier » et ont mieux accepté les contraintes opérationnelles. D'autres auraient voulu s'exprimer davantage sur le plan éthique, ainsi qu'en faire plus pour certains patients, mais sentaient que cela était moins bien accepté par l'institution. Les dilemmes évoqués touchent à ceux couverts par la littérature, notamment au niveau de la confidentialité, dans les relations avec des collègues, ou autres membres de l'armée. Toutefois, la différence dans les standards de traitement entre les occidentaux et les nationaux, ainsi que les problèmes entourant la limite de ressources constituent les dilemmes les plus fréquemment évoqués par les répondants.

De plus, il est intéressant de constater que près de la moitié des participants disent ne pas avoir rencontré de défi éthique. Toutefois, deux participants ont pris conscience qu'ils avaient vécu un problème de confidentialité en répondant aux questions d'entrevue. D'après les répondants, le code d'éthique médical et militaire ne posent pas de conflits particuliers mais ne servent pas non plus, à la résolution des défis éthiques. Les deux mécanismes les plus utilisés pour résoudre les conflits rencontrés sont la discussion de groupe et l'utilisation de son propre jugement, tandis que les règles d'éligibilité et le travail d'équipe constituent les principaux outils de prise de décision. Par contre, peu de répondants ont été en mesure d'identifier clairement les valeurs utilisées dans leur prise de décision. Enfin, tout en affirmant que l'éthique ne s'enseigne pas, les répondants suggèrent l'organisation de rencontres spécifiques entre professionnels de la santé, pour discuter d'études de cas provenant de l'expérience des professionnels de la santé canadiens.

Dans le **Chapitre 5 : Analyse des résultats**, nous reprenons deux éléments issus des résultats pour les analyser plus en profondeur. Il s'agit évidemment d'un choix parmi d'autres, mais qui nous semblait le plus approprié pour répondre à la question de recherche. Dans un premier temps et directement en lien avec le but de la thèse, **nous examinons si les dilemmes rapportés par les médecins militaires canadiens sont les mêmes que ceux soulevés dans la littérature récente en bioéthique**, surtout dans le champ spécifique de l'éthique de la

médecine militaire. De cette analyse comparative, nous relevons trois constats fondamentaux. *Premièrement*, des distinctions s'imposent. Ainsi, les dilemmes ne sont ni aussi fréquents ni aussi nombreux que dans la littérature. De plus, les médecins militaires ne forment pas un groupe homogène. Des différences ressortent entre les médecins généralistes pratiquant une médecine familiale et ceux qui interviennent en traumatologie. Les dilemmes rencontrés ne sont pas les mêmes si le patient est un soldat canadien, de la coalition ou afghan (soldat ou non). *Deuxièmement*, au-delà d'une tension entre les besoins institutionnels et ceux des patients ou alors d'un tiraillement de loyauté professionnelle, la plus grande tension partagée par tous, est celle de l'iniquité de santé (accès et continuité de soins), entre les soldats afghans et ceux de la force de coalition. Ce défi, amplifié par la limite des ressources, oblige les médecins à prendre des décisions de vie ou de mort, ou même de transfert rapide des patients afghans, dans un système de santé local totalement déficient. La possibilité de dérives au plan éthique, comme chez les professionnels de la santé américains (qui ont participé à des « interrogations robustes »), est considérée comme peu probable dans le contexte canadien, d'après les répondants. Selon eux, la structure indépendante des soins de santé, l'approche éthique, ainsi que les valeurs différentes, font en sorte que les médecins canadiens auraient moins tendance à adhérer à une vision strictement militaire de leur fonction. *Finalement*, compte tenu de la formation reçue en éthique (en médecine et dans l'institution), l'identification des dilemmes vécus et des mécanismes de résolution de ceux-ci, nous apparaît relativement peu articulée. De plus, les médecins militaires canadiens disent se fier à leur jugement personnel et à leurs valeurs pour gérer les défis éthiques tout en ayant de la difficulté à identifier leurs valeurs.

Le deuxième élément d'analyse émerge de l'étude et porte sur **l'identité professionnelle des répondants**. Notons que l'identité n'a pas été « mesurée » de façon quantitative comme le font les études en psychologie mais à été explorée au cours de l'entrevue. En effet, nous demandions aux répondants s'ils avaient à hiérarchiser les professions, laquelle d'entre elles utiliseraient-ils pour se définir. Cette nette démarcation entre deux groupes dans la priorité donnée à une profession était totalement inattendue, car absente de la littérature, du moins de notre point de vue. La notion de sur-identification des médecins militaires aux combattants, ainsi que ses dérives, est discutée dans la littérature (Harrison et Fleming, 2006; Sidel et Levy,

2003a; Howe, 2003a; Gordon, 2012) avec un appel aux médecins militaires de demeurer avant tout médecin et d'accorder la priorité au patient (Annas, 2008; Pellegrino, 2003a; Singh, 2003; Johnson et al., 2006). Nous avons donc vérifié si les deux groupes – celui qui se considère avant tout « médecin » et l'autre qui se dit simplement « médecin militaire » – se distinguaient sur d'autres dimensions discutées lors de l'entrevue. L'analyse démontre qu'il y a une différence entre ceux-ci, non seulement au niveau du genre (les femmes se retrouvant principalement dans le groupe « médecin »), mais également en termes de rôle militaire (le groupe « médecin militaire » faisant plus référence aux armes et à la protection des patients). Quant à la sensibilité aux dilemmes, le groupe « médecin » identifie plus de défis éthiques alors que quatre répondants du groupe « médecin militaire » disent ne pas avoir vécu de dilemmes du tout. De plus, dans les mécanismes de résolution privilégiés, les médecins utilisent surtout leur propre jugement, tandis que les « médecins militaires » favorisent la discussion. Toutefois, on retrouve une similitude quant aux deux groupes, qui font beaucoup référence aux règles d'engagement comme ayant servi de base de référence pour la réflexion éthique.

La littérature sur la médecine dans des contextes humanitaires (Tobin, 2005; Schwartz et al., 2010; Hunt et al., 2012) ainsi qu'en éthique organisationnelle (Tréviño, 1986; Brown et al., 2005) et en psychosociologie (Tajfel et Turner, 1979; Blasi, 1980, 1993; Bandura, 1999; Haidt, 2001), nous permet de comprendre certains de ces résultats. Ainsi, les dilemmes vécus face aux iniquités de santé ainsi qu'aux limites de ressources, sont discutés dans la littérature sur la médecine et ce dans des contextes humanitaires. Par ailleurs, depuis plus de vingt ans, des recherches en psychosociologie tendent à démontrer qu'il existe un lien entre l'identité et les jugements moraux (Blasi, 2004; Aquino et Reed, 2002; Weaver, 2006). Ce concept est peu abordé dans la littérature traditionnelle sur la médecine militaire (Gordon, 2012). En effet, les études sur l'éthique de la médecine militaire ont surtout porté sur les éléments organisationnels (nécessité militaire) et professionnels (double loyauté) et très peu sur les aspects individuels, sauf pour relater un problème d'éthique personnel. Pourtant, une recherche empirique récente en psychologie, auprès de professionnels paramédicaux dans l'armée américaine, démontre qu'une des deux identités professionnelles (soldat ou professionnel de la santé) peut être stimulée et activée pour qu'elle ait une influence

significative sur le jugement moral des individus (Leavitt et al., 2014). Évidemment, compte tenu du nombre restreint de répondants, les différences retrouvées ne peuvent être généralisées. Néanmoins, ces tendances sont intéressantes et soulèvent des questions pertinentes pour des recherches futures, tout en fournissant des indications afin d'enrichir la formation en éthique, pour les professionnels de santé au sein des FAC.

En guise de **conclusion**, nous proposons un schéma intégrateur au plan théorique qui cherche à souligner l'aspect multidimensionnel de la médecine militaire. Le schéma illustre les diverses relations qu'entretient le médecin militaire avec un patient, mais aussi avec une institution et une société. Par conséquent, le conflit éthique peut difficilement être analysé d'un seul point de vue (celui de la relation médecin-patient) même si celle-ci demeure au cœur des préoccupations morales. Les choix politiques et sociaux, la structure et la culture institutionnelle militaire, les règles professionnelles, tout comme la conception que se fait le médecin de sa profession, constituent les éléments qui se conjuguent pour définir les choix éthiques dans un contexte donné. Ainsi, nous pensons que même si la responsabilité éthique revient au médecin, celle-ci doit être partagée et encouragée par les autres acteurs : l'institution militaire, les associations professionnelles et les organisations internationales (ex. : pour les lois humanitaires). Par ailleurs, en tenant compte des résultats des entrevues et du constat quant à la capacité d'identification des défis éthiques des répondants, nous proposons des éléments de formation à ajouter au programme d'éthique de la Défense (PED). Ainsi, nous suggérons une formation destinée spécifiquement aux professionnels de la santé. Le contenu porterait sur l'analyse comparative des codes, règles et politiques médicales et militaires, et pourraient se faire à partir d'étude de cas provenant de l'expérience même des professionnels de la santé canadiens, encourageant une éthique de la discussion. Évidemment, il s'agit d'une suggestion qui nécessite d'être étoffée, mais dont le but est d'améliorer les capacités individuelles de réflexion éthique.

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE

Le Canada en Afghanistan

Le Canada est intervenu en Afghanistan de décembre 2001 à mars 2014. Les États-Unis, appuyés par la Grande-Bretagne, ont débuté les bombardements contre le régime taliban dès le 7 Octobre 2001, soit moins d'un mois après les attaques du 9 septembre, revendiquées par Al Quaid sur les Tours du World Trade Center à New York. Les États-Unis avaient demandé au régime taliban (au pouvoir en Afghanistan) de leur rendre Ousama Ben Laden, l'homme identifié par l'intelligence américaine comme étant à la tête du groupe terroriste et responsable des attaques (ce dernier ayant trouvé refuge en Afghanistan). Devant le refus des Talibans, les États-Unis ont tout de suite engagé l'opération militaire *Enduring Freedom* (Opération Liberté immuable) avec l'aide de la Grande-Bretagne, mais également de la France, l'Australie, l'Allemagne et le Canada. Ainsi, en appui aux États-Unis et dans le cadre d'une coalition de l'Organisation du traité de l'Atlantique Nord (OTAN), le Canada a annoncé en octobre 2001 l'envoi de forces maritimes, aériennes et terrestres sous l'opération *Apollo*, pour soutenir l'opération américaine (Now, 2008). Des troupes canadiennes ont donc été déployées en décembre 2001 et janvier 2002 « pour aider les troupes américaines et britanniques à renverser le régime taliban, éliminer les opérations terroristes et établir la base d'une paix durable dans le pays » (Anciens combattants Canada, 2008; Brisebois et al., 2011).

En 2003, après le renversement du régime taliban, le Conseil de Sécurité de l'Organisation des Nations Unies (ONU) a autorisé la Force internationale d'assistance et de sécurité (FIAS; ISAF en anglais) de l'OTAN à prendre le commandement militaire, afin d'instaurer un nouveau gouvernement. Il est à noter que les Américains se sont joints à celle-ci tout en maintenant en parallèle le commandement d'une partie de ses forces armées. Une troisième opération de l'ONU pour encadrer le processus politique afghan, se déroule également en parallèle et dans laquelle une centaine de personnes sont impliquées (Coulon et Liège, 2010). En 2003, 700 membres des FAC étaient basés à Kaboul pour patrouiller le secteur ouest de la ville, aider à opérer l'aéroport et assister à la formation de l'armée nationale afghane (ANA) (Anciens combattants Canada, 2008). À partir de 2005, le Canada s'est concentré sur la

province de Kandahar, où une force de plus de 2 300 soldats a été déployée pour assurer la sécurité, combattre les insurgés et appuyer les efforts de reconstruction (Anciens combattants Canada, 2008). À partir de juillet 2011, l'effort canadien s'est détourné du combat pour se concentrer sur l'opération *Attention*, consistant principalement à soutenir l'entraînement de l'ANA, de la police nationale afghane (PNA) et de la force aérienne afghane (FAA), afin que l'Afghanistan soit en mesure d'assumer sa propre sécurité lors du retrait des troupes de l'OTAN. Près de 950 membres des FAC ont participé à cette opération (Leprince, 2013). Entre 2001 et 2014, plus de 40 000 membres de l'armée canadienne ont effectué des rotations et sont intervenus dans les différentes opérations canadiennes en Afghanistan ou ailleurs, incluant la mission de combat d'une durée de plus de 5 ans à Kandahar (CBC, 2014). Durant ces années d'intervention, 2 179 canadiens ont été blessés dont 1 542 lors de combats et 162 canadiens sont morts, dont 158 soldats au combat (CBC, 2014).

Le Service de santé des Forces Canadiennes (SSCF)

Plus particulièrement, les Services de santé des forces canadiennes (SSFC) ont été déployés en Afghanistan de 2005 à 2014, tout d'abord dans le cadre des opérations à Kandahar et, à partir de 2011, pour la formation d'équipe médicales. Le SSFC a été créé en 1959 par l'intégration, en un seul service des services médicaux de la marine, de l'aviation et de l'armée de terre. L'intérêt particulier et le rôle le plus important durant toute la mission en Afghanistan est certainement lorsque les SSFC ont reçu le mandat d'assumer le commandement de l'unité médicale multinationale de l'hôpital militaire et du rôle 3 de l'aérodrome de Kandahar dans le sud de l'Afghanistan. Il s'agissait de gérer et d'équiper en ressources matérielles et humaines, un établissement médical antérieurement sous contrôle américain et de moins grande envergure, afin d'en faire une unité de rôle 3⁴ (Tien et al., 2006). Puisque l'unité médicale relevait de l'OTAN, cela impliquait également que les Canadiens devaient travailler avec des équipes provenant de la Hollande, du Danemark, des États-Unis, du Royaume-Uni et de la Nouvelle-Zélande (Brisebois et al., 2011). Les Canadiens travaillaient donc selon les normes

⁴ Le rôle 3 est « l'équivalent d'un centre de traumatologie de soins tertiaires en Amérique du Nord, c'est-à-dire un centre hospitalier équipé pour offrir des soins spécialisés et des soins intensifs et réaliser des opérations chirurgicales majeures » (Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense, 2008).

et sous les ordres d'un commandant de l'OTAN, avec un personnel médical provenant de plusieurs autres pays (Dauphin, 2013).

Les soins de santé en Afghanistan étaient organisés selon les consignes de l'OTAN, soit sous quatre niveaux de soins catégorisés par « rôles ». Le rôle 1 consiste en des soins de première ligne fournis à des petites unités (bataillon). Le rôle 2 fournit quant à lui, des soins de réanimation et de maintien des patients, y compris l'évacuation des patients du rôle 1, à une plus grande unité (brigade), sans toutefois qu'il n'y ait de chirurgie. Lorsqu'un rôle 2 est équipé pour faire des interventions chirurgicales, on dit alors qu'il s'agit d'un rôle 2+. Le rôle 3 est chargé de donner des soins au niveau des divisions et comprend d'autres soins plus spécialisés : en chirurgie (ex : neurochirurgien, spécialiste vasculaire) et autres spécialisation (ex. : anesthésistes, radiologues), en équipement sophistiqué (ex. : CT scan, échographie), en ressources de médecine préventive, de dentisterie, ainsi que de gestion de stress opérationnel (ex. : psychiatres et travailleurs sociaux), qui ne se retrouvent pas dans le rôle 2. Le dernier niveau, soit le rôle 4, fournit des soins définitifs et de longues durées, pour la reconstruction, la réhabilitation, ou pour des besoins qui ne sont pas couverts par le rôle 3. Le rôle 4 est généralement dans le pays d'origine (Brisebois et al., 2011). Dans le cas de la mission en Afghanistan, les soldats canadiens étaient évacués au centre médical régional de Landstuhl en Allemagne, pour des procédures chirurgicales plus avancées, avant de revenir au Canada (NATO, 1997).

Les SSCF avaient connu l'expérience de déploiement d'équipes de chirurgie dans le cadre des missions en ex-Yougoslavie (1993-1996) et à Kaboul au début du conflit de 2003 à 2005, mais il s'agissait d'une première expérience pour le Canada à titre de responsable d'un rôle 3. D'ailleurs, de l'aveu du Médecin Général lui-même, les SSCF avaient très peu d'expérience en médecine de combat (Jung, 2011). Le mandat principal des équipes chirurgicales canadiennes lors des déploiements antérieurs, était principalement de réanimer, stabiliser et effectuer les chirurgies pour limiter les dégâts. Cela afin de pouvoir évacuer les patients hors du pays (Brisebois et al., 2011), alors qu'au niveau du rôle 3, les soins à fournir étaient beaucoup plus complexes et spécialisés.

Au départ, il était prévu que le Canada assume le commandement de l'hôpital militaire de Kandahar pour une période d'un an, mais le mandat s'est prolongé sur près de 3 ans et demi (44 mois), soit de février 2006 à juillet 2009. Huit contingents hospitaliers ont été déployés, communément appelés huit « rotations », au cours de cette période (Brisebois et al., 2011). La population desservie par l'hôpital de Kandahar était variée. On compte d'abord les 15 000 travailleurs de l'aéroport, en plus de quelques dizaines de milliers de soldats de la coalition à travers l'Afghanistan, sans compter les membres des forces armées et de la police afghane. À cette liste s'ajoutent les personnes victimes des combats ainsi que la population en général, s'il s'agissait de leur sauver « la vie, des membres ou la vue » (*life, limb or eye sight*) (Brisebois et al., 2011). Les cas transférés au rôle 3 par d'autres « *Medical treatment facilities* » (unités de soins médicaux) étaient toujours les plus graves : il s'agissait de patients qui ne pouvaient être pris en charge par les autres niveaux de soin (Dauphin, 2013).

L'hôpital était doté d'équipements médicaux de toutes sortes, mais demeurait tout de même un bâtiment en contreplaqué d'un seul étage, ainsi que d'une architecture très rudimentaire (Beckett, 2012). « À la fin de l'hiver 2009, l'hôpital comptait 8 postes de traumatologie; une salle de 13 lits; une unité de soins intensifs de 9 lits; 3 salles d'opération; une salle de radiologie avec scanner de tomodensitométrie; un laboratoire médical de soins dentaires, de physiothérapie et de soins primaires cliniques; et une pharmacie » (CSHP, 2009). Les soins offerts étaient également variés, allant des maux les plus communs pour les patients externes, jusqu'aux soins hospitaliers reliés aux grands brûlés et à la traumatologie, due aux engins explosifs improvisés (EEI) entraînant des traumatismes multiples. Les spécialités pouvaient varier selon les rotations, mais de façon générale, l'hôpital était doté de deux chirurgiens en traumatologie, deux chirurgiens orthopédistes, un chirurgien spécialiste de la chirurgie buccale et maxillo-faciale, ainsi que d'un neurochirurgien (Rapport du Comité sénatoriale permanent de la sécurité et de la défense nationale, 2008). Durant le commandement canadien de l'hôpital de Kandahar, 6 735 interventions chirurgicales ont été réalisées auprès de 4 434 patients. La majorité des patients (66,4%), étaient des ressortissants afghans (1 545 civils, 1 403 forces de sécurité). Les membres de la coalition FIAS ayant été traités à l'hôpital de Kandahar représentent seulement 25,3% (1 121 des patients), tandis que 208 détenus (4,7%) ont subi des chirurgies. Près de la moitié des chirurgies (49,5%), soit 3 329, ont été de nature orthopédique,

suivies par 2 053 chirurgies générales (30,5%), 930 chirurgies maxillo-faciales orales (13,8%) et 272 neurochirurgies (6%) (Brisebois et Tien, 2011).

La préparation pré-déploiement consistait surtout à un entraînement physique et militaire, une formation spécifique au théâtre d'opération (incluant une formation à la culture afghane), ainsi qu'une formation médicale sur l'unité de rôle 3, selon des scénarios spécifiques pour le traitement de nombreux blessés (Brisebois et al., 2011). Plus particulièrement, un programme de Secourisme en situation de combat (SSC), classant les soins à fournir en situations tactiques (selon 3 phases, soit les soins sous feu ennemi, les soins tactiques et ceux d'évacuation), c'est-à-dire selon le niveau de danger pour le blessé et le soignant (un programme enseigné et suivi par les professionnels de la santé) (Savage, 2011). Cette formation et ce programme auraient, entre autres, permis aux FAC de connaître le plus haut de survie aux blessures de son histoire (Savage, 2011).

À partir de 2011, et dans le cadre de l'opération *Attention*, des membres du personnel médical des FAC ont participé aux efforts de formation dans deux camps : l'un à Kaboul, auprès de l'Académie des sciences médicales des forces armées (ASMFA), qui est l'école de soins de santé pour l'ANA; l'autre au camp Mike Spann, à Mazar-e-Sharif, à plus de 300 km au nord-ouest de Kaboul, au nouveau Centre d'instruction militaire régional où se trouvait un hôpital militaire (Lafond, 2013).

Les dilemmes éthique en médecine militaire

Selon Drane (2002), compte tenu des contraintes économiques dans le système de la santé, la bioéthique doit aujourd'hui se pencher sur les enjeux de justice et d'égalité, alors qu'autrefois les principes de bienveillance et d'autonomie primaient. Pour certains auteurs, l'approche classique de la bioéthique de Beauchamp et Childress (2001) (le principisme⁵) de par son biais vis-à-vis l'autonomie des patients, s'appliquerait plus difficilement aux préoccupations sociales de la santé publique et au problème d'allocation des ressources (Callahan, 2003,

⁵ Principism est une approche selon laquelle quatre principes moraux soit l'autonomie, la bienfaisance, la non-malveillance et la justice permettraient de résoudre la plupart des problèmes moraux en médecine.

Bayer et Fairchild, 2004). Cette tension entre le bien-être individuel et collectif, se présente aussi pour un nombre croissant de médecins qui se retrouvent dans des milieux de travail dont le but premier ne concerne pas les soins de santé. Ces situations font ressortir les tensions pouvant émerger lorsque les droits individuels et le bien commun sont en conflits (Levin et Fleischman, 2002; Kass, 2004; Callahan et Jennings, 2002). Par ailleurs, selon DeGrazia (2003), la primauté du patient, les valeurs individualistes seraient plutôt le reflet d'une culture et d'une structure sociale, sans être nécessairement une valeur universelle. Par conséquent, tandis que « l'approche classique de la bioéthique établit une opposition entre droits du malade et bien collectif, (priviliégiant nettement les premiers sur le second), le présent courant cherche un équilibre entre les deux » (Durand, 2005 p.65) .

La médecine militaire est un de ces cas qui, en plus, implique la rencontre de deux professions qui ont chacune leur histoire et leur code d'éthique. Plusieurs auteurs parlent alors de « double allégeance » professionnelle (Physicians for Human Rights et al., 2000; London, 2005; London et al., 2006; Allhoff, 2008; International Dual Loyalty Group, 2008; Benatar et Upshur, 2008). L'Association médicale mondiale (AMM) explique la double allégeance de la façon suivante :

« Lorsque les médecins ont des devoirs et des responsabilités à la fois envers leurs patients et envers des tiers et que ces devoirs et ces responsabilités sont incompatibles, ils se trouvent dans une situation dite de « double allégeance ». Parmi les tiers qui exigent des médecins cette double allégeance figurent les gouvernements, les employeurs (les hôpitaux et les systèmes de santé, par exemple), les assureurs, les officiels militaires, la police, les officiels pénitentiaires et les membres de la famille. » (AMM, 2009 p.66)

Ainsi selon ce point de vue, des dilemmes pourraient surgir lorsque, en raison de la nécessité militaire, le médecin est dans l'obligation de subordonner l'intérêt et la volonté du patient, ou qu'il ne peut fournir les soins appropriés au patient. Les principes militaires visant le maintien de la force de combat et l'obéissance aux ordres, seraient donc en contradiction avec les principes médicaux de primauté du bien-être et d'autonomie du patient, ainsi que des principes de non-malfaisance (Sidel et Levy, 2003a; Beam et Howe, 2003). Comme le résume Allhoff (2008), il s'agit d'une opposition entre le contexte médical et militaire, où il semble y avoir

une tendance à tenir pour acquis que cette opposition soit la source même des problèmes éthiques.

Devant cette double allégeance professionnelle, certains croient que le médecin militaire doit demeurer avant tout un médecin et doit, en toutes circonstances et en tout temps, accorder une priorité absolue aux besoins du patient, tel que l'exige l'éthique médicale (Annas, 2008; Pellegrino, 2003). D'autres, comme Sidel et Levy (2003a) concluent plutôt qu'il est tout simplement immoral pour un médecin d'être militaire.

Selon l'AMM (2004, article 1), l'éthique médicale reste la même en temps de paix et en temps de conflit armé. Toutefois, certains auteurs considèrent que ce principe est difficile à appliquer dans des contextes comme ceux des opérations militaires, où les enjeux font également appel aux besoins collectifs (Gross, 2006; Moreno, 2004). Conséquemment à leur avis, l'éthique médicale ne peut être la même en temps de conflit et en temps de paix (Gross, 2006). En effet, l'éthique médicale militaire serait modifiée par l'adjectif « militaire », tout comme le sont l'éthique médicale pédiatrique, néonatale, d'urgence, de gériatrie ou publique (Gross, 2006). Selon ce point de vue, dans sa réflexion éthique, le médecin militaire doit peser dans la balance certains principes souvent conflictuels, de nécessité militaire, ainsi que de sécurité nationale.

Bref, tout comme dans le cas des médecins de manière générale, on retrouve dans la littérature concernant la médecine militaire, des discussions autour du rôle professionnel, social et politique du médecin, tout autant que sur son rôle dans sa relation avec les patients. Cependant la même question persiste, à savoir s'il existe des valeurs morales universelles, applicables à tous les contextes (le débat universaliste-relativiste), ainsi qu'un débat autour des idéologies libérales en opposition au communautarisme. L'éthique médicale dans son ensemble n'a pas encore réussi à résoudre ces questions, qui se retrouvent aussi dans l'éthique de la médecine militaire.

Dans l'article qui suit, nous proposons une revue de la littérature mettant en lumière le fait que l'argumentation autour de la médecine militaire, se situe souvent à des niveaux différents

d'analyse, ce qui tend à confiner le débat dans des oppositions entre les différents acteurs, principalement le médecin et l'institution militaire (et la double loyauté professionnelle). Nous en appelons donc à une vision plus large de la médecine militaire, pour lever le voile sur la complexité des différents contextes, acteurs et enjeux qui la caractérisent.

Dilemmas in military medical ethics: A call for conceptual clarity

Soumis à *BioéthiqueOnline*

Christiane Rochon, M.Ps, MBA, PhD candidate, Bioethics Program, Department of Social and Preventive Medicine, School of Public Health, University of Montréal

Correspondence : Christiane Rochon, Programmes de bioéthique, Université de Montréal, C.P. 6128, succ. Centre-ville, Montréal, Québec, Canada H3C 3J7.

Abstract

Despite the increase in and evolving nature of armed conflicts, the ethical issues faced by military physicians working in such contexts are still rarely examined in the bioethics literature. Military physicians are members of the military, even if they are non-combatants; and their role is one of healer but also sometimes humanitarian. Some scholars wonder about the moral compatibility of being both a physician and soldier. The ethical conflicts raised in the literature regarding military physicians can be organized into three main perspectives: 1) moral problems in military medicine are particular because of the difficulty of meeting the requirements of traditional bioethical principles; 2) medical codes of ethics and international laws are not well adapted to or are too restrictive for a military context; and 3) physicians are social actors who should either be pacifists, defenders of human rights, politically neutral or promoters of peace. A review of the diverse dilemmas faced by military physicians shows that these differ substantially by level (micro, meso, macro), context and the actors involved, and that they go beyond issues of patient interests. Like medicine in general, military medicine is complex and touches on potentially contested views of the role and obligations of the physician. Greater conceptual clarity is thus needed in discussions about military medical ethics.

Keywords : military physicians, conflict of roles, medical ethics

Funding/Support: The research for this article was supported by a scholarship to Rochon from the Quebec Fonds de recherche sur la société et la culture (FRQ-SC), and funding to Bryn Williams-Jones, Lisa Schwartz and Matthew Hunt from the Ethics Office of Canadian Institutes of Health Research (CIHR).

Acknowledgments: I am grateful to professors Bryn Williams-Jones and Matthew Hunt for their constructive comments and suggestions on various drafts of this article. An early version of this paper was presented at the Points of Intersection *Ethics, Rights, Health Care & Public Health in Humanitarian Assistance* conference in Hamilton in 2010, and benefited greatly from the audience feedback. Many of the ideas here benefited from discussions with members of the *Ethics in Military Medicine Research Group* (emmrp.ca).

Conflict of interest: The author confirms there are no financial interests or connections, direct or indirect, or other situations that might raise questions of bias in the work reported or the conclusions, implications, or opinions stated in the present article.

Introduction

Western militaries are now strongly mobilized by threats and conflicts. The tension between the great powers, characteristic of the Cold War, has been replaced by a proliferation of intrastate conflicts and terrorist acts; while the conflicts have changed in nature, security remains at the heart of Western foreign policy. The work of health professionals in such conflicts has garnered significant public and academic interest. In the United States, Miles (2004) denounced the involvement of some physicians in hostile interrogations of prisoners and raised questions about the ethical duties and obligations of medical officers (Allhoff, 2008).

The literature on military medicine shows diverse points of view regarding potential ethical tensions or dilemmas. For some, military physicians are first and foremost health professionals and so should only consider their patient's welfare in their decision-making; i.e., they should give primacy to traditional bioethics principles (e.g., autonomy, beneficence, nonmaleficence, justice) over other values (Pellegrino, 2003; Annas, 2008). For others, these principles are difficult to apply in a context where collective needs – namely security issues and scarce resources – must be addressed (Gross, 2006; Moreno 2004; Bloche, 1999). Some scholars consider the main ethical challenge to be that military physicians have dual loyalties, in that they are members of two professions, each with its own distinct (and potentially conflicting) ethical codes, norms and values (Allhoff, 2008; Benatar and Upshur, 2008; London et al, 2006; Singh, 2003). Other scholars raise the question about a physician's legitimate role in war, asserting that as medicine is a pacifist and apolitical profession, physicians should only be involved in providing care and should ideally promote peace (Sidel & Levy, 2003; Santa Barbara, 2005). Finally, some even consider the military profession to be so different from that of healthcare that the two are considered totally morally incompatible (Sidel & Levy, 2003).

Military medical ethics is a subject that highlights a series of concepts that are often studied in theoretical and isolated terms, such as double/dual loyalties, medicine as a profession, public health policy, and the responsibility of healthcare professionals towards society. One of the main problems in the literature regarding military medical ethics, I suggest, is that questions and dilemmas are often examined independently – as if they are not in fact interrelated – and resulting from opposition with a military perspective. For example, dilemmas for physicians in the military are thought to come mainly from the tension between military and patient interests, where such opposition diverts military physicians’ focus away from patient interests and towards issues such as military necessity. However, the concept of military necessity – an important principle in international humanitarian law that aims to circumscribe the legal and justified use of force in armed conflict and one that evolves in accordance to human rights and humanitarian values (Schmitt, 2010) – is rarely defined by scholars and is often treated as synonymous with military interest. Further, stereotypical judgments are often implied with regards to medicine which tends to be idealized while the military is presented mostly in negative terms and as having opposite values to those of physicians or with antiwar sentiments (Madden and Carter, 2003; Gibson and Suh, 2006). Even more problematic is the fact that some of the issues or dilemmas discussed in the literature differ in important ways with regards to the perspective of the actors involved, and thus the level of ethical analysis that is required: individual (micro), institutional (meso), or social/political (macro). So, for example, ethical dilemmas can be examined either through the lens of the physician-patient relationship; or via considerations of deontological issues, such as conflicts between different professional duties and obligations (professional codes of ethics or international humanitarian laws); or through discussion of broader dilemmas concerning the physician’s role towards society in general and in war in particular. But to treat all of these issues as if they were problems of the same order or nature – and thus requiring similar ethical considerations – is to misunderstand the complexity of the context in which military physicians operate.

The goal of this article is to examine trends in the literature on ethics in military medicine and then suggest a view that provides greater clarity regarding the different elements and concepts that should be considered when studying ethical issues in a context such as the military institution, where individual and collective interests can create important conflicts. There is

clearly more to the work of a military physician than just an opposition or tension between two actors: physicians and the military institution or patient interest and the common good. Military physicians have a diversity of roles and obligations at different levels towards their patients, their employers and to the society that they serve. Military culture and physicians' values, but also professional rules and political and social choices are all elements that combine to define or constrain ethical choices in a given context. The analysis of ethical conflicts or dilemmas in military medicine must involve more than a micro-level perspective – i.e., that of the ethical physician – because meso and macro level issues and interests shape the practice and work environments of military (and other) physicians. Greater conceptual clarity is thus needed in discussions about military medical ethics in order to recognise the complexity of the relationships between the diverse stakeholders involved (i.e., physicians, patients, military institutions, and society in general). While ethical responsibility for patient care may ultimately lie on the shoulders of physicians, they are not the only or primary ethical agent in military medicine; this responsibility can and should be shared with other key stakeholders (e.g., the military institution) to ensure the practice of an ethical military medicine.

Ethical dilemmas in military medicine

Sidel and Levy (2003a) conducted a comprehensive review of the ethical tensions that military physicians faced in the US military. More recently, Gross (2013) addressed the non-clinical challenges faced by physicians in the military, discussing the participation of physicians in the development of non-lethal weapons, in medical experimentation and research on enhancement technologies, and in humanitarian activities. Gross (2013) points to the complexity of issues in military medicine, but also and perhaps more importantly, to the fact that there is a climate of mistrust between the military and the scientific community in general, and with bioethics in particular, as if discussing issues about the appropriate (or not) involvement of physicians in military activities promoted a “misguided, wrong and dangerous” political agenda (Canli et al., 2007 in Gross, 2013).

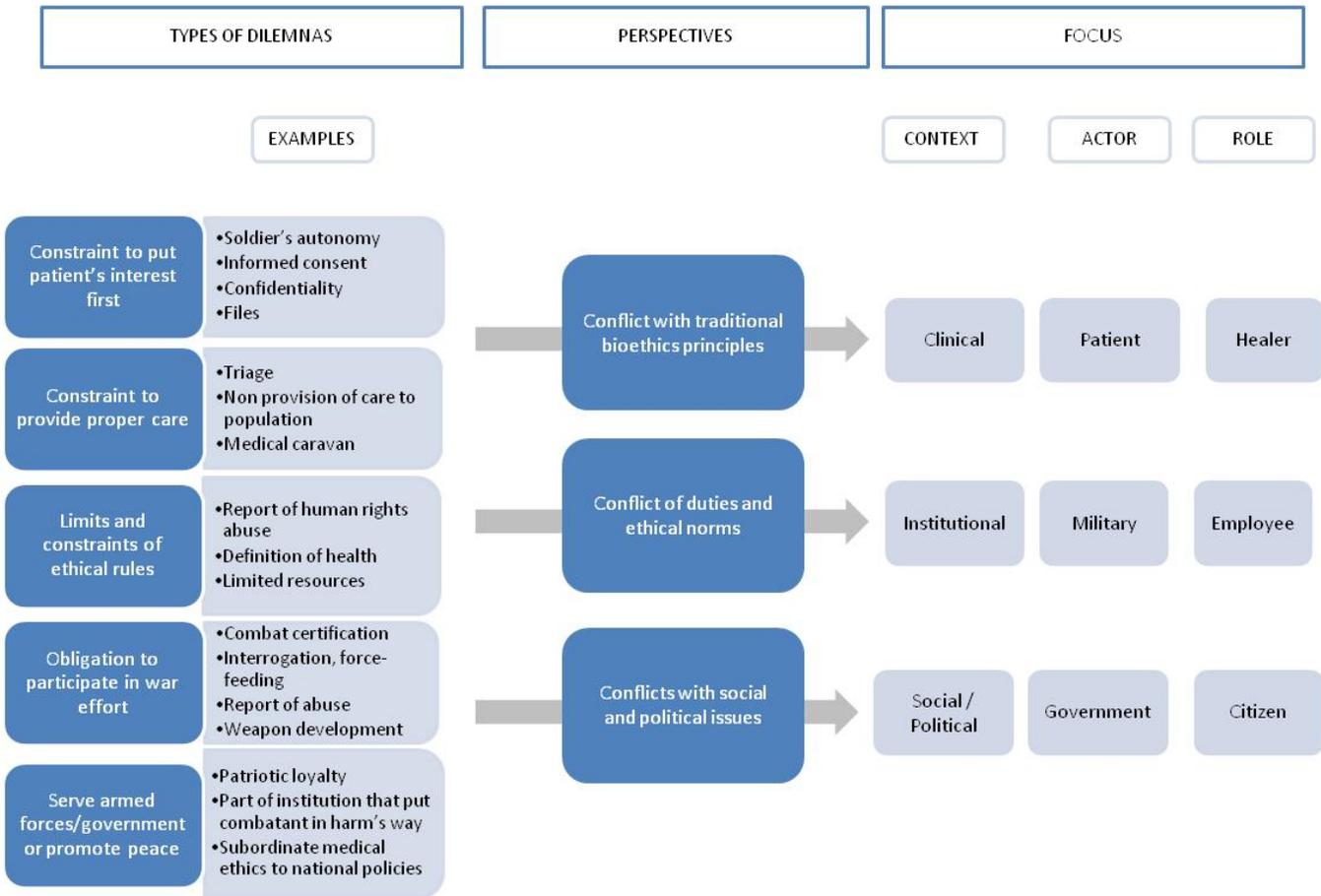
Without going into a complete description of all the ethical conflicts of dilemmas raised in the literature – each of which could be the subject of a lengthy description and analysis – I suggest a classification to show that most are generally presented from three points of view (see Figure 1):

1. Moral problems in military medicine are particular because of the difficulty in giving primacy to traditional bioethical principles;
2. Medical codes of ethics and international laws are too restrictive and not adapted to a military context, and so do not provide the necessary guidance to make ethical decisions;
3. Physicians are social actors working within institutions, but should be pacifists, defenders of human rights, politically neutral or promoters of peace.

Obviously, the presentation of the dilemmas and discussions about the ethics of military medicine are not as sharp as the figure may suggest. But this classification allows us to see where the arguments are generally situated when we are dealing with a particular type of dilemma. Furthermore, this classification shows how dilemmas can be sorted for analysis, but ultimately all of these roles and conflicts are potentially within the same individual, that is, the military physician.

The types of dilemmas – and the different arguments and perspectives of scholars who have reflected on these situations – are situated at different levels, i.e., individual (micro), institutional (meso), or social/political (macro) and focus on different contexts and stakeholders. Moreover, they address different roles and obligations that physicians have to play as healers, professionals, employees and social actors. Some of the issues are therapeutic in nature (care of patient), while others are more social and political (e.g., participation of physicians in the war effort or identification of who is categorized as combatants). This results in ethical dilemmas often being examined either through the lens of the physician-patient relationship, which opposes patient's welfare with military interest; or via considerations of legal issues, such as conflicts between different legal and professional duties and obligations (international humanitarian law and professional codes of ethics); or finally through discussion

Figure 1: Types of Ethical Dilemmas in Military Medicine



of broader dilemmas concerning the physician's role towards society in general. Treating all of these issues in the same way can put enormous pressure and responsibility on physicians, as if they were responsible not only for their own actions, but also for establishing an ethical climate in the institutions in which they work, and even in society more generally. Physicians certainly have a role to play in this regard, but they obviously cannot and should not bear all these responsibilities alone.

Conflict with traditional bioethics principles

The four principles of autonomy, beneficence, non-maleficence and justice have been for some time at the heart of North American bioethics. Concern for the patient's wellbeing and interests, together with the primacy of doing no harm, are seen as ethical principles that should

always guide medical practice (Pellegrino 2005; Annas 2008). According to some authors, in a military context these principles are impossible to respect, making it “morally unacceptable” for a physician to be both a physician and a soldier (Sidel and Levy, 2003a); an opposition is created between the patient’s rights and the common good, with health professionals having to privilege the former over the latter. But other scholars argue that bioethics needs to find a balance between these two objectives (Durand, 2005), hence a move towards focusing more on issues of justice and equality (Drane, 2002).

Gross (2006) explains that a soldier’s autonomy is always limited in a military context, since the right to life, for example, is voluntarily delegated, at least in part, to the military institution by the soldier-combatant. Unlike a civilian, a soldier cannot refuse treatment or vaccination and so expects to be treated primarily with a view to return to combat. As Bloche (1999) points out, “patients are themselves committed to the social purpose served by medical intervention” (p.273). During armed conflict – where there are specific rules to follow, a strict hierarchy and an established chain of command – the patient-physician relationship becomes fairly paternalistic (Schapowal and Baer, 2002). In a context where soldiers are legitimately sent into dangerous and potentially deadly situations, the principle of informed consent, which is a fundamental basis of the physician-patient relationship in Western countries, can also be difficult to apply (Gross, 2006; Howe, 2003a). For example, in the US, the requirement for informed consent can be overridden in certain combat situations by the US Department of Defense invoking Article 23(d) of the *Food, Drug and Cosmetic Act* (FDCA) (Moran, 1992). This exception applies to mandatory protections of soldiers, such as vaccination – but not experimentation – and gives the military “the authority to compel service members to take certain drugs to protect themselves” (Moran, 1992 p.863).

In the same way, the principles of privacy and confidentiality within the physician-patient relationship, closely linked to respect for autonomy, also become more problematic in the military context. For example, because of the threat posed by certain patients, mainly detainees, physicians must exercise caution to protect themselves while treating and talking to patients. Hence, military personnel may be present during diagnosis and care, thus potentially breaching patient privacy and confidentiality. In the case of prisoners, in the “war on terror”,

some military physicians even disclosed confidential medical information about prisoner-patients to US intelligence personnel (Miles 2004; Wynia, 2007). It was also reported that injured (allied or enemy) soldiers have been filmed without their consent by the media or the military, either to demonstrate the horrors of war or for reasons of propaganda (Frisina, 2008). As Sidel and Levy (2003a) have noted, there has in the past been problems with the management of the medical files of soldiers and non-combatants.⁶ Negligence in medical records keeping was also reported for prisoners in Iraq and Afghanistan, where death certificates of detainees were found to be incomplete or even falsified (Miles, 2009).

Such dilemmas also occur in other clinical settings, such as breaches of confidentiality in the case of child abuse or the obligatory declaration of infectious diseases; but many authors argue that the magnitude of these dilemmas is amplified in the military context, in part due to the level of risk, stress and pressure for the key actors to support military objectives (Wynia, 2007). According to Levy and Sidel (2003a), these types of dilemmas arise primarily because physicians are required to subordinate their patients' best interests and wishes to that of military necessity. Arguably, in such a context, traditional ethical principles do not provide a comprehensive or sufficient practical guide for medical officers (Childress, 2008; Gross, 2006; Moreno, 2004a).

Conflict of duties and ethical norms

Gross (2006) highlights the ethical tensions that arise from the World Medical Association (WMA) declaration (2004) that medical ethics is the same in peacetime as in war, and the Geneva Convention Physician's Oath (1949), adopted by the WMA, that requires physicians to affirm that "the health of my patient will be my first consideration". In this case, potential tensions relate to codes of conduct that do not take into account outside pressures, both in the patient-physician relationship and between physicians and the institution (i.e., principles of necessity or military interest). From this perspective, conflict arises in military medicine from

⁶ In 1996, the US Presidential Advisory Committee on Gulf War Veterans' Illnesses criticized the US military for poor record keeping; the Committee identified problems with missing medical records and the absence of or incomplete data on health effects for troops who received the anthrax vaccine during the first Gulf War, which subsequently affected soldiers' medical care when they experienced side effects.

tensions between professional duties. These dilemmas are closely linked to the first category, i.e., conflict with traditional bioethics principles, and also concern about the physician-patient relationship, but are generally presented with an emphasis on the relationship between physicians and their host institutions, and the fact that military physicians may have multiple obligations and ethical codes to which they should refer. Authors such as Sidel and Levy (2003a), Gross (2006), Miles (2011) and Hathout (2012) argue that for reasons of military necessity, physicians may not be able to provide appropriate care or are required to engage in practices to support military actions (e.g., interrogation of detainees, development of biological weapon or non treatment) that are contrary to the principle of non-maleficence.

These sometimes conflicting duties and codes can create dilemmas that may be difficult for military physicians to resolve; described as an issue of ‘dual loyalty’ (London, et al. 2006; Benetar and Upshur, 2008) or mixed agency (Sidel and Levy, 2003a; Howe, 2003a), the aim is to highlight the tension for physicians of having to balance responsibilities to their patients and to the common good (Benetar and Upshur, 2008). To which institution or profession do physicians owe primary allegiance? Which professional code of ethics should guide their behaviour?

Constraints to provision of care

Article 12 of the Geneva Convention I (1949) states that triage should follow emergency medical needs, whether for one’s own soldiers or for enemy soldiers/combatants. Gross (2006, 2008a) argues that triage should instead be understood as a function of military necessity and thus the least injured soldiers are those who should be treated first so they can be quickly returned to battle. Some authors (Swan and Swan, 1996) argue that it is normal and appropriate for armies to prioritise the treatment of their own soldiers. In the US Army, the decision on how to triage is the responsibility of military commanders, after consulting with physicians (Howe, 2003a), and so ultimately it will be the collective interest that takes precedence over individual patient interests (Repine et al., 2005).

In the Canadian Armed Forces, triage decisions are taken by a medical officer who can more freely apply medical and humanitarian ethics principles. Rawling (2001) argues that the view that medical treatment of the wounded in the Canadian Armed Forces is focused primarily on return to combat is more of a cliché than an actual policy, because nothing was ever put in place to implement such a policy. In his historical review of Canadian military medicine, Rawlings (2001) shows that medical teams usually decided when and how they treated the wounded with little interference from military authorities. For example, from a total of 2599 trauma patients that were seen in the Role III hospital in Kandahar, Afghanistan, between October 2009 and December 2010, almost half (1192) were Afghan troops or civilians (Beckett et al., 2012). Rawlings (2001) further argues that the practice of amputation procedures and evacuation measures during conflict, which are done to save a soldier's life even if the soldier will become unfit for combat, demonstrate that triage and care are not done strictly for reasons of returning soldiers to combat. More recently in the context of the Afghanistan war, other authors have argued that triage was not the main ethical issue, as much as the difference in standards of care between NATO and Afghan soldiers who needed to be transferred to local hospitals after being treated for their trauma injuries (Kondro, 2007; Sokol, 2011; Gordon, 2014).

Another example of dilemmas arising from conflicting duties that are discussed in the literature is when, for various reasons (e.g., because of security concerns or rules of engagement), physicians cannot provide care to local populations even if the Geneva Convention (Protocol II, article 7) stipulates that they should (Tobin, 2005). Physicians and other health professionals in the military can also be required to participate in “care caravans” as part of tactical agendas of “winning hearts and minds”, but without being able to provide follow-up care (Gibson and Suh, 2006).

Participation in warfare

According to Annas (2008), in the US “war on terror”, military physicians have faced three major challenges regarding their medical ethics, by being ordered by commanding military officers to 1) assist in intense interrogations of suspected terrorists, 2) participate in the forced

feeding of prisoners on hunger strike, and 3) certify, against their own medical judgement, the ability to return to combat of soldiers being redeployed to Iraq or Afghanistan. These are, for Annas, conflicts involving professional duties that are addressed in professional codes of ethics and international humanitarian law (e.g., torture and inhumane treatment, including force feeding of detainees, are declared unethical behaviour by the WMA Declaration of Tokyo). But as Okie (2005) and Gross (2013) point out, not all bioethicists agree about force feeding, and some argue that a patient's best interest (i.e., access to life-saving treatments) should take precedence over respect for autonomy (i.e., right to refuse treatments).

Medical knowledge and services can also be used in the war effort by the military institution, thereby "weaponizing medicine" (Koch, 2006). The WMA considers that physicians ought to be prohibited from participating in the development of lethal weapons, but although contentious, physician involvement in the development of non-lethal weapons that can augment a military's capabilities is occurring (Gross, 2013; Wang, 2012). Questions about the role of physicians in developing strategic interrogation plans for detainees (Bloche and Marks, 2005), non-lethal weapons to disorient the enemy (Moreno, 2004), or tests of drugs that could genetically enhance soldiers performance in order to inhibit fear or guilt while also reducing the occurrence of Post Traumatic Stress Disorder (Wang, 2012) go beyond what Bloche (1999, p.273) calls a "mediation between clinical fidelity and medicine's social purposes" and should thus also be a matter of ethical reflection on the part of the military institution and healthcare professionals.

Limits of or contradiction between ethical codes or laws

Obligation conflicts can be transformed into ethical conflicts when the physician faces a situation regarding human rights. Indeed, in situations of armed conflict, health professionals are involved as non-combatants in caring for wounded soldiers (enemy or allies) and civilians. International humanitarian laws impose these roles and obligations on health professionals, and in return, grant them protection against attack (Bloche and Marks, 2005). When military physicians treat detainees that appear to have been the victim of mistreatment, as health professionals they have a duty to report to their superiors and other authorities these situations

as cases of human rights abuse; i.e., Article 3 of the WMA Declaration of Tokyo 1979 stipulates that physicians have to report a breach of the Geneva Conventions. This requirement to report human rights abuse can create conflict between the physician and the military institution (Tobin, 2005).

The Universal Declaration of Human Rights (UDHR) provides a very broad perspective with regards to health (Article 25) and the right to life and security (Article 3), which creates expectations about the ethical treatment of civilians, soldiers and prisoners of war. Indeed, UDHR makes life, liberty and security fundamental rights of individuals, along with a right to a minimum standard of living for a person's health and well being. These rights are to be maintained during armed conflict and go hand in hand with other laws regulating conflict. As noted by the United Nations:

As a result of efforts to ensure effective protection for the rights of all persons in situations of armed conflict, a number of United Nations bodies and organizations, human rights special mechanisms, as well as international and regional courts, have in practice increasingly applied obligations of international human rights law and international humanitarian law in a complementary and mutually reinforcing manner. (International Legal Protection of Human Rights in Armed Conflict, 2011 p.118)

So in some cases, military physicians may refer to international humanitarian law when refusing to obey what they consider to be an illegal order, or one that goes against their professional medical and ethical obligations. Physicians may thus already be equipped to resolve some dilemmas, particularly those with regards to abuse, torture or involvement in developing biological weapons, since these are illegal acts under international law.

Yet, legal rules (codes of ethics, international humanitarian laws, etc.) do not always provide clear answers to physicians, and may even be contradictory. Indeed, military physicians can be caught between considerations of military interest, human rights, medical ethics principles and international rules, and a patient's well being. In the case of mass casualties for example, decisions cannot simply be based on the ethical principle of non-discrimination of care as stipulated by medical codes of ethics. Medical resources (personnel and equipment) are limited, selection may thus not be based on priority of care but on the need to save the greatest

number, which may then involve neglecting the more severely wounded. Any form of triage in such a context requires physicians to exercise their own professional ethics, and not necessarily one that is solely or primarily aligned with their medical code of ethics (Giannou and Baldan, 2010). Professional ethical rules can then create a type of dilemma, one in which legal aspects (social) conflict with ethical aspects (moral), so that “in the conflict between ethics and law, it is the conscience of each physician who arbitrates and commands certain behaviour” (Darre, 2002).

International laws exist to prevent excess or misdeeds during conflicts and so protect civilian populations. But the context of contemporary military medicine has changed, not only in terms of values (protection of human rights vs sovereignty of nations) but also because the majority of conflict victims (90%) are now civilians (Iacopino and Waldman 1999; Sidel and Levy, 2003b). As conflicts have become increasingly complex in nature and scope, so too have the laws surrounding these conflicts. In a given situation, hundreds of legal provisions (national and international) may be relevant, only some of which will be directly applicable and able to deliver practical medico-military solutions that respond to both strategic and tactical imperatives while also being consistent with general principles of the laws of war or armed conflict; mere common sense or superficial knowledge of key international texts and conventions will be insufficient (Darre, 2002).

Conflict with social and political roles

The political philosophies adopted by many democracies set out principles of ‘just war’ that give importance to collective interests, subordinate individual interests and thus create tensions between individual rights and those of society as a whole (Gross, 2006). The doctrine of just war as a moral foundation or justification for conflict can be divided into two parts: *jus ad bellum*, which covers the right to resort to war, and *jus in bello*, which covers justice during war. However, in the ethics literature on military medicine, there is a tendency to conflate these two principles.

For military physicians, tensions could arise between a moral obligation to help in the war effort and the “pacifist nature” of the profession (principle of non-maleficence) (Gross, 2008b). For example, Article VII of the American Medical Association (AMA) Principles of Medical Ethics (2001), the preamble to the Code of Medical Ethics, states that “A physician shall recognize a responsibility to participate in activities contributing to the improvement of the community and the betterment of public health.” For several authors (cf., Levy and Sidel, 1997; Horton 2001, Murray et al., 2002), war is an activity that goes against this principle; health professionals should thus act as politically neutral moral agents and refuse to tolerate or participate in wars or conflict, situations that invariably cause significant harm to population health and to the environment. Some scholars even call upon health professionals to promote peace through health activities, because peace and health are seen as motivated by the same values; health professionals should thus work together with peace workers and institutions who have the mandate to negotiate conflict resolution (MacQueen et al., 2001). Specific examples include those proposed by Levy and Sidel in their book *War and Public Health* (1997), where they apply a public health prevention model to war because war constitutes a threat to public health (Wass, 2001; Zwi, 2004), and so can and should be prevented and/or treated as are other chronic illnesses (Pinto, 2003).

But as Gross (2013) argues “contributing to war, no less than contributing to peace, may also distance medical workers from their primary obligations.” (p.97) Rascona (2003), for his part, argues that wars have taken place for centuries without the assistance of physicians and their absence did not necessarily help the world to live without war. Like Gross (2008b), Roscona questions “the notion that medical ethics may be somehow superior to (all) others” (2003 p.322) Madden and Carter (2003), further argue that health professionals have, as part of the social contract that is at the base of most formal professions, a duty to “give back” to their society.

In this context, the question of physicians’ legitimate participation in war does not arise from their professional obligations, but rather because of their civic obligations. Physicians can hardly resist or defy principles that were adopted by their own society with regards to just war and the use of force. As professionals, physicians have a moral duty towards their patients. As

citizens and members of the military, they also have a duty and obligation towards the society in which they live. However, their participation in war, as with all soldiers (combatant or not), is governed by the principles of *jus bello* which provides that “acts of war must be proportionate to the objectives and must respect the immunity of non-combatants, which means sparing the civilian populations” (Chung, in Baril, 2008). It is thus important to recognise the distinction between a physician’s participation in war, and the way he or she contributes, which as already stated, are sometimes confused in the literature on ethics and military medicine (List, 2008).

Another problem for physicians relates to political decisions during conflicts. It is increasingly the case that enemy combatants are not the soldiers of an enemy state (e.g., members of a standing army), but instead are members of guerrilla, revolutionary or terrorist groups, and in some cases they are children. Are such combatants to be treated as “enemy soldiers” and thus when captured, treated as prisoners of war and protected by the Geneva Conventions (Howe, 2003b)? Or, following the US policy implemented by former President George W. Bush, should these combatants be treated not as soldiers, but as “unlawful combatants” and deprived of the protection they would receive as prisoners of war (Singh, 2003)?

Since Al Qaeda was not a signatory of international conventions, the US government under the Bush administration concluded that the Geneva Conventions did not apply; the principles of the Conventions only need be respected “to the extent appropriate and consistent with military necessity” (Bush, Memorandum February 7, 2002). While this position was hotly contested by other NATO countries involved in the war in Afghanistan (Elsea, 2007), and later changed under the Obama administration, it nonetheless highlights the complex nature of modern conflicts and the challenges facing military physicians in trying to apply the prescriptions of international policies that were written for very different types of warfare. If the decision regarding classification is made on the advice of “political leadership rather than on objective facts, the potential for undermining the humanitarian impact of International Humanitarian Law increases dramatically” (Carswell, 2009 p.158).

Following allegations of prisoner torture by American soldiers – and the involvement of medical personnel – at Guantanamo Bay, Cuba, and in Iraq and Afghanistan, in 2005 the US Defence Department changed its ethical guidelines for health professionals (Rubenstein et al., 2005; Miles 2004, 2009). These new guidelines, contrary to international humanitarian laws and international or national codes of medical ethics, opened the door for psychiatrists and physicians not involved in the care of prisoners to participate in interrogations. Their involvement was justified by the absence of a clinical link with the prisoners (i.e., the physician-patient relationship). Groups of psychologists and psychiatrists were created with the explicit mandate to develop integrated strategies for interrogation by manipulating prisoners' emotions and weaknesses so that they would provide information to US intelligence services (Miles, 2009). Of course, this participation by health personnel has been denounced by many and raised questions about the participation of physicians in war in its broadest sense. But this situation also demonstrates how the notion of patients can become confused and politically charged. In addition, the fiduciary or trust nature of the patient-physician relationship is less clear in the context of a military operation because physicians are assigned to specific units and often have little direct contact with the soldiers they are likely to treat (Frisina 2008)⁷.

Finally, military physicians are asked to work in different contexts such as natural disasters, humanitarian crises and security operations, sometimes side-by-side with non-governmental organisations (NGO) and humanitarian workers. Since the end of the Cold War, conflicts are mostly intrastate as opposed to interstate. Military operations are increasingly deployed for humanitarian reasons and for the protection of human rights as opposed to, for example, dominance over territory and resources (Schweizer, 2004). But the objectives of such aid – and of the partners involved in delivering aid – may be very different. For example, in Afghanistan and Iraq, humanitarian aid was used by the US military to advance military goals (Lischer, 2007). Such situations can create confusion on the part of the public and the health

⁷ Most military physicians work in secure base hospitals, some distance from the front lines and active combat operations. By contrast, medics – who are usually not members of formal health professions such as medicine or nursing, and who are combatants (i.e., part of combat teams) – will likely face a different set of professional and ethical conflicts than those faced by military physicians working in base hospitals.

professionals involved in such missions regarding objectives that may, depending on the actor involved, be development, humanitarian and/or military (Desilet, 2004; Duffield, 2001; Nossal, 2003).

In sum, political decisions (from government or from health professionals) in a military context have the potential to affect the work of health professionals to the point where it can redefine their contribution and role.

Conclusion

The above review of dilemmas encountered in military medicine shows that they are presented mostly as being the result of real or perceived pressures from military or political interests on physicians to divert their professional duty to their patients in favour of other ethical priorities; these pressures will then inevitably create ethical conflicts and contradictions that are difficult to manage. Thus, the state is opposed to the patient in its prioritising of collective interests over individual patient benefit, and the military institution is pitted against the physician in a conflict between, on the one hand, military interest and institutional pressure to conform, and on the other, medical responsibility and autonomy. Basically there is a tendency to oppose the physician-patient relationship with the interests of other stakeholders, mainly the military institution.

Frequently, questions and dilemmas regarding military physicians focus on one issue at a time, in parallel and segmented ways, with respect to patients, codes of ethics or political ideology. For example, if the focus is on *bioethics principles*, the context discussed will often be mainly clinical, patient interest will be considered first, and the physician's main role and activity will be that of a healer with strictly therapeutic aims. If, instead, the focus is on *ethical codes and obligations*, then the institutional and deontological contexts will be emphasised, with attention to issues of the medical profession and its values, the role of physicians as employees of an organization (i.e., dual loyalties), and often within a utilitarian framework that highlights issues of the common good. In cases where *social and democratic principles and policies* are put forward, the focus is generally more on the role of physicians as citizens, on collective

interests and on social and political aspects of medical practice, often arguing for a liberal or communitarian philosophy of medicine. Hence the way to address ethical conflict in military medicine is often reduced to claims that physicians are virtuous professionals with values that are intrinsically good, and therefore that their profession is simply incompatible with the reality of military operations.

But as Figure 1 shows, dilemmas differ substantially by level, context and the actors involved and this should be acknowledged to better situate ethical analyses of the challenges facing military physicians. So in confining the debate to an opposition between only two types of actors, much of the discourse on ethics in military medicine seems to miss more essential questions such as: What are the common values and ethics in military medicine? What is the actual bargaining power or influence that physicians have as military officers? And what are the responsibilities of other stakeholders, namely professional associations, the military institution and even the government in supporting the military physician to be and act as a moral agent?

Not all conflicts of value or ethical dilemmas are due to pressures imposed by the institution in the name of military necessity or interest. Physicians are not, by definition, in an adversarial relationship with the military. The potential for conflict exists (and may be inevitable) between different principles, beliefs and values systems that are held by physicians, national/international professional associations, and the institutions in which physicians work (Pearce and Saul, 2008). But the various potential dilemmas are due to the different roles of military physicians and the fact that during an armed conflict, they act as healers, members of the military and also as citizens. Military physicians are in a position where they must have a professional responsibility both towards individuals and society (Benatar and Uphur, 2008) and thus must also attend to the common good. As such, the context in which they operate is both clinical, institutional, social and political. In that sense, military medical ethics would benefit from taking into account the relationship between all actors involved, i.e. physician, patient, military institution and society, and recognize that the responsibility for ethical reflection is shared between several actors and stakeholders who are specific but also interdependent. As Gibson and Suh note (2006):

Military medicine should be a touchstone for principled management of the convergence of healthcare, foreign affairs, and human rights protection. However, this will only happen if the role of physician moves beyond that of merely a provider of medical services, and if physicians can rise to the challenge and assume the role of providing ethical checks and balances against other military leaders. For their part, military commanders must increasingly understand the unique role that physicians and other healthcare professionals play in their units. Physicians are not riflemen who conveniently possess medical skills. They possess highly developed scientific and humanitarian assets and thus may provide a perspective on military operations that other officers cannot. (p.5)

As suggested by Bloch (1999) the challenge for medical ethics then is not to resolve all tensions between patient welfare and collective interests, but rather to reflect on how and to what extent the social expectations or pressures places on physicians can become part of a coherent medical ethics reflection and judgment.

Military medicine, like medicine in general involves a diverse group of actors and interests and touches on potentially contested views of the role and obligations of physicians, that is as a caregiver in the patient-physician relationship, but also as a professional with social and political responsibilities. Military medicine is but one example of the larger debate in medical ethics about the appropriate roles and responsibilities of physicians in diverse workplaces (Frisina, 2008). As medical practice has changed over the years, so too have social priorities. For example, issues of resource limitation and physician responsibilities towards society are becoming important constraints in many contexts not just in military medicine. These types of problems are increasingly being discussed in the public health ethics literature, and in bioethics in general. In fact, a review of the literature by Wendler (2013) reveals that there are no less than 27 exceptions recognized by scholars and physicians regarding the primacy of patient's best interests with competing considerations in contemporary medical practice.

I have argued that three perspectives – i.e., individual and clinical (micro), organizational and deontological (meso) and social and political (macro) – are necessary to examine the ethical dilemmas discussed in the literature on military medicine, in order to make progress in addressing the complex reality of military physicians. A larger and more conceptually clear

discussion and analysis is thus required regarding the physician's role in society in general, and in war in particular, and one that encourages an appropriate sharing of responsibilities between the actors involved (physicians, military institution and government) so as to maintain an ethical climate in the very difficult circumstances of military operations (armed conflict, peacekeeping or even humanitarian missions).

References

- ALLHOFF, F. (2008) *Physicians at War : The Dual Loyalty Challenge*, N.Y. Springer. 274 p.
- AMA, American Medical Association (2001) *Principles of Medical Ethics*, Chicago, Illinois.
<http://www.cirp.org/library/statements/ama/>
- ANNAS, G. J. (2008). Military Medical Ethics--Physician First, Last, Always. *N Engl J Med*, 359, p. 1087-90.
- BARIL, D. (2008) *Les principes de la guerre juste peuvent-il s'appliquer au terrorisme*. Forum, Université de Montréal.
<http://nouvelles.umontreal.ca/content/view/987/228/>
- BECKETT, A. PELLETIER, P., MAMCZAK, C., BENFIELD, R. ELSTER, E. (2012) Multidisciplinary Trauma Team Care in Kandahar, Afghanistan: Current injury patterns and care practices, *Injury, Int. J. Care Injured* 43. p.2072–2077.
- BENATAR, S. R., UPSHUR, R. E. (2008). Dual Loyalty of Physicians in the Military and in Civilian life. *Am J Public Health*, 98. p. 2161-7.
- BLOCHE, M. G. (1999). Clinical Loyalties and the Social Purposes of Medicine. *JAMA*, 281, p. 268-74.
- BLOCHE, M. G. ; Marks, J. H. (2005). When Doctors Go to War. *N Engl J Med*, 352, p.3-6.
- BLOCHE, M. G. ; Marks. J.H. (2005a) Doctors and Interrogators at Guantanamo Bay. *New Engl J Med* ; 353. p.6-8
- BUSH, G. W. (2002) Humane Treatment of al Qaeda and Taliban Detainees. Memorandum of the Vice-President.
<http://www.washingtonpost.com/wp-srv/nation/documents/020702bush.pdf>
- CARSWELL, A. J. (2003) Classifying the Conflict: a Soldier's Dilema. *International Review of the Red Cross*. 91 (873) p. 144-161 available at:
<https://www.icrc.org/eng/resources/documents/article/review/review-873-p143.htm>
- CHILDRESS, J. F. (2008) Conclusions and Next Steps in Weisfeld, N. E.; D. Weisfeld, V. D. and Liverman, C. T. (eds) *Military Medical Ethics: Issues Regarding Dual Loyalties: Workshop Summary*. The National Academies Press. Available:
<http://www.nap.edu/catalog/12478.html>
- DARRE, É. (2002) Droit international humanitaire : Problèmes éthiques posés au médecin, Mémoire, Université Aix Marseille.
http://memoireonline.free.fr/08/06/203/m_droit-humanitaire-problemes-ethiques-poses-au-medecin0.html#toc0
- DÉSILET, L. P.(2004) La contribution du Canada à la reconstruction de l'Afghanistan une mise en application du concept de « sécurité humaine. CDAI-CDFAI 7th Annual Graduate Student Symposium, RMC, October 29-30,
- DRANE, J. F. (2002) What is Bioethics? A History. In : Lolas FS, Agar LC, eds. *Interfaces between bioethics and the empirical social sciences* [Regional program on bioethics OPS/OMS publication series 2002]. Third Meeting of the international advisory board on bioethics. Buenos Aires : Pan American Health Organization and WHO; October 2001. pp. 15-32.
- DURAND, G. (2005). *Introduction générale à la bioéthique : histoire, concepts et outils*, Québec, Fides, 565 p.
- DUFFIELD, M. (2001). *Global Governance and the New Wars: the Merging of Development and Security*, Zed Books, London, 293p

- ELSEA, J. K. (2007) Treatment of "Battlefield Detainees" in the War on Terrorism, Congressional Research Service Report for Congress, January 23, 59p. Available: <http://www.fas.org/sgp/crs/terror/RL31367.pdf>
- FRISINA, M. E. (2008). Guidelines to Prevent the Malevolent use of Physicians in War in Allhoff, F. (ed.) *Physicians at War : The Dual Loyalty Challenge*, N.Y. Springer, p.39-52.
- GENEVA CONVENTIONS (1949)
available at: http://www.law.cornell.edu/wex/geneva_conventions
- GIANNOU, C.; BALDAN, M. (2010) *War surgery: Working with limited resources in armed conflict and other situation of violence*. Vol 1. International Committee of the Red Cross (ICRC) Geneva, 350p. available at: <https://www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc-002-0973.pdf>
- GIBSON, B. R; SUH, R. (2006) Doctors With Borders : The Role of Health Professionals in War and Human Rights. *American Public Health Association* 134th annual meeting in Medscape. Available <http://www.medscape.com/viewarticle/553271>
- GORDON, S. (2014) The Military Physician and Contested Medical Humanitarianism: A Dueling Identity? *Social Science & Medicine*, doi:10.1016/j.socscimed.2014.04.025
- GROSS, M. L. (2006) *Bioethics and Armed Conflict: Moral Dilemmas of Medicine and War*, Cambridge, Mass, MIT Press, 384 p.
- GROSS, M. L. (2008a). Why Treat the Wounded? Warrior Care, Military Salvage, and National Health. *Am J Bioeth*, 8, 3-12.
- GROSS, M. L. (2008b) Is Medicine a Pacifist Vocation or Should Doctors Help Build Bombs. in Allhoff, F. (ed) *Physicians at War: The Dual Loyalty Challenge*, N.Y. Springer, pp.151-156.
- GROSS M. L. (2013) Military Medical Ethics: A Review of the Literature and a Call to Arms. *Cambridge Quarterly Healthcare Ethics*. 22. p. 92-109
- HARRISSON, B. K. FLEMING D. A. (2006) The Military Physician as a Noncombattant: The Concept of Over Identification. *Military Medicine*, Guest Editorial, 171 (10), iv-vi
- HATHOUT, L. (2012) The Right to Practice Medicine Without Repercussion. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* 7:11. available at: <http://www.peh-med.com/content/7/1/11>
- HORTON, R. (2001). Public Health: a Neglected Counterterrorist Measure. *Lancet*, 358, 1112-3.
- HOWE, E. (2003a.) Point/Counterpoint-A response to Drs Sidel and Levy, Physician-Soldier: A Moral Dilemma in Military Medical Ethics, in *Military Medical Ethics*, Volume 1, Falls Church, VA: Office of the Surgeon General: 2003, p. 312-320.
- HOWE, E. (2003b). Dilemmas in Military Medical Ethics since 9/11. *Kennedy Institute of Ethics Journal*. 13 (2): 175–188.
- IACOPINO, V. , WALDMAN, R. J. (1999). War and Health: from Solferino to Kosovo--the Evolving Role of Physicians. *JAMA*, 282, p. 479-81.
- KOCH, T. (2006) Weaponising Medicine: "Tutti fratelli" no more. *Journal of Medical Ethics*, 32 . p.249-252
- KONDRO, W. (2007) Afghanistan: Outside the comfort zone in a war zone . *CMAJ*, 177 (2):131-134.

- LEVY, B. S; SIDEL V.W., (1997) *War and Public Health*, Oxford University Press, N.Y. 412p.
- LISCHER, S. K. (2007) Military Intervention and the Humanitarian "Force Multiplier". *Global Governance*. 13 (1) p. 99-118.
- LIST, J. M. (2008) Medical Neutrality and Political Activism: Physician's Role in Conflict Situations in Allhoff, F. (ed.) *Physicians at War: The Dual Loyalty Challenge*, N.Y. Springer pp. 237-253.
- LONDON, L., RUBENSTEIN, L. S., BALDWIN-RAGAVEN, L., VAN ES, A. (2006) Dual Loyalty among Military Health Professionals: Human Rights and Ethics in Times of Armed Conflict. *Camb Q Healthc Ethics*, 15, p. 381-91.
- MADDEN, W.; CARTER, B. (2003) Physician-soldier: A Moral Dilemma in Beam, T.E; Sparino, L.R. (eds), *Military Medical Ethics*, Volume 1, Falls Church, VA: Office of the Surgeon General : 2003, p.. 267-291
- MAQUEEN, G., SANTA BARBARA, J, NEUFELD, V., YUSUF, S. HORTON R. (2001) Health Through Peace: Time for a New Discipline. *The Lancet*, Vol 357, 1460-1461
- MILES, S. H. (2004). Abu Ghraib: its Legacy for Military Medicine. *Lancet*, 364. p. 725-9.
- MILES, S. H. (2009) *Oath Betrayed: America's Torture Doctors*. 2nd Ed. Los Angeles, CA, University of California Press. 274p.
- MILES, S. H. (2011) The New Military Medical Ethics: Legacies of the Gulf Wars *Bioethics*, 27 (3) p. 117-23 doi:10.1111/j.1467-8519.2011.01920.x
- MORAN, P. J (1992) A Military Exception to "Informed Consent": Doe vs Sullivan. *St J ohn's Law Review*. 66(3). p. 847-863 Available at: <http://scholarship.law.stjohns.edu/lawreview/vol66/iss3/15>
- MORENO, J. D. (2004). Medical Ethics and Non-Lethal Weapons. *Am J Bioeth*, 4, W1-2.
- MORENO, J. D. (2004a) *In the Wake of Terror: Medicine and Morality in Time of Crisis*. MIT Press, 255 p.
- MURRAY, C. J., KING, G., LOPEZ, A. D., Tomijima, N. & KRUG, E. G. (2002). Armed Conflict as a Public Health Problem. *BMJ*, 324, 346-9.
- NOSSAL, K.R. (2003) The World we Want: The purposeful Confusion of Values, Goals, and Interests in Canadian Foreign Policy, Paper prepared for *Canadian Defence and Foreign Affairs*. 14p.
- OKIE, S.(2005) Glimpse of Guantanamo-Medical Ethics and the War on Terror. *New England Journal of Medicine*. 353(24). p.2529-2534
- PEARCE, G., SAULE, P. (2008). Towards a Framework for Military Health Ethics, in Allhoff, F. (ed.) *Physicians at War : The Dual Loyalty Challenge*, N.Y. Springer, p.75-88.
- PELLEGRINO, E. D. (2003) The Moral Foundations of the Patient-Physician Relationship: The Essence of Medical Ethics, in Beam, T. E.; Sparino, L. R. (eds), *Military Medical Ethics*, Volume 1, Falls Church, VA: Office of the Surgeon General : 2003 : p. 3-21.
- PINTO, A. D. (2003) Peace Through Health. *University of Toronto Medical Journal*. 80 (2). p. 158-160.
- Presidential Advisory Committee on Gulf War Veterans' Illnesses: Final Report (1996) Washington, DC: U.S. Government Printing Office, December 1996). Available at: <http://www.gulflink.osd.mil/gwvi/exsumm-f.html>
- RASCONA, D. (2003) The Moral Obligation of United States Military Medical Service, comment on Physician-Soldier : A Moral Dilemma in Beam, T.E; Sparino, L.R. (eds),

- Military Medical Ethics*, Volume 1, Falls Church, VA: Office of the Surgeon General : 2003 p. 320-325.
- RAWLING, B. (2001) *La mort pour ennemi : la médecine militaire canadienne*. Ottawa, 310 p.
- REPINE, T. B., LISAGOR, P., COHEN, D. J. (2005). The Dynamics and Ethics of Triage: Rationing Care in Hard Times. *Mil Med*, 170. p. 505-9.
- RUBENSTEIN, L., PROSS, C. DAVIDOFF, F. IACAPINO, V. Coercitive US Interrogation Policies : A Challenge to Medical Ethics. *JAMA*, 294 (12). p. 1544-1549.
- SANTA BARBARA, J. (2005) , Working for Peace through Health-Ethical Values and Principles. *Croatian Medical Journal*, 46(6). p. 1007-009.
- SCHAPOWAL, A. G. & BAER, H. U. (2002). Medical Ethics in Peace and in the Armed Conflict. *Mil Med*, 167. p.26-31.
- SCHMITT, M.N (2010). Military Necessity and Humanity in International Humanitarian Law: Preserving the Delicate Balance. *Virginia Journal of International Law*. 50 (4) p. 796-837. Available at: <http://ssrn.com/abstract=1600241>
- SCHWARTZ, L.; SINDING, C.; HUNT, M.; ELIT, L.; REDWOOD-CAMPBELL, L.; ADELSON, N.; RANFORD, J.; DE LAAT, S.(2010) Ethics in Humanitarian Aid WORK: Learning from the Narratives of Humanitarian Health Workers; *American Journal of Bioethics: Primary Research*. 1(3). p.45-54.
- SCHWEIZER B. (2004) Moral Dilemmas for Humanitarianism in the Era of "Humanitarian" Military Interventions. *ICRC 86 (855)* p. 547-564 available at: https://www.icrc.org/eng/assets/files/other/irrc_855_schweizer.pdf
- SIDEL V. W, LEVY, B. S. (2003a) Physician-Soldier : A Moral Dilemma, in Beam, T.E; Sparino, L.R. (eds), *Military Medical Ethics*, Volume 1, Falls Church, VA: Office of the Surgeon General. 1. p. 293-312.
- SIDEL V. W, LEVY, B. S. (2003b) War Terrorism and Public Health. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 31. p. 516-523.
- SINGH, J. A. (2003). American Physicians and Dual Loyalty Obligations in the "War on Terror". *BMC Med Ethics*, 4,:E4.
- SOKOL, D. K. (2011). The Medical Ethics of the Battlefield. *British Medical Journal* 2011;343.D3877
- SWAN, K. G. & SWAN, K. G., JR. (1996). Triage: the Past Revisited. *Mil Med*, 161. p. 448-52.
- TOBIN, J. (2005). 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*, 31. p. 571-4.
- United Nations Universal Declaration of Human Rights available at: <http://www.un.org/en/documents/udhr/>
- United Nations (2011) International Legal Protection of Human rights in Armed Conflict available at http://www.ohchr.org/documents/publications/hr_in_armed_conflict.pdf
- WASS, V. (2006) Doctors in Society: Medical Professionalism in a Changing World. *Clinical Medicine*, 6 (1) p. 109-113.
- WANG T. (2012) Towards a Military Medical Ethics Framework for Genetic Human Enhancement. *Penn Bioethics Journal*;6(1). p. 8–12.

- WENDLER, D. (2010) Are Physicians Obligated Always to Act in Patients Best Interest? *J Med Ethics* 2010 36 p. 66-70. doi: 10.1136/jme.2009.033001
- WMA-WORLD MEDICAL ASSOCIATION (2004) *Regulations in Times of Armed Conflit*. Adopted by the 10th World Medical Assembly, Havana, Cuba, October 1956, and Edited by the 11th World Medical Assembly, Istanbul, Turkey, October 1957, and Amended by the 35th World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1983 and The WMA General Assembly, Tokyo 2004, and Editorially revised at the 173rd Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 06. Available:
<http://www.wma.net/e/policy/a20.htm>
- WYNIA, M. K. (2007). Breaching Confidentiality to Protect the Public: Evolving Standards of Medical Confidentiality for Military Detainees. *Am J Bioeth*, 7, p. 1-5.
- ZWI, A. B. (2004) How Should the Health Community Respond to Violent Political Conflict ? *PloS Medicine*, Vol 1, (1), p.33-36

CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE

L'approche de notre recherche comporte deux aspects, dont une première théorique et de réflexion éthique multidisciplinaire (basée sur la philosophie normative), ainsi qu'une autre, empirique, qui utilise des entrevues semi-directives. Avant de décrire en détail la méthodologie de la recherche, rappelons rapidement la question et les objectifs de recherche.

Question et objectifs de la recherche

L'objectif de la recherche est de mieux comprendre les tensions éthiques vécus par les médecins militaires canadiens qui interviennent dans des zones de conflits. La recherche vise à répondre à la question : **quelles sont les tensions éthiques, si elles existent, vécues par les médecins militaires canadiens dans une situation de conflits armés, tant au niveau du traitement des patients que dans leur rôle au sein de la mission et comment les gèrent-ils?**

Ainsi, afin de répondre à la question de recherche, deux approches sont favorisées : l'analyse conceptuelle et une étude empirique. Dans un premier temps avec l'analyse conceptuelle, l'objectif visé est de structurer la littérature afin d'identifier les différents niveaux d'analyse qui s'y retrouvent et d'approfondir deux des éléments souvent associés aux difficultés éthiques de la médecine militaire soit la profession (y compris le professionnalisme et la dualité professionnelle) et les codes d'éthiques (à partir d'une analyse comparative des codes d'éthique militaire et médicale). Cette analyse a pour objectif de faire ressortir a) les tensions éthiques potentielles ainsi que b) examiner de façon critique deux des variables qui, selon la littérature, expliquent les sources des tensions éthiques

L'étude empirique vise d'autres objectifs, soit d'identifier a) quelles sont les tensions éthiques vécues, s'il y en a, par les médecins militaires canadiens et b) comment ces derniers les identifient, les vivent et y trouvent des solutions (outils utilisés et valeurs considérées dans la prise de décision) et finalement c), le point de vue des militaires à l'égard de certaines opinions émises dans la littérature en éthique médicale.

L'ajout d'une étude empirique à l'analyse conceptuelle nous permet d'une part, de délaissier les suppositions théoriques sur les dilemmes potentiels de cette fonction, et d'autre part, d'obtenir un point de vue personnel et canadien. Il devient ainsi possible de confronter les données obtenues dans les entrevues avec la littérature et l'analyse théorique, afin d'en dégager les similitudes de même que les différences. L'entretien de type qualitatif nous apparaît pertinent dans le présent contexte de l'étude, pour les trois raisons avancées par Poupart (1997), soit celles d'ordre épistémologique, politique et éthique et enfin, méthodologique. Ainsi, il nous semble essentiel d'obtenir la perspective des acteurs et du contexte, afin de mieux comprendre les tensions éthiques vécues ou identifiées. Il s'agit du moyen le plus approprié afin de découvrir de l'intérieur, les dilemmes et les enjeux auxquels font face les acteurs (Poupart, 1997). De plus, les entretiens constituent un accès privilégié à la perspective et à l'expérience des acteurs.

Comme l'expliquent Ives et Draper (2009), en bioéthique les données empiriques tentent de « replace the individual philosopher's moral intuition with the intuitions of the relevant stakeholder population » (2009, p. 255). Le lien entre l'analyse éthique et empirique et entre deux intuitions, celui du chercheur et des sujets, comprend toutefois des défis. En effet, tel que le font remarquer Borry et al (2005) « Ethics and the empirical approaches start from different research questions. While the first is interested in conceptual clarification and normative justification, the second is focused on empirical description, reconstruction, and analysis. » (2005, p.54) Pourtant malgré ces perspectives différentes, nous sommes d'avis qu'en bioéthique nous devons tenir compte du contexte ainsi que de la pluralité et de la diversité morale, sans pour autant tomber dans un relativisme absolu. En ce sens, « the ability of the social sciences to provide ethnographic data to those involved in bioethical decision-making and policy formation can provide a platform upon which a better understanding of difference and a fruitful discussion, rather than mere debate, may be had » (Durante 2009, p. 37). Ultimement, l'utilisation des deux approches dans la présente recherche devrait donc nous permettre de faire des propositions de clarification conceptuelle et aussi en termes de formation ou de politiques au niveau institutionnel afin de faciliter la réflexion éthique des médecins militaires canadiens.

Recherche théorique

Au niveau de la recherche théorique, nous utilisons les théories des sciences humaines et sociales, de la littérature en bioéthique, ainsi que la documentation officielle provenant de la Défense Nationale du Canada. Une revue en profondeur de la littérature sur les tensions éthiques vécues par les médecins militaires a été effectuée et présentée au chapitre précédent. Une analyse conceptuelle du concept de profession ainsi qu'une analyse comparative du code d'éthique médical canadien et du code d'éthique de la Défense Nationale et de Forces armées canadiennes, sont présentées dans le prochain chapitre.

Ces analyses sont tirées d'une recherche documentaire effectuée entre les années 2009 et 2014. L'intérêt pour ce sujet de recherche est partie du livre de Michael Gross écrit en 2006 « Bioethics and armed conflicts » qui analyse en profondeur et d'un point de vue utilitariste les dilemmes et défis associés à la médecine militaire. Ensuite, les principaux outils de recherche utilisés et guidés par le moteur de recherche de Maestro de l'université de Montréal, ont été *Medline* (Ovid), *PubMed*, et *EMBASE* (Ovid) qui sont des moteurs de recherche essentiels en bioéthique, en employant les mots clés « éthique-médecine-militaire » (military-medical-ethics). D'autres mots de recherche se sont ensuite ajoutés, tels que « double loyauté, professionnalisme, guerre et médecine » (double loyalty, professionalism, war and medicine) en se servant également des bases de données provenant des sciences humaines et sociales de ProQuest (sociologie et psychologie) ou Cairn pour les documents francophones. Par la suite, et afin de maintenir à jour la littérature dans le domaine, ces mêmes mots clés ont servi à des recherches à partir de *Google Scholar* jusqu'en 2014. Des sites particuliers ont également beaucoup servis tel que ceux du Ministère de la Défense (dont la revue militaire canadienne), des Nations-Unis (pour les lois internationales), les associations médicales (du Canada, du Québec et international). Évidemment, les articles et livres eux-mêmes ont fournis d'autres références. Le but de cette recherche documentaire était d'articuler une réflexion éthique et d'en déduire les principales variables d'analyse, ainsi que d'identifier les différentes approches et recommandations présentées dans la littérature en bioéthique et ce, afin d'avoir un modèle sur lequel s'appuyer pour construire des outils empiriques.

Une brève analyse documentaire a également été effectuée afin de comparer les codes de déontologie de l'armée canadienne avec celui des médecins (Association médicale canadienne). Ainsi, le code d'éthique de l'Association médicale canadienne a été analysé en profondeur et comparé avec d'anciennes versions remontant à 1970, afin d'en comprendre l'évolution. Le code international d'éthique médicale de l'AMM (2004 et 2009), les lois humanitaires internationales (notamment les quatre Conventions de Genève de 1949, et leurs trois Protocoles (deux de 1977 et un de 2005), ont été étudiés, sans oublier le code de déontologie du Collège des Médecins du Québec. De même, le programme d'éthique de la Défense (PED) et tous les documents qui y sont associés – c'est-à-dire les documents de fondement, de formation, ainsi que les sondages sur le climat éthique effectués depuis 2003, de même que celui sur la profession des armes au Canada jusqu'au code d'éthique récent (2013) pour l'ensemble de la Défense et des FAC – ont fait l'objet d'une analyse approfondie. Le but était d'identifier certaines règles et lois internationales régissant la mission des médecins militaires, notamment la matrice d'éligibilité des patients (*Medical Rules of Eligibility*, MROE), définie au cours de la mission en Afghanistan (Hartenstein, 2008). Plus de 250 articles ont été répertoriés et analysés sur des sujets touchant l'éthique de la médecine militaire et près de 200 sur les sujets connexes notamment les codes d'éthique, les professions et le professionnalisme.

Il est à noter que suite à la recherche théorique, d'autres chercheurs de notre entourage se sont montrés intéressés à l'éthique de la médecine militaire. Contrairement à ce qui se produit généralement alors qu'un étudiant de doctorat s'intègre dans un projet de recherche universitaire, ici le cas contraire s'est produit. En 2009, notre projet de doctorat a obtenu un financement du Fonds de recherche sur la société et la culture (FRQSC). Plus d'un an plus tard, à la fin de 2010, notre projet de recherche a initié un autre projet de recherche plus large, intitulé : *Professional Ethics and Conflicts of Role for Healthcare Professionals Working in Military/Humanitarian Contexts*, qui a obtenu un financement de la part des Instituts de recherche en santé du Canada (IRCS). Ce projet de recherche qui est sous la direction des professeurs B. Williams-Jones, notre directeur de recherche, et L. Schwartz de l'université McMaster, inclut d'autres professionnels de la santé (ex. : infirmiers, physiothérapeutes,

techniciens médicaux) à l'analyse et ce, à des fins comparatives (n=36; total=50). Même s'il s'agit de deux recherches distinctes, les outils de recherche sont les mêmes et ont été développés dans le cadre de la présente recherche. La grille de codage était semblable pour toutes les entrevues et la transcription partagée entre divers membres du groupe de recherche EMMRG (*Ethics in Military Medicine Research Group*) dont nous sommes nous-même membre.

Le présent projet de recherche a débuté plus de deux ans avant le projet du groupe EMMRG ce qui fait que mis à part la codification sous Nvivo, nous avons déjà conçu la méthodologie et développé les outils de recherche. De même, l'accès au milieu d'étude, soit les services de santé des FAC, a été négocié et obtenu dès 2009 pour la présente recherche. Nos entrevues étaient terminées et faisaient l'objet d'une transcription alors que le groupe EMMRG commençait à peine leur recherche. Toutefois, ayant dû interrompre notre recherche pendant deux ans et demie pour des raisons professionnelles, nous avons pu, à notre retour, développer la codification avec l'équipe d'EMMRG. Par conséquent, nous avons été seule responsable du contrôle de qualité, du codage, ainsi que de l'analyse finale de toutes nos entrevues (n=14) auprès des médecins militaires.

Recherche empirique

La présente recherche s'inscrit dans une démarche d'exploration de la réalité éthique du médecin militaire, entre autres, à partir d'un cas précis, celui des médecins militaires canadiens. Dans son élément empirique, le projet de recherche utilise une approche qualitative inspirée en partie de la théorisation ancrée de Strauss et Corbin (1990) en utilisant l'approche d'analyse des données développée par Miles et Huberman (1994). Contrairement à la théorisation ancrée, dont le but est de développer une théorie quant à un phénomène, la méthode de Miles et Huberman est plutôt de décrire de façon systématique, d'analyser et même parfois de vérifier un phénomène et ce, à partir d'une conceptualisation préalable. En ce sens, il ne s'agit pas d'une démarche purement inductive comme c'est le cas dans la théorisation ancrée car la méthode de Miles et Huberman accepte à la fois des catégories d'analyse déductive et inductive. Tout comme la théorisation ancrée, la méthode implique une

analyse systématique et rigoureuse des données avec l'utilisation de techniques de comparaisons et de liens entre la collecte, l'analyse et la catégorisation des données. Elle favorise également la représentation de données à partir de matrices théoriques. Puisque cette approche implique une analyse théorique préalable, elle aide à identifier les éléments qui peuvent être utilisés pour préparer le schéma d'entrevue, ce qui est le cas dans la présente étude. Au fur et à mesure que l'analyse progresse, la vision théorique est testée, raffinée ou peut même être mise de côté pour faire émerger une meilleure compréhension issue de l'analyse inductive.

Bref, la recherche empirique est basée sur notre conviction que la perspective des acteurs, tout autant que les processus individuels et sociaux, sont essentiels à notre compréhension des tensions et défis éthiques auxquels peuvent être confrontés les médecins militaires. D'un point de vue épistémologique également, l'approche de Miles et Huberman est mixte dans le sens « où sont reconnus à la fois l'objectivité du monde social et ses régularités ainsi que le rôle central qu'y jouent les significations construites par les acteurs sociaux » (Laperrière, 1997 p. 328).

Ainsi à partir de la réflexion théorique et éthique, quatorze (14) entrevues semi-directives d'une durée d'environ une heure trente (toutes enregistrées), ont été conduites avec 14 médecins militaires canadiens, ayant eu une expérience d'affectation à l'étranger, notamment en Afghanistan. Quoique le critère de sélection des participants était de posséder une expérience d'affectation, (notamment et non exclusivement en Afghanistan), l'ensemble des répondants ont effectivement participé à la récente mission canadienne en Afghanistan donc les propos ont surtout porté sur celle-ci. Le but des entretiens était d'identifier les tensions éthiques vécues par les médecins militaires : auprès de quel type de clientèle ont-ils rencontré ces problèmes; comment les ont-ils vécus et résolus; et aussi, comment ont-ils perçu leur rôle de médecin (militaire et humanitaire) au sein de la mission. Le choix de médecins, par opposition à celui des autres professionnels de la santé, s'appuie sur le fait que ce dernier est imputable et doit prendre les décisions concernant les patients. Conséquemment, sa position de pouvoir par rapport au patient – qu'il soit soldat, civil ou prisonnier –, le met au cœur des dilemmes éthiques.

Ainsi, nous avons demandé aux répondants de décrire brièvement leur parcours professionnel, le contexte de travail lors de leur mission, leur point de vue général sur la médecine militaire, les codes et lois internationales pour ensuite, identifier s'il y a lieu, des situations où peuvent surgir des tensions au plan éthique, ainsi que les outils et approches utilisés pour les résoudre. La possibilité d'enregistrer les entrevues a été validée auprès des autorités des FAC. Malgré ces enregistrements, des notes manuscrites ont également été prises lors de chaque entretien.

Le plan d'entrevue est présenté en Annexe 1, tout comme le questionnaire en français et en anglais. La pertinence, ainsi que la qualité de ce questionnaire d'entrevue ont été mises à l'épreuve dans le cadre d'une entrevue exploratoire auprès d'un médecin militaire. Celle-ci a démontré que les questions étaient bien comprises et que le schéma d'entrevue mettait en évidence les informations recherchées. Aucun changement n'a donc été apporté au questionnaire.

Dans le cadre des entrevues, les éléments recueillis auprès des médecins militaires ont été analysés pour faire ressortir les thèmes, qui de façon globale et par regroupement, illustrent les expériences et perceptions des répondants, tout en permettant de mieux comprendre la réalité des médecins militaires dans le cadre de leur fonction. Ce processus nous a permis d'identifier et de comparer les expériences et préoccupations des répondants, tout en obtenant un tableau plus complet des tensions éthiques rencontrées et des approches pour les résoudre. Le but n'était donc pas de constituer des histoires particulières, mais d'obtenir une vision d'ensemble des tensions éthiques et des expériences. Le but ultime était d'en arriver à mieux comprendre la réalité des médecins militaires, leurs difficultés, ainsi que leurs expériences, afin d'identifier des éléments permettant d'enrichir la réflexion éthique ou tout au moins, de discerner certains outils ou éléments de formation pour les médecins militaires. L'idéal aurait certainement été d'ajouter à ces entretiens des observations directes et des entrevues sur le terrain, mais au moment où les entrevues devaient se dérouler, le Canada n'était plus en charge de l'hôpital de Kandahar et envisageait même le retrait des troupes de la région. Déjà, le fait d'avoir accès aux médecins militaires pour des entrevues, constitue une immense opportunité, et un privilège, afin d'étudier les enjeux éthiques selon leur point de vue.

Échantillonnage

Au Canada, la Loi sur la santé publique de 1984 exclut d'emblée, les membres des forces armées des régimes provinciaux d'assurance maladie, car selon la Loi constitutionnelle de 1867, la responsabilité des soins de santé des militaires canadiens est de juridiction fédérale. Par conséquent, la Défense nationale s'est dotée au cours du siècle dernier, d'un réseau complet de soins de santé et de soins dentaires pour ses membres, comprenant 37 installations militaires au Canada et à l'étranger.

En temps de paix, le travail du médecin militaire consiste à offrir des soins de santé à plus de 60 000 membres des FAC ainsi qu'aux 25 000 membres de la Réserve, selon les besoins (Défense nationale, 2008). Les services de santé des forces canadiennes (SSFC), créés en 1959, sont qualifiés de 14^e système de soins de santé au Canada et « comprend 6 400 membres de la force régulière, réservistes et employés civils et fait appel à quelques 500 contractuels civils » (Groupe des SSFC, 2010). De ce nombre, environ 250 sont médecins généralistes ou spécialistes et environ 70 auraient participé à la mission en Afghanistan (AMC, 2009). Cette donnée quant au nombre de médecins ayant participé à la mission en Afghanistan n'a pu être validée auprès des SSCF. Les spécialistes étaient mandatés pour des missions de deux mois, alors que les médecins généralistes et les commandants d'unité de santé effectuaient des missions de six mois. Les spécialistes pouvaient être appelés à faire plus d'une mission, ce qui explique aussi pourquoi le nombre exact de médecins déployés est difficile à établir. Il s'agit toutefois de la population visée par la présente étude.

La stratégie type de la recherche se rapproche donc plus de l'échantillon *par homogénéisation*, puisqu'il s'agit d'un milieu organisé par le même ensemble de rapports socio-structurels (Pirès, 1997). En effet, l'analyse porte sur les médecins militaires donc sur un groupe relativement homogène pratiquant la même profession dans la même institution. Il n'existe aucune diversification externe puisque le groupe est déterminé dans le choix même de l'objet d'étude. La constitution de l'échantillon par homogénéisation a été réalisée principalement par filière, c'est-à-dire à partir des deux listes de courriel fournis par l'institution militaire tout en cherchant quand même à favoriser une certaine diversification interne. Ainsi, nous avons cherché à ce que soient représentées les différentes catégories c'est-à-dire les médecins

généralistes et les médecins spécialistes et qu'il y ait aussi une certaine diversité quant aux variables reliés au sexe, à la langue ainsi qu'à la provenance à travers le Canada. Toutefois, comme le rappelle Pirès (1997) dans ce type d'échantillon (par homogénéisation) il est difficile de déterminer à l'avance le nombre d'entrevues à faire, car souvent le chercheur doit s'ajuster en fonction des croisements possibles entre les variables de diversification interne et les contraintes de recrutement. Il ajoute que généralement seules une ou deux entrevues seront effectuées par sous catégorie dans ce type d'échantillonnage. Ce qui fut le cas.

L'échantillon pour la recherche est composé de médecins volontaires (possédant une expérience de terrain telle qu'en Afghanistan), ayant accepté de participer à l'étude. Ainsi, trois (3) spécialistes ont été interviewés, six (6) généralistes, ainsi que cinq (5) commandants (médecin-chef responsable d'une unité de soins ou commandant de l'hôpital de Kandahar). Ce groupe est constitué de cinq (5) femmes et neuf (9) hommes, de six (6) francophones et de huit (8) anglophones. Ce qui, somme toute, forme un groupe assez varié malgré le petit nombre de répondants.

Le recrutement constitue certainement le plus grand défi rencontré dans la présente étude. Notre projet de recherche a tout d'abord été présenté au Médecin-chef des SSCF à l'automne 2009 afin de nous assurer de l'intérêt et de l'accès aux médecins militaires. Une note de breffage d'une page qui présentait le projet a donc été soumise au Médecin-chef qui a confirmé son intérêt pour le projet en nous dirigeant vers le Comité d'examen de la recherche en sciences sociales (CERSS) du Ministère de la Défense Nationale. Après avoir reçu l'acceptation du CERSS, une lettre du Médecin-chef adjoint de la Défense Nationale (DN) nous a été fournie afin de lancer les invitations aux médecins militaires (voir Annexe 2). Une personne contact a été identifiée au sein des SSCF afin de « parrainer » la recherche. Une liste d'adresses électroniques a également été fournie par les SSCF. La première liste fournie comportait seulement 53 noms car il s'agissait uniquement de médecins spécialistes (orthopédistes, anesthésistes, chirurgiens, psychiatres, radiologues, médecine interne). Après nous être aperçus de cette limite, notre personne ressource nous a fourni une deuxième liste comportant 215 noms, incluant les médecins généralistes et spécialistes.

Un premier courriel a donc été envoyé auprès des spécialistes en septembre 2010, les invitant à participer à la recherche, ainsi qu'un deuxième envoi effectué en octobre, auprès des 215 personnes identifiées sur la liste de courriels. Il était mentionné dans la lettre d'invitation que les critères de sélection étaient d'être médecin et d'avoir participé à une mission comportant des conflits armés. La mission en Afghanistan a été choisie comme exemple car il s'agit de la mission canadienne la plus importante des FAC depuis la Seconde Guerre mondiale.

À partir de ces deux invitations, 25 personnes ont répondu par retour de courriel pour dire qu'elles étaient intéressées. Cependant, deux se sont dites désolées de ne pouvoir y participer, car elles ne répondaient pas aux critères de sélection, notamment à celui d'avoir fait partie d'une la mission comme celle en Afghanistan. Il s'agit donc d'un taux de réponse d'un peu plus de 1% provenant de la population totale de médecins militaires canadiens. Toutefois, si le chiffre de 70 médecins ayant participé à la mission en Afghanistan est exact, le taux de réponse est plutôt de l'ordre du 35%. Sur les 23 participants ayant répondu positivement et correspondant aux critères de recherche, nous avons réussi à organiser 14 entrevues et un pré-test. En effet, les médecins militaires sont très occupés et plusieurs d'entre eux étaient en déplacement et n'arrivaient pas à trouver un moment pour les entrevues. Puisqu'il fallait limiter les entrevues dans le temps, (octobre-novembre 2010, puis juin-août 2011), il a été impossible de fixer un rendez-vous avec les 9 autres candidats intéressés à participer et ce, malgré de nombreux échanges courriels.

Après avoir commencé une série d'entrevues en octobre et en novembre 2010, nous avons accepté un mandat professionnel de deux ans – et qui s'est prolongé jusqu'en juin 2013 – à l'étranger, plus précisément en Haïti. L'éloignement constituant une nouvelle contrainte, il nous a fallu faire le choix de fixer un temps spécifique pour terminer les entrevues avec les participants ayant accepté l'invitation. Six (6) entrevues avaient été effectuées en personne au Canada avant notre départ et les 8 autres ont été faites par téléphone à partir d'Haïti. Ainsi en mai 2011, les 17 participants ayant manifesté un intérêt (et qui n'avaient pas été interviewés) ont été relancés pour leur demander leur disponibilité dans les trois mois qui suivaient (juin, juillet et août). De ce groupe seulement huit (8) se sont rendus disponibles pour des entrevues

qui ont toutes eu lieu soit au mois de juin ou au mois de juillet. Les autres candidats n'ont tout simplement pas répondu à ce deuxième appel ou n'ont pu se libérer.

Un échantillon de 14 participants constitue évidemment une limite à la recherche, même s'il représente 20% de la population totale (si l'on se fie au chiffre de 70 comme donnée sur la population totale de médecins ayant participé à la mission). Selon Pirès (1997) lorsqu'un échantillon est de moins de 40 participants dans une étude qualitative, cela devrait inciter le chercheur à aller plus en profondeur dans les analyses. Ce qui est perdu en portée devrait ainsi être gagné au plan conceptuel, comme le disent Glaser et Strauss (1970). C'est ce que nous avons tenté de faire au plan de l'analyse, tout en reconnaissant néanmoins les limites de notre échantillon. Toutefois, la recherche ne s'inscrit pas par sa nature, dans une approche de généralisation empirique, mais uniquement dans une généralisation analytico-théorique (Pirès, 1997).

Méthodologie d'analyse des entretiens

L'analyse de résultats présentée aux chapitres suivants a été faite par la mise en contexte et la mise en relation de différents concepts, vus dans la problématique (rôle, double code d'éthique, dilemmes rencontrés, mécanismes de résolution, etc.). L'analyse a été un processus continu tout au long de la recherche, ce qui a permis de faire ressortir les dimensions et concepts pertinents et éventuellement, de constituer des catégories. La présente recherche s'inscrit ainsi dans une approche mixte, puisqu'elle cherche « à cerner de façon exhaustive une réalité empirique à l'intérieur d'une démarche théorique toute aussi importante » (Laperrière, 1997).

Ainsi, le processus d'analyse s'est fait de façon concomitante, au niveau conceptuel et pratique (Tesh, 1990). Les données ont été organisées et classées tout en étant interprétées. Les entretiens ont fait l'objet d'une analyse qualitative, ce qui implique un processus de réduction (synthèses et résumés) et de classification et, lorsque nécessaire, de comparaison des données. Enfin, tout au long de la recherche, des interrogations ont eu lieu afin de se questionner sur les conditions de production du discours et sur nos propres présupposés

(réflexivité). Par exemple, dès la fin de l'entrevue nous notons nos impressions (tant sur nous comme interviewer, que sur l'entrevue, que sur participant) de façon à pouvoir s'y référer au besoin. Pendant la codification, nous nous interrogeons pour vérifier si nous avons bien compris le sens des propos des participants, si nous interprétons selon notre propre perspective en mettant, par exemple, l'accent sur des éléments culturels auxquels nous expérience professionnelle nous a sensibilisés. Ainsi, nous avons questionné nos conclusions, réfléchi sur nos présomptions, et biais personnels et professionnels. C'est probablement la raison qui explique que nous ayons tout d'abord décrit les résultats, regardé les récurrences et accordé de l'importance aussi aux éléments atypiques.

Bref, l'idée n'était « pas simplement de rendre compte du discours, mais de le dépasser » (Poupart, 2008). Évidemment, la limite de l'analyse du point de vue du chercheur, est notre méconnaissance de l'institution militaire sur le plan organisationnel. Toutefois, notre expérience des entrevues et de leur analyse (pour en avoir effectuées des dizaines auprès d'entreprises au Canada et à l'étranger dans le cadre de nos fonctions professionnelles), nous procure une certaine capacité à situer les discours dans leur contexte. De plus, nous avons effectué une mission à Kaboul en Afghanistan en 2008 et avons pu constater comment se concrétisait l'approche 3-D (développement, diplomatie, défense) du gouvernement du Canada. Ces éléments, même s'ils ne compensent pas notre méconnaissance de l'institution militaire, constituent néanmoins un avantage pour nous aider à comprendre certains éléments contextuels.

Le but de l'analyse des données est en fait de pouvoir concilier l'interprétation de l'action par les sujets (objet vécu) et par le chercheur (objet analysé) (Deslauriers et Kérisit, 1997). Pour y arriver, une matrice a été construite sur Nvivo de concert avec d'autres membres du groupe EMMRG, afin d'organiser l'information de façon méthodique. Les entrevues, préalablement transcrites à partir des enregistrements, ont été codifiées à l'aide de cette matrice. Avec les mémos, les transcriptions, les résumés et la codification, les thèmes importants de la recherche ont été analysés afin d'en faire émerger les liens. La structure d'analyse est demeurée tout de même assez souple pour admettre l'ajout de catégories, et ainsi rendre compte de phénomènes qui n'avaient pas été anticipés (Mucchielli, 2004). Nous présentons de façon plus précise la

méthodologie d'analyse des données des entrevues selon les étapes identifiées par Creswell (1998), soit : 1) la cueillette et la gestion des données, 2) la classification, la description et l'interprétation des résultats et, enfin 3) la représentation et la visualisation des données.

Cueillette et gestion des données

Préparation d'un canevas d'entrevue

Un plan d'entrevue a tout d'abord été préparé de façon à s'assurer d'obtenir toutes les informations pertinentes (individuelles et contextuelles) et à couvrir tous les thèmes importants qui ressortaient de l'analyse de la littérature. Évidemment, le but visé était de s'assurer de pouvoir répondre à la question de recherche ainsi qu'à ses sous questions telles que les défis éthiques rencontrés lors de leur mission (le fait d'être médecin dans une institution militaire, la conciliation de l'intérêt du patient et de l'intérêt institutionnel, etc.). Nous cherchions également à obtenir la perception des participants quant à leur rôle dans l'organisation et au niveau humanitaire, leur façon de régler les dilemmes (valeurs, méthodes, utilité et utilisation des codes, etc.). Le plan d'entrevue à partir duquel nous avons développé le schéma d'entrevue est présenté à l'Annexe 1.

À partir de ce plan, une grille d'entrevue a été élaborée, revue par des professeurs et des comités d'éthique de la recherche (CERFM/CERES de l'Université de Montréal et le CERSS du Défense National), et a ensuite été testée auprès d'un médecin militaire. Ce pré-test (qui sera détaillé ci-après) nous a permis de constater que les questions prévues à la grille couvraient l'ensemble des thèmes à explorer, tout en laissant la place à l'interviewé de s'exprimer librement. Par ailleurs, plusieurs outils ont été préparés pour encourager les médecins à participer à la recherche, notamment en leur fournissant toutes les informations pertinentes. Ainsi, une lettre d'invitation, une présentation de la recherche, ainsi qu'un formulaire de consentement ont été élaborés et remis aux participants (voir en Annexe 2). Tous ces outils ont été conçus en français puis traduits en anglais, afin d'avoir accès à un maximum de médecins militaires. Tous ces outils développés dans le cadre de la présente recherche ont ensuite servis à l'équipe d'EMMRG pour le projet élargi auprès des différents professionnels de la santé des FAC.

Entrevue exploratoire

Tel que mentionné précédemment, la grille d'entrevue a été testée auprès d'un médecin militaire afin de nous assurer que les questions étaient compréhensibles et permettaient de faire ressortir les thèmes à étudier, tout en laissant assez de place au participant pour exprimer ses idées librement. Au départ, il était prévu de tester la grille d'entrevue auprès de trois médecins. Toutefois, compte tenu du faible taux de réponse et des complications entourant l'organisation des entrevues, il a été décidé qu'une seule entrevue de pré-test serait effectuée. De fait, le pré-test s'est avéré intéressant et positif. Le médecin ayant accepté de participer à ce pré-test se préparait à partir en mission. Cette entrevue a donc été utile tant pour la recherche, que pour le participant lui-même qui a pu réfléchir sur les défis susceptibles d'être rencontrés lors de sa mission. Pour la recherche, il s'agit d'une entrevue ayant permis de vérifier et comparer certaines notions lors de l'analyse, notamment sur les attentes et la préparation pré-déploiement. Après l'entrevue, quelques questions de vérification sur le déroulement de l'entrevue ont été posées au participant, pour vérifier s'il s'était senti à l'aise et avait eu l'impression que l'entrevue couvrait tous les aspects importants liés à l'éthique de la médecine militaire. L'entrevue de pré-test, qui s'est déroulée en français, ne fait pas partie de l'échantillon analysée donc des 14 entrevues comprises dans le présent projet de recherche.

Malgré les commentaires positifs reçus dans l'entrevue de pré-test, les questions relatives au déroulement ont aussi été posées lors de la première entrevue officielle avec un médecin militaire faisant partie de l'échantillon, Encore une fois, les commentaires ont été positifs. Le schéma d'entrevue n'a donc pas été modifié et a été utilisé pour toutes les entrevues. Le schéma ainsi que les questions sur le déroulement posées lors du pré-test se trouvent en Annexe 1.

Entrevues

Tel que mentionné précédemment, quatorze entrevues ont été effectuées avec des médecins militaires ayant eu une expérience en Afghanistan. Celles-ci se sont déroulées pendant les mois d'octobre et novembre 2010 et aux mois de juin, juillet et août 2011, enregistrées évidemment, avec l'accord des participants. Des notes manuscrites ont également été prises pendant l'entrevue, afin de consigner les éléments importants et pour contrer toute

défectuosité technique. Six entrevues se sont déroulées dans le bureau des participants (à Montréal, Québec et Ottawa en octobre et novembre 2010). Les huit autres se sont faites par téléphone pour simplifier la prise de rendez-vous et aussi parce que plusieurs des participants se trouvaient dans des provinces éloignées au Canada (Colombie-Britannique, Nouvelle-Écosse, Alberta, etc.). De plus, nous étions nous-mêmes à Haïti dans le cadre d'un mandat professionnel ce qui a eu pour effet, non seulement, d'interrompre la collecte des données en décembre 2010, mais aussi de nous obliger à limiter la conduite des entrevues en juin et juillet 2011. Six entrevues se sont déroulées en français, alors que huit en anglais. Toutes les entrevues ont été transcrites et traitées dans leur langue d'origine.

Tel que prévu, les entrevues duraient entre 60 à 90 minutes. La grille d'entrevue a été suivie, mais les participants ont eu libre cours d'y répondre comme ils le voulaient, ceci pour mieux s'adapter à la réalité des interviewés et favoriser la mise en perspective de leur expérience (Poupart, 1997). Lorsque nécessaire des sous-questions ou encore des questions de clarification étaient posées aux participants pour nous assurer de bien comprendre leur propos. Ces entretiens ont réellement permis d'enrichir le contenu de la réflexion éthique amorcée au cours de la recherche théorique, car les participants ont pu décrire s'ils ont vécu des dilemmes éthiques ou non, tout en identifiant les variables qu'ils considèrent importantes en tant que médecins et militaires, dans un contexte de soins apportés aux blessés lors d'un conflit armé.

Dans l'ensemble, les entrevues se sont bien déroulées puisque les participants étaient à l'aise et un lien de confiance a pu s'établir, principalement grâce à la lettre d'appui de la part du Médecin chef-adjoint. Il n'en demeure pas moins que nous avons parfois ressenti certaines réticences dans les propos des répondants et même, dans quelques cas, noté une position de défense de la part des participants. Dans d'autres cas, certains ont avoué s'être sentis plus ouverts, justement parce que le projet était appuyé par le leadership militaire et qu'il fallait tout dévoiler afin que la recherche ait un réel impact. Toutes ces impressions ont été consignées dans un mémo d'entrevue effectué tout de suite après l'entrevue.

Mémo et résumé d'entrevue

Immédiatement après l'entrevue, et suite aux notes manuscrites, un bref mémo a été rédigé afin d'y consigner les impressions générales. Le mémo comprend donc les notes manuscrites, les données de l'entrevue (durée, date, lieu, nom du sujet), la prise de contact, l'appréciation des conditions de l'entrevue, en complétant parfois avec une brève analyse et interprétation se dégageant du discours du sujet. Les entrevues ont été transcrites à partir des enregistrements par des professionnels et un étudiant. Nous avons ensuite assuré un contrôle de qualité des transcriptions en écoutant les enregistrements et en vérifiant l'exactitude. Ensuite les entrevues ont été résumées en quelques pages afin d'en dégager l'essentiel. Les mémos et les résumés ont été rédigés en français mais en respectant le verbatim des participants et leur langue d'origine.

Classification, description et interprétation des données

Comme le disent Miles et Huberman (1994), coder ou classer c'est déjà analyser. Il s'agit généralement de faire des regroupements, pour assigner un sens à des informations recueillies au cours de la cueillette de données. Selon les classifications de Tesh (1990), la présente recherche s'inscrit dans une visée de description et de compréhension de l'action (les dilemmes éthiques rencontrés et le processus de résolution). Ceci implique que la recherche de données, de même que la classification doivent rendre compte de cette quête.

Catégorisation de départ

Tout comme le suggèrent Miles et Huberman (1994), certaines catégories sont créées avant le travail sur le terrain. Elles découlent de la question de recherche, des suppositions, ainsi que de la réflexion éthique effectuée au préalable et issue de la littérature. À titre d'exemple, mentionnons les variables identifiées et présentées dans le plan d'entrevue :

- 1) variables individuelles (éducation, expérience de travail) ;
- 2) variables contextuelles de l'institution (depuis combien de temps dans les FAC, type de missions effectuées) ;
- 3) l'identité et le rôle professionnel (priorisation des professions, perception du rôle du médecin dans la médecine militaire, dans les conflits, etc.) ;

- 4) sur les types de défis éthiques pouvant être vécus en théâtre d'opération et comment ils se distinguent de la pratique civile ;
- 5) les processus utilisés pour résoudre les dilemmes ;
- 6) la comparaison des codes d'éthique et leur utilité (médicale, militaire, lois internationales) ;
- 7) l'intérêt militaire versus l'intérêt du patient ;
- 8) la préparation pré-déploiement ;
- 9) la neutralité et le pacifisme de la profession médicale ;
- 10) perception des conditions qui ont mené à des actes de torture et d'interrogatoires robustes de la part des médecins militaires américains ;
- 11) les valeurs et principes jugés importants et
- 12) les solutions suggérées pour faciliter la réflexion éthique.

Cette catégorisation ressemble en partie à celle suggérée par Bogdan et Biklen (1992 dans Miles et Huberman, 1994), qui toutefois rajoutent : 13) les activités ou des comportements qui se répètent; 14) les événements ou des comportements qui se rencontrent rarement; 15) les relations entre les personnes et les « patterns » comme les cliques, les amitiés, les coalitions, etc. (ce dernier aspect était toutefois limité puisque nous ne connaissons pas bien l'institution militaire, les liens d'amitié dévoilés lors des entrevues ont été pris en compte) et 16) les éléments autour de la méthode, c'est-à-dire, des difficultés, problèmes ou des allégresses du chercheur. Ces quatre éléments additionnels nous apparaissent essentiels, car ils intègrent la subjectivité et les intuitions du chercheur dans la recherche. Comme le fait remarquer Lapierre (1997), l'analyse qualitative doit demeurer ouverte et flexible, mais surtout opter pour une perspective épistémologique mixte « où sont reconnues à la fois l'objectivité du monde social et ses régularités, ainsi que le rôle central qu'y jouent les significations construites par les acteurs sociaux », y compris celles du chercheur (p.328) Malgré les limites de l'échantillon, ces derniers éléments se sont avérés utiles durant la dernière étape d'analyse pour identifier les thèmes les plus pertinents.

Réduction de l'information : résumé et retranscription des entrevues et codification

Tout comme le proposent Strauss et Corbin (1990), à la fin de la cueillette de données, les entrevues ont été revues une par une pour en dégager les points saillants ainsi que les catégories. Pour ce faire, un résumé de chacune des entrevues a été effectué. Cette procédure a favorisé un certain recul par rapport aux données, à l'identification de « pattern » et au regroupement de catégories, afin d'effectuer la codification. Tel que nous l'avons mentionné précédemment, tous les résumés ont été rédigés en français mais comprennent des verbatims dans la langue d'origine de l'entrevue.

La réduction de l'information s'est donc faite en deux temps. En premier lieu, un résumé de chacune des entrevues a été effectué de façon à raconter une histoire : celle de la personne interviewée et des dilemmes éthiques rencontrés, de son analyse de la situation, du processus de résolution de problème et de sa conception du contexte, bref de son expérience. Les notes du mémo y ont été intégrées. Ainsi, un résumé d'environ deux à trois pages par entrevue a été réalisé pour faire ressortir les faits et thèmes importants discutés, de même que les liens et différents points de vue des participants. Ce résumé décrit la réalité des médecins militaires canadiens ayant participé à une mission et raconte, de façon générale, les problèmes éthiques perçus et vécus, ainsi que les variables les plus utilisées dans leur interprétation des situations et dans leur prise de décision. Le but précis de cette première procédure de catégorisation (et de l'agrégation de catégories) était de révéler la présence de « pattern » dans le type de dilemmes rencontrés (reliés aux patients, à la mission ou à la tension entre les deux) et dans la prise de décision (ex. : valeurs utilisées, variables contextuelles ayant joué, identification à l'institution, utilisation des codes et lois). En effet, ces résumés ont permis de faire apparaître les variables les plus importantes de l'entrevue telles que: 1) expérience et fonction 2) identité et rôle professionnel, 3) éthique en temps de conflit et en temps de paix, 4) différence militaire-civile-humanitaire, 5) soutien reçu 6) préparation pré-déploiement, 7) valeurs, 8) codes éthiques, 9) intérêt du patient, 10) torture, 11) neutralité, 12) solutions.

Un deuxième niveau de réduction a été effectué avec la codification des entrevues sous Nvivo 2010. Afin que nos entrevues puissent être intégrées à la recherche plus large du groupe

EMMRG, les 14 enregistrements ont été codés sous Nvivo. Évidemment, avec seulement 14 entretiens nous aurions pu faire la codification manuellement.

Les codes sous Nvivo ont été développés en concertation avec d'autres membres du groupe de recherche EMMRG. Pour notre part, nous étions plus avancées par rapport au groupe de recherche dans l'analyse de nos 14 entretiens (transcriptions effectuées et vérifiées, résumés rédigés, catégorisation débutée) alors qu'eux étaient au début des transcriptions et n'avaient pas encore terminé toutes leurs entretiens. Nous avons déjà les douze catégories ci-haut mentionnés et, de leur côté, l'équipe avait commencé à structurer l'information recueillie dans leurs entretiens. Une première ébauche de codes, à laquelle nous n'avons pas participé, mais qui comprenait nos catégories, a été utilisée par des membres du groupe EMMRG sur quelques entretiens (autres que celle faisant l'objet de la présente recherche). Nous nous sommes joints à l'équipe de recherche pour finaliser l'élaboration des codes. L'idée n'était pas de faire une liste exhaustive de catégories ou de classifications. Nous avons plutôt tenté d'assurer une cohérence à l'intérieur des catégories, pour qu'une structure puisse gouverner le tout tel que suggéré par Miles et Huberman (1994). En fait, l'effort a surtout été de bien définir les codes et de les structurer de façon à ce que tous nous ayons une compréhension similaire de chacun des codes et sous codes. Nous avons donc passé plus d'une dizaine d'heures avec l'équipe à discuter et définir chaque code et sous codes.

Tel que mentionné précédemment, la recherche d'EMMRG vise différents professionnels de la santé comme, par exemple, des infirmiers, des physiothérapeutes et des paramédicaux et non pas seulement des médecins militaires. Précisons également que le groupe EMMERG a utilisé les mêmes outils de recherche notamment le questionnaire, développés dans le cadre de la présente recherche et a adopté la même méthodologie de recherche. Toutefois, l'objectif de la recherche n'est pas le même. Le projet d'EMMRG vise entre autres, à comparer les données avec une étude similaire effectuée auprès de professionnels de la santé oeuvrant dans le secteur humanitaire ainsi qu'entre les différents professionnels de la santé eux-mêmes. Les codes développés avec l'équipe couvrent donc plus d'information que nécessaire pour notre recherche. Nous avons tout de même utilisé la même matrice de codification de façon à ce que nos entretiens puissent faire partie de leur échantillon d'analyse.

Neuf grands codes ont été établis avec 161 sous codes, pour un total de 170 codes. Les grands thèmes ressemblent évidemment beaucoup à ceux du questionnaire et présentés précédemment, soit : 1) les codes d'éthique et lois, 2) l'éducation, 3) les défis éthiques, 4) la formation éthique, 5) les effets, 6) la neutralité, 7) les valeurs personnelles, 8) les suggestions, et 9) les répondants (identité et valeurs). Chaque code a été défini de façon à établir des distinctions claires entre eux, ce qui a facilité la codification et surtout, assuré une harmonisation à l'intérieur du groupe de chercheurs qui codifiaient. Dans le cas présent nous avons nous-mêmes effectué la codification des 14 entrevues avec les médecins militaires. La codification a été faite à partir des transcriptions et donc dans la langue d'origine des entrevues mais la codification a été développée en anglais. (voir en Annexe 4 la liste des codes utilisés sous Nvivo).

Ce deuxième niveau de lecture a permis de regrouper les informations sous un même thème et de vérifier si ce dernier était réellement récurrent et riche. Alors que les résumés donnaient une vision d'ensemble de l'entrevue d'un participant, la codification s'attardait plutôt à un thème ou une catégorie et ce, pour tous les participants. Certains codes se sont ainsi avérés plus riches et complexes en données. En effet, des neuf thèmes notés et codifiés sous Nvivo, six d'entre eux se sont distingués soit : 1) l'identité professionnelle et le rôle professionnel, 2) les dilemmes et défis éthiques, 3) la dualité des codes d'éthique, 4) le processus de résolution de problème, 5) la formation en éthique et enfin 6) les suggestions. Les verbatim des participants, codifiés sous chacun de ces six thèmes, ont donc été regroupés et analysés en profondeur. Une synthèse des données sur ces six thèmes a ensuite été écrite et est présentée au **Chapitre 4 : Résultats de la recherche empirique.**

La représentation et la visualisation

Avec des textes résumant l'ensemble des données, une codification qui regroupe, les catégories descriptives et d'inférence, ainsi que les notes analytiques tentant de relier les différentes interprétations, nous avons retrouvé certains « patterns » et tendances qui sont apparus dans l'analyse des différents thèmes.

Ces tendances ont été mises sous forme de tableaux, de façon à visualiser les liens entre les principales variables énumérées ci-dessus, favoriser une interprétation plus poussée des données et tester de nouvelles propositions ou hypothèses (ces tableaux sont présentés en Annexe 5). Compte tenu de la nature de la recherche, qui pose une question assez précise sur des concepts au préalable bien développés (en rapport avec les enjeux éthiques vécus), il est devenu possible de dégager des tendances et des liens. Tout d'abord, il existe un élément descriptif de la recherche, portant sur les défis éthiques rencontrés par les médecins militaires. L'analyse de ces défis éthiques identifiés par les participants ainsi que des mécanismes de résolution était impérative et allait de soi puisqu'il s'agit de la question de recherche. Par ailleurs, l'un des éléments émergents et devenu central pour l'analyse est l'identité professionnelle, à savoir si les participants donnaient la priorité à leur profession médicale ou militaire. En effet, il s'agissait d'une sous question dans l'étude et puisque l'identité n'était pas la même pour tous les répondants il nous a semblé pertinent d'en pousser l'analyse. Ainsi, cette dimension a fait l'objet d'une analyse comparative avec quatre des cinq thèmes identifiés (rôle, dilemmes, codes professionnels, mécanisme de résolution de défis éthique) et mise sous forme de tableau pour vérifier s'il s'en dégageait ou non des tendances. Ces tendances ainsi que l'analyse des défis éthiques rencontrés par les médecins militaires font l'objet du **Chapitre 5 : Analyse des résultats.**

Évidemment, un choix a dû être effectué car les données ne se limitaient pas à une seule tendance. Ce choix s'est fait pour plusieurs raisons. Tout d'abord l'identité professionnelle constitue certainement le thème offrant le résultat le plus distinctif de la recherche empirique car deux groupes de répondants se distinguent sur ce thème. Mais il peut également s'agir d'un biais du chercheur qui possède une formation de base en psychologie et donc, une affinité presque naturelle pour ce type de concept. Toutefois, pour limiter les effets de ce biais et comme le suggèrent Miles et Huberman (1994), nous avons vérifié tout ce qui était contraire aux « patterns » trouvés (les « *unpatterns* »), en cherchant les cas atypiques, les cas extrêmes et les évidences négatives. Enfin, tel que le suggère l'approche d'interprétation descriptive de Thorne (2004), nous avons également testé les explications de différentes façons, afin de vérifier si elles résistaient aux contre-arguments que nous présentons d'ailleurs dans le

chapitre d'analyse des résultats. L'effort d'analyse nous a conduit à formuler certaines nuances mais la présence de deux groupes distincts a résisté à cet exercice de réflexivité. Nous sommes conscients toutefois, comme le souligne Thorne (2004 p.12), que « *No matter how participatory and collaborative the method, it is the researcher who ultimately determines what constitutes data, which data arise to relevance, how the final conceptualizations portraying those data will be structured, and which vehicles will be used to disseminate the findings* ».

Il est à noter que des entretiens de suivi étaient prévus mais n'ont pu se faire faute de disponibilité de part et d'autre. Nous avons également tenté de rejoindre des participants pour obtenir leurs commentaires sur les résultats mais notre demande est restée sans réponse. Par ailleurs et tel qu'entendu, une version préliminaire de la thèse a été soumise au Médecin-chef des FAC en décembre; la version finale de la thèse et les publications scientifiques qui en résulteront seront également soumises au FAC.

Proposition d'un schéma intégrateur et d'un plan de formation

À partir des résultats de la recherche théorique, empirique et documentaire, nous proposons un schéma intégrateur pour analyser l'éthique de la médecine militaire. De plus, nous présentons des propositions de formation tirées des résultats d'analyses et des suggestions des répondants eux-mêmes, pouvant guider la réflexion éthique des médecins militaires dans le contexte de conflit armé (présenté dans la **Conclusion**). Même s'il ne s'agit pas d'un modèle complet, l'analyse des conflits ainsi que les éléments essentiels de la réflexion éthique identifiés dans les entrevues nous procurent une base sur laquelle les services médicaux des forces armées canadiennes peuvent s'inspirer pour les formations en éthiques des médecins militaires et éventuellement, pour les professionnels de la santé en général. Évidemment, compte tenu de l'échantillonnage restreint, il s'agit d'une proposition car nous ne pouvons avancer de conclusions définitives à partir des résultats de la recherche. Malgré tout, les résultats suggèrent des pistes d'investigations futures et offrent une analyse distinctive du contexte canadien pouvant éventuellement servir de base, sur laquelle développer une

formation en éthique plus spécifique aux médecins militaires. Nous présentons ces propositions en conclusion de la présente recherche.

Considérations éthiques

Le projet a fait l'objet d'une évaluation de la part du Ministère de la Défense, (plus précisément du Groupe de santé des Forces canadiennes), afin d'obtenir une approbation éthique et un numéro d'autorisation de la part du Comité d'examen de la recherche en sciences sociales (CERSS). C'est ainsi que nous avons eu l'autorisation de rencontrer le personnel médical des FAC et que le projet de recherche a été soumis aux mêmes exigences de la part des FAC, que celles de l'Université de Montréal. La recherche a obtenu le certificat d'éthique du Comité d'éthique de la recherche de la faculté de médecine (CERFM 2009-10 4#390), le 8 avril 2010 et le certificat d'éthique du CERSS, le 28 juillet 2010 (voir Annexe 3)

La participation des médecins militaires ayant vécu une expérience de mission sur le terrain (dans le cadre d'un conflit armé) était tout à fait volontaire et n'a impliqué aucune compensation de quelque nature que ce soit, (monétaire ou autre). Les participants pouvaient refuser de participer et se désister de la recherche en tout temps, sans avoir à justifier les raisons de leur désistement. Bien que la situation ne se soit pas présentée, si tel avait été le cas, les enregistrements auraient été détruits automatiquement. Puisque la lettre de consentement ainsi que l'invitation étaient envoyées au préalable aux participants, ceux-ci avaient donc tout le temps d'en prendre connaissance. Au début de l'entrevue, les informations comprises dans le formulaire de consentement étaient reprises afin que les participants comprennent bien qu'ils étaient enregistrés et qu'ils pouvaient mettre fin à l'entrevue en tout temps.

Les données obtenues dans le cadre de la recherche, ont été gardées de façon confidentielle en respect des lignes directrices de l'Université de Montréal. Un code numérique (de 1 à 14) a été attribué à chacun des participants et n'était connu que de la chercheuse, gardé dans un fichier encrypté. Les documents papier ont été conservés dans un classeur fermé à clé, auquel j'étais la seule à avoir accès. Quant aux enregistrements, ils ont été gardés sous forme électronique, ainsi qu'encryptés avec un mot de passe. Les données seront préservées pendant une période

de 7 ans après la fin de la recherche, ce après quoi ils seront détruits. Notons au passage que nous possédons une cote de sécurité de niveau secret auprès du gouvernement du Canada et détenons un certificat de sécurité valide jusqu'en 2016, obtenu dans le cadre de nos fonctions professionnelles.

Lors de la présentation des résultats après les entrevues, l'anonymat des participants a continué d'être préservé. Aucune information permettant d'identifier un individu (son titre, son lieu de travail, son département, etc.) n'est divulguée dans les articles ou dans la recherche en général. Nous avons aussi pris les mesures nécessaires au niveau de la présentation des résultats, pour éviter toute possibilité de recoupement dans les réponses. Ainsi, dans le chapitre des résultats de la recherche empirique (**chapitre 4**), tous les verbatim sont présentés en français et dans certains cas, nous avons simplement évité d'identifier le participant lorsqu'un verbatim semblait contenir de l'information le concernant (par sa fonction, ou par son rôle). Puisque ce chapitre est descriptif, les chances d'identification nous semblaient plus grandes.

Dans le chapitre d'analyse des résultats (**chapitre 5**), nous avons gardé certains verbatim en anglais, lorsque plusieurs extraits d'entrevue étaient présentés pour étayer un même sujet ou une même idée. Ainsi, les extraits sont présentés sous leur forme originale. Toutefois, les numéros des répondants desquels sont tirés ces extraits, sont présentés en groupe. Dans ce chapitre, les extraits sont généralement plus longs et complexes et donc, les biais de traduction s'avéraient plus importants. Malgré tout, et comme dans le chapitre de présentation des résultats empiriques : si un seul extrait est présenté dont certains éléments ou recoupements peuvent être faits afin d'identifier le participant, nous avons choisi de ne pas mettre de référence (ou d'indiquer Anon pour anonyme). Il s'agit évidemment de l'exception car pour la plupart, les extraits sont identifiés et peuvent donc être vérifiés. Nous sommes conscients que certains éléments de la recherche sont de nature délicate pour les participants, puisqu'ils portent sur des conflits éthiques ainsi que sur une réflexion morale toute aussi personnelle que professionnelle. Tous les moyens ont donc été mis en œuvre afin de préserver la confidentialité des participants et relèvent donc du jugement du chercheur. Toutefois, l'intérêt de la recherche est d'en arriver à comprendre la réflexion éthique et de discuter de ces

principes généraux, non pas de décrire des expériences individuelles particulières. C'est pourquoi nous croyons que les méthodes utilisées pour préserver la confidentialité dans la thèse sont appropriées, puisqu'elles atteignent leur objectif tout en permettant une vérification scientifique.

Nous n'avions prévu aucun risque majeur dans le cadre de la recherche, sauf pour ce qui est de l'organisation des entrevues, problème s'étant effectivement concrétisé. En effet, les médecins militaires sont tous très occupés et dispersés à travers le Canada. Nous avons donc anticipé quelques conflits d'horaire et de disponibilité – d'où la décision d'effectuer des entrevues téléphoniques – mais n'avons pas été confrontés à d'autres difficultés.

L'institution militaire bénéficiera des résultats de la recherche, car les dilemmes identifiés et l'analyse qu'elle suscite pourront servir à améliorer les plans de soutien logistique et ceux de formation des médecins militaires. De plus, le fait que la recherche porte sur la réalité canadienne peut certainement contribuer à enrichir la discussion scientifique sur la médecine militaire qui, ces dernières années, a surtout porté sur la controverse entourant le comportement des médecins militaires américains envers les détenus en Irak et à la Baie de Guantanamo, à Cuba et en Afghanistan.

Portée et limites

Pour les FAC, qui, à travers la Stratégie 2020 cherchent à positionner sa structure « pour doter le Canada de forces modernes aptes au combat et adaptées à leurs tâches, qui pourront être déployées dans le monde entier et intervenir rapidement en cas de crise, tant au pays qu'à l'étranger, dans le cadre d'opérations interarmées ou interalliées » et qui à travers sa stratégie de ressources humaines, s'engagent à « veiller attentivement à la santé physique et mentale de ses membres », une réflexion se fait sur une stratégie médicale militaire qui corresponde aux enjeux du XXI^e siècle (Salisbury et English, 2003 p. 45). En effet, les FAC doivent évaluer les répercussions des changements technologiques (ex. : télémédecine, informatisation des dossiers, techniques de réanimation, génomique) et la nature des opérations militaires, ayant un effet sur le nombre et le type de blessures et de maladies auxquelles sont exposées les

troupes. Souvent imprévisibles; celles-ci nécessitent parfois une collaboration avec les alliés pour assurer les soins, ainsi qu'une nouvelle analyse des besoins en médecine préventive (Salisbury et English, 2003). La présente recherche de bioéthique empirique, traduit cette problématique en opposant les principes éthiques courants du médecin envers son patient, avec l'utilité militaire, la sécurité et les lois internationales, qui n'ont pas toujours prévu les enjeux reliés aux conflits non traditionnels.

En ce qui a trait à la généralisation, la recherche est limitée à l'environnement choisi, soit celui des médecins militaires canadiens. Toutefois, certains concepts éthiques peuvent être associés à d'autres milieux de travail ou utilisés dans d'autres situations similaires (autres armées), tout comme à d'autres professions où il existe des conflits de rôle professionnel ou organisationnel. Mais il ne s'agissait pas du but de la recherche. L'étude cherche plutôt à faire des recommandations sur les politiques ou la formation des médecins militaires, de façon à faciliter les choix éthiques. Certainement, l'étude permet d'ouvrir la discussion au niveau institutionnel. Comme toute recherche de bioéthique empirique, elle permet de « *1) debunking widely held but erroneous views; 2) assessing the importance of ethical concerns; and 3) facilitating the realization of certain ethical values.* » (Emmanuel, 2002 p.99). Bref, elle permet de mieux appréhender et de comprendre, dans un contexte particulier, les études théoriques sur le sujet de la bioéthique et des conflits armés. Toutefois, elle est limitée par le nombre de participants, par la particularité du contexte et certainement par la nature inductive et donc « construite » de l'analyse.

CHAPITRE 3 : ANALYSE THÉORIQUE

Dans l'analyse qui entoure la médecine militaire, trois perspectives quant aux dilemmes éthiques sont ressorties mettant en opposition le rôle du médecin et celui de militaire dans la relation avec le patient, avec l'institution militaire et avec la société en générale (**chapitre 1**). Plusieurs auteurs résument les deux premières perspectives sous un problème de double loyauté professionnelle (Allhoff, 2008; Benatar et Upshur, 2008; London, 2005; London et al., 2006; Singh, 2003). Ainsi, selon ce point de vue, dans le contexte militaire, le médecin ne pourrait pas toujours accorder la primauté à l'intérêt envers son patient (donc appliquer les principes bioéthiques traditionnels) et se verrait confronté à deux codes d'éthique professionnels. Ces différentes obligations professionnelles provoqueraient des conflits. Mais est-ce que la dualité professionnelle est réellement un concept qui explique la source des défis éthiques rencontrés par les médecins militaires ? Afin de répondre à cette question, nous proposons, dans un premier temps, d'étudier ce que signifie une « profession » ainsi que le professionnalisme en lien avec les obligations morales. Par la suite, nous présentons sous forme d'article une analyse comparative des codes d'éthiques des médecins et des militaires pour en dégager les distinctions et les tensions potentielles.

La médecine militaire comme dualité professionnelle

La référence à la profession et au professionnalisme est courante dans la littérature sur la pratique de la médecine. En effet, au cours des cinq dernières années, des centaines d'articles couvrant le sujet de profession ou de professionnalisme des médecins ont été publiés (van Mook et al., 2009a). Le code de déontologie de l'Association médicale canadienne (AMC) identifie comme principales responsabilités des médecins, « d'approfondir toujours leur savoir afin de préserver et d'améliorer leurs connaissances, compétences et attitudes professionnelles » (AMC, 2004 : article 6) et « d'éviter d'entacher la réputation de collègues pour des raisons personnelles, mais signaler aux autorités compétentes toute conduite non professionnelle de collègues » (AMC, 2004 : article 48). La nature de ces attitudes et comportements professionnels recherchés n'est toutefois pas précisée.

Dans sa pratique, le médecin doit faire face à plusieurs enjeux éthiques qui continuent de susciter des discussions, par exemple l'euthanasie, l'avortement, la transplantation d'organes, et la recherche génétique. Ces différents enjeux sont habituellement traités à l'intérieur d'un contexte de ressources limitées, d'explosion des coûts de santé, de droits et d'autonomie de la personne. En effet, dans un monde technologique où les limites du possible sont toujours repoussées, les coûts sont devenus un facteur déterminant dans la prise de décision médicale. Engelhardt (2003) croit même que la prise en compte des coûts est devenue une obligation morale en médecine. En conséquence à cette transformation technologique et institutionnelle de la médecine, certains en ont conclu à une « déprofessionnalisation » du travail du médecin (Pellegrino et Relman, 1999; Jotterand, 2005; Koch 2006). Selon ce point de vue, les médecins seraient devenus dépendants des institutions qui les emploient et devraient composer avec les réalités sociales, économiques et légales dans leurs décisions d'intervention auprès de leurs patients. Ainsi, la relation médecin-patient aurait perdu un peu de son pouvoir au profit de considérations d'ordre économique et institutionnel.

De plus en plus de médecins se retrouvent effectivement dans des milieux de travail dont le but premier ne concerne pas les soins de santé, mentionnons à titre d'exemple les médecins dans les prisons, les entreprises ou en médecine sportive. La médecine militaire est un autre cas qui, en plus, implique la rencontre de deux professions ayant chacune leur histoire et propre code d'éthique. En effet, le monde militaire a développé une éthique professionnelle spécifique et par conséquent, l'institution a des attentes concernant le comportement et l'attitude de ses membres (Hartle, 2003). En se définissant comme une organisation professionnelle, l'institution militaire manifeste la volonté de faire une distinction entre un guerrier et un combattant, ce dernier devant démontrer des comportements « professionnels ». De plus, pour être considéré comme un professionnel en son sein, du moins aux États-Unis, il faut être une personne « *who has made the military establishment the locus of his [or her] career* » (Janowitz, 1960 dans Hartle 2003 p.137).

L'utilisation du terme profession et ses dérivés (professionnalisme, professionnel et déprofessionnalisation) sont donc courants dans la littérature sur la médecine et en médecine militaire. Comme le rappelle Friedson (1994 p.15), « *a word with so many connotations and*

denotations cannot be employed in precise discourse without a definition ». Ainsi, on peut parler des professions traditionnelles (médecins, avocats, prêtres), même si aujourd'hui, le travail de professionnel s'étend à plusieurs autres fonctions, au point où on parle même d'organisations professionnelles comme dans le cas des militaires. L'idéologie derrière l'expertise des professions traditionnelles ainsi que leur probité, semble toutefois être transposée à tous les termes et dans tous les contextes. C'est la raison pour laquelle il nous apparaît utile de circonscrire un peu mieux ce concept.

Définition de profession et professionnalisme : réalité ou idéal?

De toute évidence, derrière les termes « profession », « professionnel » et « professionnalisme », se cache un monde de valeurs, de croyances et de sous-entendus. Toutefois, il n'y a pas de consensus au niveau des sciences sociales sur une définition des « professions » et du « professionnalisme ». Les définitions diffèrent selon que l'attention est accordée à la structure des professions (caractéristiques ou attributs), ou au processus par lequel un travail se professionnalise et obtient ainsi un pouvoir et un prestige dans la société, ou en tant qu'institution, organisation sociale ou division du travail (Friedson, 1994; Ritzer, 1973; Cruess et al., 2004). Une profession peut donc être considérée comme un statut social, un système d'organisation sociale, une série de traits de caractère ou de compétences, ou alors un terme utilisé pour identifier un type d'occupation.

Talcott Parsons (1939), l'un des premiers en Amérique à avoir tenté de développer une théorie des professions (Friedson, 1994), les a décrites comme étant caractérisées par trois éléments : 1) leur but, qui est la recherche de l'avancement et de l'application de la science (la rationalité); 2) le désintéressement personnel à servir les clients et l'avancement de la science (la neutralité); 3) la détention d'une compétence technique et d'une expertise (fonction) lui conférant son autorité. Ces connaissances et compétences techniques sont généralement acquises suite à un long apprentissage de haut niveau, afin de parvenir à l'élaboration et au renforcement de valeurs universelles (universalité) (Gay, 2006).

Quoique certaines de ces caractéristiques aient été remises en question dans les années 1960 et 1970 (notamment le désintéressement économique des professionnels), on retrouve dans cette définition les éléments fondamentaux d'une conception encore actuelle des professions, soit l'expertise, le service au public et l'éthique (Irvine, 2004; van Mook, 2009b). Notons que cette définition fait référence à trois concepts qui nécessiteraient à leur tour d'être définis avec précision. Alors que l'expertise fait référence à des connaissances et des compétences techniques pour effectuer des tâches pouvant être décrites et mesurées (la fonction), le service au public introduit des notions de liens sociaux et de rôle (la relation). Quant à l'éthique, elle fait référence à des comportements liés à des valeurs (la morale). L'autorité de la profession, basée sur la rationalité et le savoir scientifique, s'est depuis étendue dans les sphères morales et politiques sans qu'elle soit nécessairement en mesure de le faire (Starr, 1982).

On présente aussi les professions à partir du contrat social qui les sous-tend (Cruess et Cruess, 2000; Sullivan, 2000; Cruess et al., 2002, 2004; Miettinen et Flegel, 2003; Van Mook et al., 2009a). Selon les termes de ce contrat et à travers les ordres professionnels ou les institutions, les professions obtiennent : un monopole pour fournir certains services, un contrôle sur la formation et la certification de leurs membres, l'auto-réglementation, l'autonomie dans le travail, un statut, des privilèges, ainsi que des avantages financiers. En retour, la société s'attend à ce que les membres des professions soient dévoués à servir la communauté en tenant compte de ses besoins et à obtenir de leur part un haut niveau de compétence et de responsabilité morale (Sullivan, 2000; Cruess et al., 2004). Dans les sociétés contemporaines caractérisées par une division poussée du travail, les services professionnels en tant que relations économiques sont donc fondés sur la confiance du public (Evetts, 2006). De cette manière, on associe aux professions et, par le fait même aux professionnels, des qualités morales à respecter afin de maintenir la relation de confiance avec le public (Sullivan, 2000). La médecine, longtemps considérée comme la profession idéale-type (Friedson, 1994), n'y échappe pas et ne peut se départir des caractéristiques scientifiques et morales de la profession, comme si « la pratique médicale était un rôle *naturel* par analogie à la loi de la nature » (Applbaum, 1999 p.48).

Trois éléments importants nous semblent ressortir de la littérature et nous invitent à être prudents dans l'utilisation du concept de profession. Le premier, présenté par Friedson (1994) concerne les approches, qui ont traité les professions comme s'il s'agissait d'un concept générique plutôt qu'un concept changeant historiquement, avec des racines particulières dans les pays industrialisés et fortement influencés par les institutions anglo-américaines. On oublie ainsi souvent le caractère évolutif et contextuel du contrat social.

Un deuxième aspect qui nous semble fondamental est le peu de distinction entre le groupe et les individus qui le composent. Selon Ritzer (1973), les sciences sociales ont tenté de découvrir ce qui différenciait les groupes professionnels des groupes non-professionnels, mais ont ignoré ce qui distinguait les individus professionnels des individus non-professionnels. Ritzer (1973) ajoute même que plusieurs auteurs mélangent la professionnalisation d'un travail (occupation) avec la professionnalisation d'un individu. Ainsi dit-il, « même si la médecine est une profession, les médecins en tant qu'individus peuvent avoir des degrés de professionnalisme différents » (Ritzer, 1973 p.61). De même, des non-professionnels peuvent faire preuve de professionnalisme dans l'exécution de leur tâche sans pour autant faire partie d'une profession. En fait, celui qui occupe un rôle professionnel a besoin d'une raison pour que les prescriptions reliées à son rôle lui servent de guide dans son action (Applbaum, 1999). Ces raisons peuvent être d'ordre moral, pratique ou tout simplement provenir d'un autre rôle.

Enfin, un dernier élément présenté par Metzger (1987) qui nous semble important et englobe en quelque sorte les deux premiers, est l'idéologie derrière la définition des professions. En effet, pour plusieurs théoriciens des sciences sociales, cette organisation du travail constitue, dans la société moderne, un réel progrès par rapport aux relations mercantiles. Les ordres professionnels sont perçus comme étant plus indépendants face aux pressions du marché et de la hiérarchie (Adler et al., 2008), ainsi que plus enclins à répondre aux besoins de la communauté. Puisque les professions sont basées sur des valeurs scientifiques et des principes de méritocratie, il y a eu une tendance à accorder d'emblée aux ordres professionnels, la volonté de protéger la moralité et la solidarité sociale contre l'égoïsme, de même que l'intérêt personnel caractérisant la société capitaliste (Metzger, 1987). Cette présomption de bonne conduite morale s'appliquerait, par le fait même, aux détenteurs des titres professionnels.

L'idée derrière cette supposition est que, lorsque les gens « contrôlent leur travail, que celui-ci est complexe et intéressant et qu'ils lui accordent de la valeur et de l'intérêt, ils ne se sentent plus aliénés, et conséquemment, cherchent à bien le faire » (Friedson, 1994 p.176; traduction libre). C'est ce qui distinguerait une vocation d'une occupation.

En somme, les professions constituent un troisième modèle par rapport aux règles du marché et celles de la bureaucratie, pour définir les relations de service et l'échange de connaissances (Friedson, 1994, 2001). C'est peut-être grâce à la force de cette idéologie que même si les études empiriques ont démontré que les pratiques sont loin de cet idéal des professions, nous continuons d'y faire référence comme une base de la réflexion éthique. Toutefois, il existe une différenciation des services professionnels selon les classes sociales et les professions, exerçant un pouvoir politique réel comme groupe d'intérêts et constituant une valeur sociale et économique dans les pays industrialisés (Chapoulie, 1973; Friedson, 1994). Par conséquent, même si aujourd'hui tout le monde reconnaît que les médecins peuvent faire preuve de négligence professionnelle, doivent composer avec des ressources limitées et donc, n'accordent pas toujours la priorité aux besoins des patients, de même qu'ils peuvent faire preuve d'abus pour des raisons économiques (comme dans le cas de la chirurgie plastique), on leur accorde encore en tant qu'individus, les vertus de leur profession (Friedson, 1994; Applbaum, 1999; Gross, 2006).

Le même constat peut être fait en ce qui concerne le professionnalisme. Cet autre concept, qui découle du rôle professionnel, revêt un caractère multidimensionnel pouvant faire référence, à la fois au professionnalisme interpersonnel (en lien avec les demandes individuelles des patients ou clients), au public (en lien avec les demandes du public) ou au professionnalisme intra personnel (en lien avec les demandes de la profession) (Van de Camp et al., 2004). Le Collège Royal des médecins en Angleterre, dans un effort de définir le concept de professionnalisme médical et afin de tenir compte de la complexité et de l'ambiguïté du contexte clinique (dans la relation étroite entre le médecin et le patient au sein d'un nouveau contexte social), propose que « *medical professionalism signifies a set of values, behaviours, and relationships that underpins the trust the public has in doctors.* » (Royal College of Physicians, 2005 p.14).

Une série de valeurs demeure donc encore aujourd'hui, associée aux professions telles que la compassion, la compétence, l'altruisme, l'imputabilité, l'honnêteté et l'intégrité morale, la fidélité envers le lien de confiance, etc. Le professionnalisme devient ainsi un idéal à atteindre, que ce soit en termes de traits de caractère ou de comportement, dont la nature peut changer en fonction du temps et des valeurs sociales (van Mook et al., 2009a; Cruess et al., 2002; Pellegrino, 2002). Toutefois, il n'existe pas de consensus sur ces valeurs et cet idéal à atteindre, comme le démontrent les différentes associations médicales ayant tenté de définir le professionnalisme médical (van Mook, 2009b). Ainsi, certains en appellent à une philosophie morale de la médecine (Jotterand, 2005).

On peut déduire de ce qui précède que la profession et le professionnalisme constituent des constructions sociales qui évoluent et changent en fonction du contexte, et selon la relation, et que cette dernière se situe à un niveau individuel ou collectif. Une profession peut promouvoir des valeurs, mais dans la société pluraliste et complexe dans laquelle nous vivons, peut-elle réellement fournir des normes pour toutes les situations et contrôler tous les individus ? Est-ce réaliste de croire que les normes professionnelles peuvent offrir des normes éthiques aux médecins, plus précisément aux médecins militaires? Comme le rappelle le philosophe Applbaum (1999 p.7): « *good forms of social organization do not by themselves dictate the forms of moral reasoning particular actors within institutions ought to employ* ». L'adhésion aux valeurs et aux devoirs d'un rôle professionnel ainsi que l'engagement envers un raisonnement moral demeurent un choix individuel.

Malgré tout, plusieurs considèrent les valeurs professionnelles et leur fondement moral comme la base du contrat de confiance liant le public aux professions (Cruess et al., 2002; Sullivan, 2000). Ils en appellent donc à une redéfinition du professionnalisme des médecins, dans un contexte plus complexe et toujours en évolution, tout comme à un retour aux valeurs morales fondamentales (Irvine, 1999; Pellegrino et Relman, 1999; Sullivan, 2000; van Mook, 2009). Certains offrent une liste de ces valeurs dites universelles (Pellegrino, 2002; Wass, 2006; van Mook et al., 2009b). D'autres encouragent plutôt un dialogue entre les médecins et le public, afin d'en arriver à définir les termes et les attentes de ce contrat social (Sullivan, 2000; van

Mook et al., 2009a). À travers un tel dialogue, le public se rendrait peut-être compte qu'il a besoin de réduire ses attentes irréalistes envers les médecins (Jotkowitz et Glick, 2009). Pour leur part, la communauté des médecins réaliserait peut-être que l'éthique médicale ne peut être détachée de la moralité publique (qui tient compte de la responsabilité morale, des droits individuels, de la santé publique et de la sécurité) et que la fonction sociale de la médecine doit être intégrée à l'éthique et à la dialectique, autant que le sont ses visées thérapeutiques et de soins (Bloche, 1999). Le mythe derrière la moralité intrinsèque liée à la profession pourrait-il être remis en question ? Quoi qu'il en soit, si la relation professionnelle est basée sur un contrat social, il doit nécessairement y avoir négociation entre les valeurs professionnelles et les valeurs sociales (van Mook et al., 2009a). Cela s'appliquerait à la médecine en général et aussi à la médecine militaire.

Distinction entre moralité professionnelle et règle professionnelle

En fait, ce qui ressort de l'analyse des professions et du professionnalisme est le besoin de clarification des termes, tout comme celui de distinguer le fondement moral d'une profession de ses règles. Car comme le souligne Applbaum (1999 p.52), la confidentialité envers le patient est une règle professionnelle du rôle de médecin, mais n'est pas, par le fait même, une règle morale : « *Morality enters because, by hypothesis, doctors have a moral obligation to obey the nonmoral rules that apply to doctors* ». De même, si un officier de l'armée respecte les politiques visant à réprimer l'homosexualité dans l'armée, cela ne veut pas dire qu'il s'agit d'un comportement acceptable moralement (Applbaum, 1999). Il y a donc différents niveaux entre, d'une part, les fondements moraux d'une profession et les normes prescrites par ce même rôle professionnel. Cette distinction laisse d'ailleurs un espace dans lequel le professionnel peut décider de ne pas se soumettre à une règle, parce qu'il la juge immorale dans un contexte donné.

C'est avec cette distinction en tête, entre la soi-disant « nature morale » d'une profession, la santé dans le cas du médecin et la sécurité dans le cas des militaires, et les règles professionnelles, qu'il faut comprendre l'éthique de la médecine militaire. D'ailleurs, l'exemple le plus flagrant pour comprendre cette distinction est que même s'il existe des lois

et règlements pour minimiser les horreurs de la guerre, cela ne rend pas l'acte de tuer ou d'attaquer une population plus moral pour autant. La moralité reste la même mais des contextes extrêmes peuvent surgir, comme la guerre, la souffrance, ou une grossesse non désirée, qui mettent en jeu des raisons morales entre elles pour mettre fin à une vie (McMahan, 2002, 2009).

Le concept de profession fournit aussi des arguments ou des justificatifs à des comportements. Le rôle est défini par ceux qui le pratiquent et ceux qui en bénéficient, donc à l'intérieur d'un contrat social. Contrairement à l'obligation morale qui est une construction de la raison et donc personnelle, l'obligation reliée au rôle est une convention sociale (Applbaum, 1999). Un soldat qui tue en dehors d'une situation de guerre est considéré comme un criminel, mais lorsqu'il le fait dans le cadre d'une opération militaire, il agit selon les prescriptions de sa profession. Dans le cas des membres d'Al Quāida, l'acte de tuer est toujours jugé criminel par les Occidentaux puisqu'ils sont considérés comme des terroristes et non des soldats. Comme le fait remarquer Applbaum (1999), ce n'est plus l'individu qui est jugé, mais plutôt son rôle. Ajoutons même que dans l'exemple sur Al Quāida, le jugement apparaît comme politique. Ce qui fait dire à Applbaum (1999) qu'il y a deux types de conflits moraux menaçant l'éthique professionnelle : la morale personnelle et la morale politique.

Par conséquent, les croyances personnelles, philosophiques ou religieuses, ainsi que la conception du bien commun ou de notions connexes telles que la liberté, l'égalité, la justice et la légitimité, peuvent entrer en conflit avec l'éthique et le rôle professionnel. Il y aurait donc des obligations morales de différents niveaux (personnels, professionnels et politiques), qui influenceraient le jugement éthique. Nous sommes donc loin de cette notion, selon laquelle seule l'institution militaire imposerait des contraintes éthiques aux médecins et que le problème du médecin militaire serait d'être dans une situation de double loyauté professionnelle.

Éthique, moralité et choix sociaux

L'éthique médicale militaire est modifiée par l'adjectif militaire, tout comme le sont l'éthique médicale pédiatrique, néonatale, d'urgence, de gériatrie ou publique (Gross, 2006). Toutefois, l'éthique en temps de guerre, comme dans le cas d'épidémies, est particulière car elle doit englober le « bien commun ». La médecine se complexifie et il apparaît difficile d'avoir une seule éthique dérivant d'une vision universelle du bien, qui s'appliquerait à toutes les situations. Dans le cas d'un conflit armé, la réflexion éthique du médecin militaire l'amène à devoir peser dans la balance des principes lourds et souvent conflictuels de nécessité militaire et de sécurité nationale. Pourtant, l'éthique médicale reste la même en temps de paix et en temps de conflit armé. En effet, la première règle de l'AMM (2004) dans le contexte de conflit armé stipule que:

« L'éthique médicale en temps de conflit armé est identique à celle en temps de paix (...) Si dans l'exercice de leur mission professionnelle, les médecins sont confrontés à des responsabilités conflictuelles, leur première obligation est celle envers leurs patients; dans l'accomplissement de leur activité professionnelle, les médecins doivent respecter les conventions internationales sur les droits de l'homme, le droit humanitaire international et les déclarations de l'AMM sur l'éthique médicale. »

Pour Gross (2006), il s'agit d'un manque de réalisme de l'éthique médicale, ce qui la rend inadéquate pour les médecins militaires. De façon générale, dans nos démocraties, nous reconnaissons à l'État la responsabilité d'assurer les conditions nécessaires pour la liberté et le bonheur, d'où découle la préservation de la vie et la prévention de tort inutile (*undue harm*). Toutefois, en temps de guerre, la société accepte de mettre de côté cet interdit de faire du mal aux autres, et même d'enlever la vie, de façon à se protéger ou pour protéger les valeurs de liberté et de droits humains. Il s'agit d'une idéologie qui n'est pas partagée par les pacifistes mais plutôt d'un choix de société qui d'ailleurs, fait l'objet de discordes au niveau moral (McMahan, 2009).

Pour la médecine, deux principes peuvent justifier ce pacifisme : être tout simplement contre toute forme de guerre ou s'appuyer sur le principe de non-malveillance, c'est-à-dire ne pas vouloir participer à une activité qui contribue à faire du tort aux autres. Dans le premier cas, il s'agit d'une opposition totale à la guerre et dans le deuxième cas, il s'agit plutôt du rôle du

médecin dans le contexte d'un conflit (Gross, 2006). De toute évidence, pour le médecin militaire c'est le deuxième principe qui s'applique, car s'il a choisi cette carrière, c'est qu'il n'est pas moralement contre la guerre. Toutefois, il peut y avoir des interprétations différentes quant au rôle du médecin, dans le contexte d'un conflit armé. Certains vont peut-être soutenir l'effort de guerre en se disant que le bien-être de la communauté prévaut sur celui d'un individu particulier. Ces derniers auront peut-être une plus grande tendance à accepter les arguments de nécessité militaire. D'autres percevront peut-être leur rôle comme une obligation à minimiser les effets dévastateurs de la guerre, en mettant à contribution leur expertise pour soigner les blessés. Il y a donc une différence importante à faire entre la moralité de la guerre et le rôle du médecin à l'intérieur du conflit armé. Cette distinction semble souvent échapper aux analyses éthiques de la médecine militaire, lorsqu'elles avancent que le médecin doit promouvoir la paix tels que le font, par exemple, Sidel et Levy, 2003b; Santa Barbara, 2005.

Il est probablement pertinent pour les philosophes de se poser la question, à savoir si le médecin doit, pour des raisons morales, refuser de participer à la guerre et même devenir un militant contre la guerre. Toutefois, dans la mesure où cette fonction existe dans les faits, la question n'est plus de savoir s'il est moralement acceptable pour un médecin d'être militaire, mais bien comment ce dernier peut être guidé dans une réflexion morale, dans un contexte où il est aux prises avec des obligations concurrentielles liées à cette dualité de fonction (Frisina, 2008). Que les compagnies d'assurance soient devenues aux États-Unis, une tierce partie dans la gestion de la santé des individus, relève d'un choix social. Que les prisonniers aient droit à des soins de santé gratuits, alors qu'une partie de la population américaine n'y a pas accès dénote un autre choix social. La moralité derrière ces choix peut être discutée, mais la réalité ne peut être niée. Le médecin américain est aujourd'hui aux prises avec celle-ci. Le médecin militaire est dans une situation semblable, où il doit composer avec différentes obligations professionnelles au niveau médical et militaire ainsi que des obligations au plan social. Mais en se rappelant que l'obligation morale et l'obligation professionnelle se retrouvent à des niveaux différents, il est possible de se demander comment, dans les faits, les personnes parviennent à trancher.

Que ce soit au plan moral ou d'obligations éthiques, le concept de double loyauté utilise comme prémisse qu'il existe des divergences fondamentales entre la médecine et le militaire qui susciteraient des conflits au plan éthique. Mais si, à la base, toute éthique professionnelle peut être menacée par d'autres obligations au plan moral (personnelles ou politiques), la double loyauté ne devient-il pas un concept réducteur ? L'utilisation de ce concept ne cache-t-il pas plutôt une certaine vision (d'ethnocentrisme médical) qui considère la sphère médicale comme étant un champ isolé d'intervention en santé avec une conception purement clinique de celle-ci et dotée d'une visée supérieure à celle des autres professions ? Si au-delà de la relation médecin-patient on reconnaît qu'aujourd'hui la médecine a évolué, qu'elle est devenue une profession plus technique, qu'elle implique généralement une équipe, une administration, qu'elle est encadrée et parfois même limitée par des considérations économiques, ne doit-on pas également en conclure comme Drake (2002) et Callaghan (2003) que la médecine même au plan clinique, inclut aussi des notions de bien commun ?

Dans ce cas, la question essentielle est moins de définir le professionnalisme médical mais plutôt de reconnaître honnêtement que les obligations professionnelles du médecin ne se limitent plus uniquement à la relation avec le patient. Par conséquent, l'éthique professionnelle maintiendrait son objectif d'encadrer le rôle fiduciaire du médecin à l'égard du patient tout en reconnaissant qu'il existe des cas où le médecin doit *aussi* tenir compte du bien-être collectif. Une discussion pourrait au moins être initiée à cet effet. De plus, il nous semble que cette réalité ne concerne pas uniquement des médecins travaillant pour une tierce partie, mais s'applique à tous les médecins. Il en va de leur responsabilité sociale à l'égard de la santé. Il serait donc plus pertinent que l'analyse bioéthique se penche non pas sur le concept de double loyauté qui tend à renforcer une vision idéalisée, voire nostalgique, de la médecine mais sur la réflexion éthique qui est exigée lorsqu'un médecin doit balancer les principes de justice et d'égalité d'accès aux soins avec les principes d'autonomie et de bienfaisance plus courants en clinique comme le suggère Callahan (2003). Cette façon d'aborder le problème nous semble moins chargée idéologiquement (en opposant deux professions au plan éthique ou moral) et encourage plutôt au dialogue car une telle question ne peut être délibérée seulement par les médecins entre eux puisqu'elle relève de leur rôle social.

Synthèse

L'analyse du concept de profession nous indique qu'il s'agit d'un construit basé sur un contrat social pour répondre aux besoins de la société. La profession peut ainsi être traitée comme un système d'organisation sociale, une série de caractéristiques, ou encore une forme de travail (occupation). Il s'agit également d'un concept multidimensionnel qui englobe à la fois une fonction à travers l'expertise, une relation dans le service offert et une morale dans l'éthique professionnelle. Le concept de profession est ancré dans une histoire et une culture qui évolue dans le temps et qui, en plus, est basé sur une idéologie sociale d'échange de services. Les vertus et les valeurs derrière cette idéologie ont tendance à être récupérées par les professions, comme si le fait d'être professionnel accordait d'emblée cette probité. Pourtant, il ne semble pas y avoir de consensus sur les valeurs universelles reliées aux professions, ce qui s'appliquerait tant aux médecins qu'aux militaires. De plus, la réflexion éthique peut être personnelle, professionnelle et politique. Il devient donc difficile de parler des professions ou des professionnels en général, car il ne s'agit pas d'un groupe identique au plan moral et dont les membres partageraient tous les mêmes croyances, philosophies et religions.

Enfin, compte tenu du fait qu'il s'agit d'un construit social, la plus grande erreur dans l'utilisation du concept de profession est de déduire qu'il est muni d'une moralité intrinsèque. L'absence de distinction entre les obligations morales et professionnelles occulte aussi le fait que cette forme d'organisation sociale ne dote pas nécessairement ses membres d'une plus grande capacité de raisonnement moral. De plus, l'adhésion aux valeurs et même à la réflexion morale relève d'un choix individuel. Malgré tout, il semble que cette ambiguïté demeure, car dans la littérature, la tendance à croire que les médecins sont dotés d'une moralité supérieure reliée à leur profession (comparativement aux militaires), est très présente (Moreno 2008, Gross, 2006). Comme le souligne Applbaum (1999 p.8) « *because they devote their days to fulfilling their professional obligations, they pride themselves on their virtue* ». Le concept de double loyauté est le reflet de cette tendance car il véhicule, selon nous, une vision limitée et idéalisée du rôle du médecin ayant comme unique préoccupation le bien-être du patient alors

qu'en réalité aujourd'hui, tous les médecins ont des obligations au plan sociopolitique et doivent parfois aussi tenir compte de l'intérêt commun.

Transition

Dans la prochaine section, nous présentons un article coécrit avec notre superviseur, professeur Bryn Williams-Jones, dans lequel nous comparons deux codes d'éthique auxquels doivent se référer les médecins militaires, soit le code d'éthique de l'Association médicale Canadienne et celui des Forces armées canadiennes. Une première ébauche de cet article avait été rédigée par l'auteur de la présente thèse, mais au cours des trois dernières années, nous avons complètement revu et retravaillé l'article, avec l'aide du Professeur Williams-Jones. Il en résulte un article pour lequel nous avons tous les deux contribué de façon équivalente.

Cet article vise à traiter de la deuxième perspective dans l'analyse des dilemmes éthiques en médecine militaire soit que le code d'éthique médical serait peu adapté au contexte militaire (conflit de devoirs et de normes éthiques). De ce fait, il répond aussi au point de vue de la double loyauté professionnelle à l'effet que le médecin militaire est aux prises avec deux types d'influence quant à ses devoirs professionnels (Allhoff, 2008). Bref, l'article poursuit l'analyse sur la question de l'opposition décrite dans la littérature entre les valeurs et les obligations du monde médical et militaire.

Are military and medical ethics necessarily incompatible? A Canadian case study

Soumis à *Journal of Bioethical Inquiry*

Christiane Rochon*

Bioethics Program, Department of Social and Preventive Medicine, School of Public Health, Université de Montréal, Montréal, Canada

Bryn Williams-Jones

Bioethics Program, Department of Social and Preventive Medicine, School of Public Health, Université de Montréal, Montréal, Canada

*** Corresponding Author**

Christiane Rochon

Programmes de bioéthique, Département de médecine sociale et préventive

Université de Montréal

C.P. 6128, succ. Centre-ville, Montréal, Québec, Canada H3C 3J7

Keywords : military physicians, codes of ethics, medical ethics, military ethics, professionalism

Funding/Support: The research for this article was supported by a scholarship to Christiane Rochon from the Quebec Fonds de recherche sur la société et la culture (FRQ-SC), and funding to Bryn Williams-Jones, Lisa Schwartz and Matthew Hunt from the Ethics Office of Canadian Institutes of Health Research (CIHR).

Acknowledgments: We are grateful to Professors Matthew Hunt (McGill University) and Jeff Blackmer (University of Ottawa & Canadian Medical Association) and Colonels Hugh Mackay and Michel Robitaille (Canadian Armed Forces) for their constructive comments and suggestions on this article.

Conflict of interest: The authors confirm there are no financial interests or connections, direct or indirect, or other situations that might raise questions of bias in the work reported or the conclusions, implications, or opinions stated in the present article.

Abstract

Military physicians are often perceived to be in a position of ‘dual loyalty’ because they have responsibilities towards their patients but also towards their employer, the military institution. Further, they have to ascribe to and are bound by two distinct codes of ethics (i.e. medical and military), each with its own set of values and duties, that could at first glance be considered to be very different or even incompatible. How, then, can military physicians reconcile these two codes of ethics and their distinct professional/institutional values, and assume their responsibilities towards both their patients and the military institution? To clarify this situation, and to show how such a reconciliation might be possible, we compared the history and content of two national professional codes of ethics: the Defence Ethics of the Canadian Armed Forces and the Code of Ethics of the Canadian Medical Association. Interestingly, even if the medical code is more focused on duties and responsibility while the military code is more focused on core values and is supported by a comprehensive ethical training program, they also have many elements in common. Further, both are based on the same core values of loyalty and integrity, and they are broad in scope but are relatively flexible in application. While there are still important sources of tension between and limits within these two codes of ethics, there are fewer differences than may appear at first glance because the core values and principles of military and medical ethics are not so different.

Introduction

Most medical codes of ethics, based as they are in the Hippocratic Oath, state that physicians have a primary obligation to act in and protect their patients’ best interests (Sidel and Levy, 2003; Pellegrino, 2003; Annas, 2008; WMA, 2006). According to this view, real or perceived pressure to divert a physician’s duty away from their patients creates an important ethical conflict (Allhoff, 2008), as would be the case for military physicians, but also for physicians and other health professionals working in occupational medicine or employed to ensure the healthy functioning of a workforce (e.g., sports teams, workers’ health insurance programs). For example, how does a military physician decide what to do when asked by a commanding officer not to provide care to an enemy combatant? At first glance, military principles that seek to maintain the combat readiness of soldiers and operational success, and a military

culture that traditionally relies both on professional autonomy and obedience to orders as part of a hierarchical chain of command, seem to conflict with medical principles that prioritise patient well-being, non-maleficence and a rejection of medical paternalism (Sidel and Levy, 2003; Beam, 2003). To put it bluntly, how can the military profession, whose mission of defending state interests can involve the use of deadly force, be compatible with the medical profession whose primary mission is to heal and save lives?

Often referred to as dual loyalty challenges or professional role conflicts, such situations require physicians to weigh their patient's interests against other considerations, such as governmental or institutional objectives (London et al., 2006; Benatar and Upshur, 2008). In cases where these hypothetical or actual challenges have been studied, some authors find the problem to be that medical codes of ethics are not adapted to the actual contexts of clinical practice (Gross, 2006). Clinicians are sometimes asked to ascribe to and be bound by two codes of ethics or codes of conduct – i.e., that of the medical profession and of their employer – which may at times conflict or even be seen as incompatible. Should one code of ethics, i.e., that of medicine, always have primacy over other codes or guidelines (e.g., those of the institution)?

Codes of ethics are foundational documents that identify the core values and rules of ethical conduct for members of a profession, and so are intended to be used by professionals to guide their behaviour and delineate their responsibilities (Eriksson, 2008; Morrisson, 2011). Yet, codes of ethics cannot fully encompass or address all the ethical issues likely to be faced by members of a profession, and they have important limits in terms of scope (e.g., issues addressed within the code), specificity (e.g., for particular specialities or types of practice) and applicability (e.g., utility in particularly challenging contexts). Professionals will thus likely refer to other guiding documents (e.g., norms of practice, decision-making tools, institutional codes of ethics or conduct, national or international laws) to support their ethical judgments when their professional codes of ethics prove insufficient for the problem at hand.

In the case of the Canadian military, for example, physicians work in an institution – i.e., the Canadian Armed Forces (CAF) – where most (if not all) members are viewed as professionals

bound by a social contract (i.e., granted professional autonomy by the state in exchange for working towards an important social good) and having an obligation to act according to specific values that are articulated in an institutional code of ethics, the *DND and CF Code of Values and Ethics* (Department of National Defence, 2013a). The challenge for a military medical officer may be presented as one of reconciling guidance from different codes of ethics, i.e., that of the CAF and the Canadian Medical Association (CMA). But if we return to the dilemma facing the military physician who is asked not to treat an enemy combatant, the professional response actually is relatively straightforward since codes of medical ethics and international humanitarian law provide that combatants be treated according to the severity of their wounds, and that they have a right to healthcare. The military physician, as a health professional who is subject to national and international codes of medical ethics, thus has strong arguments for refusing to meet such a request from a commanding officer. It is thus important to examine more carefully the nature of the ethical guidance available to military physicians to see whether, in fact, such guidance is necessarily conflictual and source of significant professional dilemmas.

In this paper, we examine and compare the history and content of two national professional codes of ethics – the Defence Ethics of the Canadian Armed Forces and the Code of Ethics of the Canadian Medical Association – in order to identify where conflicts could potentially occur between a military physician’s professional responsibility towards their patient, on the one hand, and to their employer institution (the military) and society more generally, on the other. In contrast to the conflictual view of military medical ethics often presented in the bioethics literature (Koch, 2006; Gross, 2006, 2013; London et al., 2006; Miles, 2011; Sidel and Levy, 2003), our analysis shows that the Canadian military and medical codes of ethics are not fundamentally or necessarily incompatible. Even though there are clearly important differences in both the approach adopted (i.e., values-based vs principle-based) and their focus (i.e., common good vs patient-centred) that can pose ethical challenges for military physicians (and other health professionals), there is still sufficient overlap between in the core values, principles and objectives of these two codes to provide a relatively coherent moral framework for Canadian military physicians. What remains underdeveloped in both codes, however, is specific attention to the particular challenges and realities of professionals – and thus an

articulation of specific duties and responsibilities – who are bound by two distinct codes of ethics, such as the medical profession and the military.

Being Military: Just about the legitimate use of force?

In modern Western militaries, soldiers are part-time (reserve) or full-time employees who chose to join the military institution, i.e., they are not conscripts, they often have fixed contracts of service and are remunerated for their work. Further, as members of the “profession of arms,” soldiers are trained to develop, share and perform according to specific professional moral values. Soldiers have a mandate to protect society and defend national values, and are one of the few groups – along with police and security services – permitted to use arms and deadly force, something that is normally contradictory with other important democratic values (i.e., respect for individual liberty and human dignity). As with all professionals, members of the military are required to meet higher ethical standards than what would be expected of the general population (i.e., *jus ad bellum*, or the justifiability of using force or engaging in war, and *jus in bello*, or the proportionality of force used to meet military/political objectives) (Robinson, de Lee, and Carrick, 2013). The military profession is thus bound by a social contract: in exchange for working in the interests of the state (i.e., the common good), the profession is granted significant autonomy, for example, in establishing eligibility and membership criteria, evaluating and judging member qualifications, setting ethical norms of conduct and imposing sanctions (Hartle, 2003).

Modern militaries are complex organizations, reflecting much of the professional and cultural diversity of the modern state. Members of the Canadian Armed Forces (CAF), for example, consider themselves as “a distinct sub-set of the entire Canadian fabric” (Department of National Defence, 1994 p. ii-iii), meaning that they must reflect and practice the democratic values of Canadian society (Department of National Defence, 2002). With the merger of Canadian Department of National Defence (DND) and the Canadian Forces in 1972, there was what some authors have called a “civilianization” of the CAF; i.e., the increased presence of specialised technicians, engineers, and managers working alongside combat personnel, as well as other civilian professionals working at DND resulted in a significant culture change

(Kasurak, 1982; Robinson, de Lee, and Carrick, 2013). It has even been argued by some that “military morale and values have been eroded by the transference of civilian values and management techniques to the Forces” (Kasurak, 1982 p.108).

Military Ethos

In the manual *Duty with Honour: The Profession of Arms in Canada* (Department of National Defence, 2009), there is a detailed description of “what it means to be a Canadian military professional” (p.2), articulated through four attributes: responsibility, expertise, identity and military ethos. Military ethos is considered to be at the centre of the profession of arms, because it “embodies the spirit that binds the profession together. It clarifies how members view their responsibilities, apply their expertise and express their unique military identity. It identifies and explains military values and defines the subordination of the armed forces to civilian control and the rule of law” (p.21); thus “military ethos serves to shape and guide conduct, especially in the face of ethical dilemmas” (p.22). The Canadian military ethos is composed of three components:

1. beliefs and expectation about military service which includes accepting unlimited liability, fighting spirit, discipline and team work;
2. Canadian values: foundational legislation (essentially the Constitution and the *Charter of Rights and Freedoms*), the *Statement of Defence Ethics*, Canadian Security Policy (human security, international stability and viable international relationships), performing duty with humanity; and
3. military values: duty, integrity, loyalty and courage.

Defence Ethics Program

In light of a changing institutional culture, and in response to the challenges of post-cold war operations in which the CAF were involved – notably peacekeeping operations in Eastern Europe, the Middle East and Africa – the Canadian Defence Ethics Programme (DEP; Department of National Defence, 2014) was developed in 1994 and implemented in 1997 (Department of National Defence, 1997), including the first formal code of ethics in 1997, the *Statement of Defence Ethics* (Department of National Defence, 2002). Following the

implementation in 2011 of *The Values and Ethics Code* (Treasury Board of Canada, 2011) for all Canadian Public Sector employees (including the DND and the CAF), in 2013 a specific *DND and CF Code of Values and Ethics* (Department of National Defence, 2013a) was created which “fully integrates and expands on the values and expected behaviours found in the Values and Ethics Code for the Public Sector, as well as on the values and ethics found in the Canadian Forces customs and practices described in *Duty with Honour: the Profession of Arms in Canada*” (Department of National Defence, 2009). The *DND and CF Code of Values and Ethics* is “a binding directive applicable to all DND employees and is an order for all CF members.” It is presented as a set of three principles (Respect the dignity of all persons, Serve Canada before self, Obey and support lawful orders) and five specific values (Integrity, Loyalty, Courage, Stewardship, Excellence; see Table 1 below) each articulated with expected behaviours; these principles and values are also enumerated in the *Statement of Defence Ethics* (Department of National Defence, 2013b). The resulting *Canadian Defence Ethics* is built on the values of Canadian society (democratic values and laws, including respect for the principles of war), respect for international commitments such as the Universal Declaration of Human Rights, and values that are part of the military profession (i.e., the military ethos) (Department of National Defence, 2002, 2013a).

The goal of the DEP is to provide the necessary tools (codes of ethics, support documents, training programs) for members of DND and the CAF to build their capacity for value-based ethical judgments⁸ (Department of National Defence, 2002 p.5). That is, the aim is “to foster the practice of ethics in the workplace and in operations such that members of the CF and employees of the DND will consistently perform their duties to the highest ethical standards” (Department of National Defence, 2014). As explained in an accompanying Student Manual, the DEP is a top-down, normative values-based program that “maintains a dynamic balance between judgements based on compliance and judgements based on ethical values” (Department of National Defence, 2005 p.20). The Student Manual presents a basic decision-

⁸ This “values-based” approach to ethics is explicitly articulated in the DEP as being in contrast to other common approaches that are either compliance-based (i.e., formal rule following, a traditional feature of strongly hierarchical military institutions) or prevention-based (to identify and manage patterns or departments where risks are greatest).

making model (based on Rest (1994)) with a four step process – perception, judgement, intent-commit and action – and describes a number of well-known theoretical frameworks that can help guide ethical judgement (rule-based, consequence-based, care-based, virtue-based, multiple-approach based, and self-interest-based).

Military and Professionalism

For our purposes, a particularly interesting aspect of the *Statement of Defence Ethics*, the *DND and CF Code of Values and Ethics* and the DEP more generally is the use of the language of professionalism, as in “The Statement is intended for use as a normative guide to professional conduct” (Department of National Defence, 2002 p.8). Nonetheless, there is some ambiguity about this concept in the military context. Indeed, who should be called a “professional” soldier or member of the military seems to be problematic and there is a tendency to view professionalism along a continuum depending on the role/position and length of service (Hartle, 2003). For example, soldiers who serve for only a few years and then return to civilian life, or are part-time reservists, may not be considered to be military professionals by their fulltime “career” colleagues because the former may be viewed as lacking the skills, discipline or ability to self-regulate that characterizes professional activity (Hartle, 2003). On the other hand, non-combatant officers such as physicians or nurses may be considered military professionals if they spend their career in the armed forces; but they are also “professionals” because of their membership in formal professional orders (medicine, nursing, etc.).

The DND readily acknowledges the limitations of employing the paradigm of “profession” as the foundation for its ethics program (Department of National Defence, 2002). The concept of a professional (with associated duties and responsibilities) must be understood in a particular context – i.e., that of a democratic society and a military institution – and so for the DND is insufficient, in itself, to promoting robust ethical reflection. For this reason, the DEP defines and specifies *principles* and *values* (and associated expected behaviours) that are in line with the professional obligations of its members, instead of focusing on providing a comprehensive list of duties as would be common in most (health) professional codes of ethics.

Bayles’ professional-client model can usefully be applied to Defence, in as much as Defence represents a professional exercise of an activity in the public

domain. Walzer is just one of many who have written insightfully on the military using the paradigm of a “profession”. It can assist our understanding of what is involved in the special ethical obligations of defence personnel by explaining them in terms of universal and role-related norms or in terms of general and role-specific obligations or, again, in terms of hierarchical and non-hierarchical obligations. However, the professional-client model and, more generally, the paradigm of a “profession” is not sufficient to provide a firm foundation for a value-based approach to Defence ethics... Reference to this broader context will inevitably affect which ethical values should have primacy in defence and the relative weights assigned to these values in decision-making (Department of National Defence, 2002 p.7-8).

The DEP distinguishes between values that are “universal” in the context of professions in general, such as the health or safety of the population, and those related to a specific role (e.g., for combatants or non-combatants). Following Michael Walzer (1989), the professional role is also subdivided into two types of responsibilities, those in hierarchical relationships (e.g., duty to follow orders and the chain of command), and those in non-hierarchical relationships (e.g., responsibilities towards people, especially non-combatants, who can be affected by military action) (Department of National Defence, 2002).

Furthermore, the DEP recognizes an *organizational* responsibility to apply ethical principles and to develop an ethical organizational culture within the military institution, one that is “strongly supported [by] the virtues of open dialogue on ethics in the workplace and on the need for ethical risk management” (Department of National Defence, 2002 p.28). The foundation of this ethics program – and the associated codes of ethics – is thus best described as multidimensional, because it involves obligations to society, to the military institution and to government, to the Canadian population and to the populations of other countries affected by the actions of the CAF.

Even though there is significant attention to professionalism and professional ethics, the DEP is unlike other (health) professional codes of ethics because it is explicitly based on “the belief that the responsibility for defence ethics is a shared responsibility between the organization and the individual” (Department of National Defence, 2002 p.29). In healthcare contexts, institutions often have an organizational code of values or conduct but these remain relatively general in nature. More fundamentally, most medical codes of ethics are oriented towards the

individual responsibility of professionals, whether to their individual patients or more broadly to society, and are not generally associated with any particular institution. By contrast, the DEP brings together institutional and individual responsibilities. This commitment by the CAF to a model of shared responsibility is clearly demonstrated in the regular tri-annual review of the DEP, which started in 1999 and was then repeated in 2003 (Dursun, Morrow, and Beauchamp, 2005), 2007 (Fraser, 2008), and 2010 (Messervey et al., 2011). The “Department of National Defence Ethics Questionnaire” (DNDEQ) aims to “assess the current ethical climate of CF/DND and the approaches to ethical decision-making favoured by CF/DND personnel” (Department of National Defence, 2007). For example, the 2010 survey found that the DEP program helped improve the overall ethical organizational climate and reduce the gap between perceived organizational climate and individuals values (Messervey et al., 2011).

All four Defence Ethics Surveys have been based on the ‘Ethical Decision-Making Model’ developed by Kelloway et al. (1999) which stipulates that there are four indicators of ethical decision-making: organizational ethical climate, individual values, individual ethical ideology, and situational moral intensity. The surveys assess ethical decision-making based on six philosophical approaches: rule-based, care-based, consequence-based, virtue-based, self-interest based, and multiple approaches. In 2003, it was found that officers were more likely to use rule-based approaches while others were more likely to use consequence-based approaches. The same was found in the 2007 survey (Fraser, 2008), but the authors concluded that “Members/employees largely favour mixed approaches to ethics for ethical decision-making” (p.21), e.g., combining both rule- and consequence-based approaches, along with their own personal values.

Canadian Defence Ethics: Strengths and Weaknesses

In summary, in Canada, the existence of a well-articulated military ethics inscribed in codes of ethics and integrated into training is a relatively recent phenomenon, arguably starting in the mid-1990s with the creation of the DEP and the 1997 *Statement of Defence Ethics*, but continually evolving to its current form in the 2013 *DND and CF Code of Values and Ethics*. Obviously, military ethos and the concepts of *jus ad bellum* (the justifiability of using force

and *jus in bello* (the proportionality of force used) have long been a part of the CAF professional culture, as were respect for international laws governing military operations, and so predate the DEP. The innovation of the DEP is that through its development of a code of ethics, and supporting documents and training programs, it provides a thorough and well articulated approach to promoting ethical reflection on the part of all DND and CAF personnel in order to establish an ethical climate across the entire organization.

The comprehensive, systematic and integrated approach taken by the DEP to developing professional and organizational ethics is quite remarkable, and something rarely seen in other institutions. The associated training program and related documents were developed with reference to the most recent academic research in philosophy, sociology, psychology and organizational studies, and were elaborated in order to teach practical ethical decision-making so that members of the CAF and DND do not just rely on the code of ethics. The main limitation of the DEP and associated code of ethics, however, is their scope. That is, the Canadian Defence Ethics applies to the multitude of professions found within the military institution, including both combatants and non-combatants. As such, while the DEP, the *Statement of Defence Ethics*, and the *DND and CF Code of Values and Ethics* provide important guiding principles and a good set of tools for ethical reflection at an institutional level, they arguably do not yet provide the detailed support necessary for a specific group with particular and distinct needs, such as military health professionals.

Being a Physician: To Heal and Save Lives?

To return to the question of the compatibility of the military and medical professions, we can ask ourselves whether it is realistic to think that physicians (and other health professionals) have as a primary mission to save lives and work first and foremost in their patients' interests. The history of medical ethics shows that, like military ethics, what is ethical practice for a physician reflects the values and concerns of the society in which the physician works. From its origins as a profession with a strong paternalistic relationship between the physician and the patient, Western medical codes of ethics have evolved towards a model where respect for

the autonomy and rights of patients have become core values and duties (e.g., articulated through informed consent and shared decision-making).

History of the Canadian Medical Association Code of Ethics

As with the Hippocratic oath, Western medical ethics today is centred around the physician-patient relationship (e.g., respect for autonomy, beneficence, do no harm, confidentiality) and the responsibility of the physician (behaviour and duties). And while the evolution of science, as well as social, political and economic developments over the centuries, have influenced the practice of medicine, the basic principles of Hippocrates still remain at the heart of contemporary medical ethics (Durand and colleagues, 2000; Noël, 2001).

In 1947, and in large part in reaction to the atrocities conducted by physicians during the Second World War, the World Medical Association (WMA) was created and the Hippocratic Oath modernized, removing religious references and elaborating the Declaration of Geneva in 1948 (latest revision 2006). Respect for human dignity is present throughout the WMA Geneva Declaration Physician Oath (World Medical Association, 2006a), with article 1 stipulating: “I solemnly pledge to consecrate my life to the service of humanity” and articles 8 and 9: “I will not permit considerations of religion, nationality, race, party politics or social standing to intervene between my duty and my patient; and I will maintain the utmost respect for human life, from the time of its conception, even under threat, I will not use my medical knowledge contrary to the laws of humanity” (World Medical Association, 2006a).

Inspired by the *Declaration of Geneva*, in 1949, the WMA published its *International Medical Code of Ethics* (latest revision, 2006) (World Medical Association, 2006b). In an effort to meet international standards of medical practice, the CMA, in the 1956 revision of its own medical code of ethics (Canadian Medical Association, 1956), added the WMA Geneva Declaration Physician Oath as an appendix. The different versions of the CMA Code of Ethics focused primarily on physicians’ duties towards their patients, their colleagues and the

medical profession (Canadian Medical Association, 2004).⁹ Whether in the Hippocratic inspired codes of ethics, or in the Geneva Oath, there is clearly an individual/patient-centred approach to the practice of medicine such that the physician's first obligation is invariably, if not always, towards their patient (Veatch, 1995).

The civil rights movement of the 1960s and 1970s, increasing attention to issues associated with immigration and multiculturalism, and the rise of the field of bioethics and attention to issues associated with research and the impact of technology on individuals, led the CMA – along with other national medical associations, such as the American Medical Association (AMA) – to re-evaluate the core ethical principles and values found in its code of ethics (Callahan and Jennings, 2002; Durand, 2005). Codes of ethics built around medical paternalism gave way to those aimed at respecting the autonomy of the patient, and a less individualistic and more collectivist perspective emerged (Marchand, 2000). More recently, there has been a tendency in international and national codes of ethics to recognize physicians as social actors (WMA, 2009; CMA, 1996). For example, according to the WMA (2009) “Medicine is now more than ever before, a social rather than a strictly individual activity. It takes place in a context of government and corporate organisation and funding. It relies on public and corporate medical research and product development for its knowledge base and treatments” (WMA, 2009 p.65).

Responsibilities of physicians towards society were included for the first time in the 1970 revision of the *CMA Code of Ethics* (Canadian Medical Association, 1970), with three articles stating that an ethical physicians had the responsibility to 1) “strive to improve the standards of medical services in the community” and “accept his share of the profession's responsibility to society in matters relating to public health”, 2) “recognize his responsibility to assist the court in arriving at a just decision” when acting as a witness, and 3) “support the opportunity

⁹ It is important to note that in Canada, each province has its own medical association, working under the umbrella of the Canadian Medical Association. An exception is the Quebec Code of Ethics of Physicians (Gouvernement du Québec, 2014), which is written into the Medical Act and Professional Act of the Quebec Civil Code, and so is somewhat distinct from the CMA Code of Ethics because it also has the force of law. Also, in Canada, the medical profession is characterized by a distinction between primary care physicians (General practitioners) and specialists. The latter are represented by The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, whose bylaws adhere to the CMA code of ethics.

of his confreres to obtain hospital privileges in his community appropriate to their personal and professional qualifications”. In a major revision in 1996 (Canadian Medical Association, 1996), these articles were included as part of a complete numbered list, along with other articles requiring physicians to “use health care resources prudently” (article 32) and “to promote fair access to health care resources” (article 31), thus integrating notions of public health among physician responsibilities.

Physician Roles

Building on a classification proposed by Pedro Lain Entralgo, Pellegrino (2003) identified four different but sometimes overlapping roles that physicians can have in relation to their patients: 1) the technician who sees the patient mechanically; 2) the researcher (knowledge), 3) the official of an institution, and 4) the businessman who is looking for profit. Pellegrino adds to this list a fifth item, namely the role of the physician as employee of the state who must, above all, consider the well-being of the population, rather than solely that of the patient. These various roles imply “a different theory of medicine, a different interpersonal relationship between physician and patient, and a different ethics” (Pellegrino, 2003 p.10). While Pellegrino recognized that medicine is a “multivaried societal phenomenon” and that physicians play different roles, for him the fact remains that “one of these roles, the role of healer, is primary; the others are subsidiary” (p.8) because medicine is “a special kind of human activity with it’s own internal morality” (Pellegrino, 2003 p.10).

In recognising these different roles, and the various pressures on (or interests on the part of) physicians that limit a more traditional patient-centred orientation, Pellegrino and others have raised concerns about the threat to the core values of the medical profession (Blank et al., 2003) and argued for a return to a professional patient-centred medical practice; this view is clearly articulated in the 2002 Physician Charter (Husser, 2003; ABIM Foundation, ACP–ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine, 2002) and in calls for a more virtue-based medical ethics (Allmark, 2006). The Physician Charter, for example, identifies three core principles (primacy of patient welfare, patient autonomy and social justice) and concludes that “professionalism is the basis of medicine’s contract with society.”

Of note, the Physician Charter values were integrated in the most recent 2004 revision of the *CMA Code of Ethics* (Canadian Medical Association, 2004).

This focus in codes of ethics – and in medical ethics more generally – on the appropriate behaviour of physicians, however, is not without its limits. In particular, the complex ethical issues facing clinicians working in different specialties and contexts (e.g., general medical practice vs humanitarian work), as well as broader societal issues such as those related to abortion, euthanasia, or organ donation may not be adequately (if at all) addressed in medical codes of ethics. This is arguably the case for the *Statement of Defence Ethics*, the *DND and CF Code of Values and Ethics*, and the *CMA Code of Ethics*. These codes of ethics necessarily have a broad scope and aim to cover all aspects of the professional practice that they seek to govern, but in so doing, they pay little attention to the particular challenges and work context of military physicians.

Discussion: Comparing Codes of Ethics

In light of the above-mentioned critiques by Pellegrino and others, and following our presentation of the Canadian military and medical codes of ethics, one might conclude that there is a fundamental and intractable contradiction between the military and the medical worlds in Canada, and that their respective values and codes of ethics are simply incompatible. However, we argue that a closer analysis of the professional ethics values of Canadian physicians (as inscribed in the *CMA Code of Ethics*) reveals that they are quite similar to those of members of the Canadian military (as articulated in the *Statement of Defence Ethics* and the *DND and CF Code of Values and Ethics*). In Table 1, we compare the core values, principles and obligations that are explicitly articulated in the CAF and CMA codes of Ethics.

Table 1. Comparison of military and medical ethics

| | Canadian military | Canadian physicians |
|------------------------------|---|--|
| Values | <ul style="list-style-type: none"> • Integrity • Loyalty • Courage • Stewardship • Excellence | <ul style="list-style-type: none"> • Loyalty • Integrity • Disinterest • Respect for life, individual and for dignity |
| Principles and duties | <ul style="list-style-type: none"> • Respect the dignity of all persons • Serve Canada before self • Obey and support lawful authority | <ul style="list-style-type: none"> • Have an irreproachable behaviour • Promote education and training • Maintain skills |
| Obligations | <p>Of CF members:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abide by DND and CF code of ethics and demonstrate in action and behaviour <p>Those with leadership roles must:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) exemplify the values in the code b) create a healthy ethical climate <p>All DND and CF employees also have an obligation to report serious breaches of the code</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Quality of the professional relationship • Freedom of choice and consent • Support and Monitoring • Quality practice • Independence, impartiality, integrity • Records and fees • Relationships with other professionals and the College/Association |
| Ethical authorities | <ul style="list-style-type: none"> • Society (Canadian Constitution, Charter of Rights and Freedoms) • Queen’s Regulation and Orders • Defense Ethics Programme • Canadian Forces • National laws • International humanitarian laws | <ul style="list-style-type: none"> • Canadian Medical Association • Provincial College of Physicians • Professional Codes • Charter of ethics of Faculties of Medicine • World Medical Association • International Declaration of Human Rights |
| Differences | <ul style="list-style-type: none"> • Virtue ethics, value-based • Defence of social rights • Compliance with authority • Military sanctions • Possibility for legitimate use of force and resulting harm to others | <ul style="list-style-type: none"> • Ethics based on duties • Defence of human rights • Professional autonomy • Professional and civil sanctions • Principle of “do no harm” |

Drawn from the Canadian Defence Ethics Programme (Department of National Defence, 2005), the *Statement of Defence Ethics* (Department of National Defence, 2013b), the *DND and CF Code of Values and Ethics* (Department of National Defence, 2013a), and the *CMA Code of Ethics* (Canadian Medical Association, 2004).

In both the Canadian military and medical codes of ethics, for example, loyalty and integrity are proposed as core values. Courage, stewardship and excellence are specific to the military while disinterest (objectivity/impartiality) and respect for life are particular to medicine. Excellence, which is a core value in the military, is also found in the medical code of ethics, listed under two different categories: principles and duties. The two codes of ethics recognise that their members will have to deal with various ethical authorities at different levels (national and international) and the rules of their home institution (DND, hospital, private clinics, etc.), and may thus be faced with challenges, and even contradictions, at different levels; this is referred to as the “multiplicity problem” of codes of ethics (Eriksson et al., 2007, 2008).

Further, both the *CMA Code of Ethics* and the *DND and CF Code of Values and Ethics* are very broad in scope, and so are intended for use by a diversity of actors. Indeed, the *CMA Code of Ethics* covers different medical specialties, some of whom may not feel that their reality is sufficiently well addressed (e.g., psychiatry and public health). For its part, the *DND and CF Code of Values and Ethics* is intended for all DND and CAF personnel, thus including both combatants (e.g., frontline soldiers and senior staff officers) and non-combatants (e.g., clinicians, lawyers, engineers, administrative staff). As such, it is clear that these codes of ethics cannot specifically address the diversity of ethical challenges or situations in which their members will find themselves. Without adequate profession/specialty-specific guidelines and training, each group will arguably have a tendency to focus more on legal obligations (what is permitted, how to avoid being sued) over ethical obligations (what one “ought to do” as a professional), i.e., the “legalization problem” with codes of ethics (Ericksson et al., 2007, 2008).

What is also evident from Table 1 is that for the Canadian military, principles and values take precedence over other aspects. Indeed, as described above, the *Statement of Defence Ethics* and the *DND and CF Code of Values and Ethics* require all staff to respect three principles and five values. The three principles of “respect for human dignity,” “serve Canada before self,” and “obey and support the authority” are more “universal” and focused towards

humanity, society and legal authorities. These principles and obligations are presented in a clear hierarchical fashion such that it is more important to respect human dignity (the first principle) than to follow orders (third principle), and if one has to choose, the first has precedence over the others (Department of National Defence, 2002). The five ethical obligations that CAF/DND members must refer to in their ethical decision-making are ‘integrity,’ ‘loyalty,’ ‘courage,’ ‘stewardship’ and ‘excellence’, and expected behaviour for each of these values are defined in *DND and CF Code of Values and Ethics*. For example, courage is described as: 1) Facing challenges, whether physical or moral, with determination and strength of character; 2) Making the right choice amongst difficult alternatives; 3) Refusing to condone unethical conduct; 4) Discussing and resolving ethical issues with the appropriate authorities. In 2013, the *DND and CF Code of Values and Ethics* added ‘stewardship’ and ‘excellence’, adding to the value of ‘duty’ found in the earlier *Statement of Defense Ethics* and the DEP. Stewardship reflects a new concern for government employees to “effectively and efficiently using the public money, property and resources managed by them” (Department of National Defence, 2013a). This value is also found in *CMA Code of ethics* under article 44, which asks physicians to “use health care resources prudently” (CMA, 2004).

The *CMA Codes of Ethics*, contrary to that of the DEP, is more duty-oriented: “Its focus is the core activities of medicine – such as health promotion, advocacy, disease prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation, palliation, education and research. It is based on the fundamental principles and values of medical ethics, especially compassion, beneficence, non-maleficence, respect for persons, justice and accountability” (CMA, 2004). It comprises three main sections: 1) fundamental responsibilities; responsibilities to the patient; 2) general responsibilities such as initiating and dissolving a patient-physician relationship, communication, decision making and consent, privacy and confidentiality, research; 3) responsibilities towards society, the profession and oneself.

The *CMA Code of Ethics* is more focused on the physician’s relationship with the patient and the medical community, so it is in general more individualistic than the DEP which recognizes from the start the social role of the military and its responsibility towards society. As already mentioned, the CMA code now recognizes that physicians participate in the organization of

care and so defines certain responsibilities towards society (article 41 to 45). Under Article 44, for example, a physician has the responsibility to use prudently the resources devoted to health care. In addition, Article 4, under “fundamental responsibilities,” states that the physician must “consider the well-being of society in matters affecting health” (CMA, 2004). Nonetheless, these broader social responsibilities are not as clearly elaborated or as explicit as are the ethical responsibilities towards patients (respect for autonomy, confidentiality, etc.). It is simply noted that physicians must consider the social context as an important factor in the health of the individual, the obligation to become involved in matters affecting public health, testify in court proceedings and promote equitable access to resources (CMA, 2004).

Medical ethics and research ethics have traditionally been concerned with the relationship between health professionals and patients/research participants (Kass, 2004; Roberts and Reich, 2004), but the associated individual-centred norms or ethical frameworks are now recognized as difficult to apply to the social concerns of public health and the problem of resource allocation (Bayer and Fairchild, 2004). HIV/AIDS in the 1990s highlighted the tensions that emerge when individual rights and common good are in conflict (Levin and Fleischman, 2002; Kass, 2004; Callahan, 2002) and as Childress and colleagues (2002) noted “sometimes, in particular cases, a society cannot simultaneously realize its commitments to public health and to certain other general considerations, such as liberty, privacy, and confidentiality.” (p.177) The subordination of individual interest in favour of the collective interest which is sometimes necessary in public health policies or for national security may thus conflict with traditional medical and professional client/patient-centred ethics. Similarly, recognition of social and structural determinants of health (poverty, racism, sexism) clearly shows that medical ethics must also open up to a broader view of medicine and not focus primarily on principles of respect for patient autonomy. Thus, the tension between what seems to be a fundamental difference in military and medical ethics, i.e., individual interest versus collective interest, is also found *within* contemporary medical ethics and professional practice.

Both the military and medical professions have many laws, rules and codes to refer to, both at a national and international level. Members of the Canadian military are guided explicitly by the Canadian Constitution and the *Charter of Rights and Freedoms*, because as government

employees they must behave in accordance with the *Values and Ethics Code for the Public Sector (VECPS)* – adapted in the *DND and CF Code of Values and Ethics* – and must respect international laws regarding the conduct of war and military missions (i.e., international humanitarian laws). Apart from the *CMA Code of Ethics*, Canadian physicians have to respect their provincial regulations, provincial laws for professional conduct, the Charters of Ethics of Faculties of Medicine, and at an international level, the WMA, the *Declaration of Helsinki* and the *UN Declaration of Human Rights*.

Military physicians are bound by all of these different codes, laws and Declarations which may sometimes become overwhelming, not just because of the potential contradictions in interpretation, but also because of the volume of information that has to be understood and integrated. The *CMA Code of Ethics* recognizes that “physicians may experience tension between different ethical principles, between ethical and legal or regulatory requirements, or even their own ethical convictions and the demands of other parties” (CMA, 2004). As such, CMA members are encouraged to pursue training in ethical analysis. By contrast, the *Statement of Defence Ethics*, and the more recent *DND and CF Code of Values and Ethics*, have from the very beginning (1997) been embedded within the DEP, such that ethical decision-making processes are presented to all members through an ongoing training program, and explained alongside the code of ethics.

The biggest difference between the two codes is in the fundamental value of medical practice for the respect for human life. The military identifies “respect for the dignity of persons” as a principle, while it is a central if not an absolute value in medical ethics. Evidently, the value of human life cannot be the same for the military as it is in medicine, when society recognizes that soldiers have the right to kill under certain circumstances specified in international laws. In ethical terms, the notion of preserving human life does not have the same weight in medicine as in the military, since it is the first priority and ultimate goal of medicine. So while both military and medical codes of ethics share many values, principles and responsibilities, the distinction in terms of respect for human life may be viewed as source of irreconcilable difference. Yet, it is also worth asking if in fact “respect for life” in medicine is as universal or fundamental a value as it once was. Important ethical discussions surrounding issues such as

euthanasia, assisted suicide, abortion, and resource allocation must bring nuance to our understanding of this principle.

In the same manner, the principles of “do no harm” and “respect individual liberty” could be seen as contrary to the legitimate use of force that is allowed in a military context. But this is a false dichotomy that does not reflect the military and medical realities of today. The principle of “do no harm” in medicine is increasingly recognized as being intimately related to other principles such as beneficence and autonomy (i.e., in debates about euthanasia and assisted suicide). In the same way, the use of force (and so doing harm to others) by soldiers is heavily circumscribed and controlled by international laws (i.e., regarding the proportionate use of force) and needs to be understood in relation to beneficence. For example, recent international peacekeeping missions have been heavily criticised for not allowing soldiers to intervene when witnessing rape, murder, and even genocide (e.g., in Rwanda or the Democratic Republic of Congo), because of restricted Rules of Engagement (i.e., if a peacekeeping mission does not operate under Chapter VII of the UN Charter, soldiers cannot use force). These kinds of situation have shown that the appropriate use of force needs to be evaluated in relation to other principles (e.g., preventing harm to civilians, justice) and so is not by definition negative or wrong.

The Canadian military has frequently been involved in different kinds of operations, i.e., peacekeeping missions (Haiti, Somalia, Rwanda, and Kosovo to name a few), humanitarian missions (e.g., Philippines, Sri Lanka, Haiti, Pakistan) with the Disaster Assistance Response Team (DART), and as part of military international coalition forces such as in Afghanistan or more recently in Mali, with the French Army. So the military mandate can sometimes be to help, protect and save lives and when it does, it generally involves health professionals. Finally, even during armed conflicts, soldiers have an obligation, under international humanitarian laws, to protect civilians, and the same is true for physicians. There are contexts where a physician’s responsibility towards society and the common good can outweigh their responsibility towards their individual patient, such as in public health emergencies (e.g., requiring obligatory notification of some illnesses, quarantine) or the disclosure of cases of child abuse (Benatar and Upshur, 2008).

In summary, it is overly simplistic to oppose the military and medical professions as if they have fundamentally opposite and incompatible goals, principles and values.

Conclusion

The main differences between the medical and military codes of ethics in Canada come from choices regarding the core values and principles of the two professions: the CMA code is more focused on duties and responsibilities, while DND and CF code is focused on core values. Another difference relates to professional autonomy: physicians have much more autonomy (although it is more limited in a context of scarce resources) than soldiers who are in a hierarchical organization that relies on obedience (chain of command) and has the power of coercion (threat of court martial). Further, it is clear that in armed conflicts – where tension, stress and insecurity are the norm – that it can be much more difficult to make ethical decisions. In fact, a study by Woodgate (2004) concluded that while the DEP is well suited for administrative and organisational issues, it may be less effective in the case of military operations. According to another study (Sanschagrín, 2006), the ethical approach of the program requires a level of ethical analysis that is too conceptual and so becomes difficult to implement when issues are complex, stress is high and time is limited.

The general principles and values that are present in a code of ethics – whether that of the CMA or the CAF – are important as they cover a diversity of key issues, are broad in scope, and so can be widely accepted by the members of the profession. But the lack of specificity in codes becomes a challenge for those who are trying to “make decisions on the ground”, and all the more challenging when they are professionals working in institutions, i.e., the military, who are drawing on apparently conflicting codes of ethics. As noted by Hunt and colleagues, looking at the context of humanitarian work, “Existing articulations of ethics for healthcare practice, including professional codes of ethics, are often insufficiently adapted for the context of healthcare practice in development and humanitarian work or the range of issues experienced by clinicians” (Hunt et al., 2012 p.3). Further, some scholars have questioned the usefulness of codes of ethics in guiding ethical decision-making by healthcare professionals,

because of three main problems: 1) an “interpretation problem” that comes from the inevitable gap between a rule and what is done in practice, and so implies a need for ethical competency, 2) the “multiplicity problem”, where professionals are confronted by a large number of different documents that each dictates particular duties and rules, and 3) the “legalization problem”, where members replace ethical reflection by legal interpretation (Eriksson, 2007). These problems were also identified in both the medical and military codes of ethics.

An interesting example of how to respond to the problem of scope can be found in the work of the Canadian Psychiatric Association (CPA), who in the late 1970s wrote an annotated version of the *CMA Code of Ethics*.

Some ethical problems which arise in psychiatric practice are rarely experienced by other medical specialities, although the principles of medical ethics are the same. The Canadian Psychiatric Association (CPA) has recognized this problem which it has attempted to solve by annotating for psychiatrists the Canadian Medical Association (CMA) Code of Ethics (Mellor, 1978).

The CPA continued in the same vein with regards to the 1996 *CMA Code of Ethics*, explaining how the different articles applied to the particular field of psychiatry (Neilson, 1996). This approach of accepting a “general” medical code of ethics, and then annotating this code to address the particularities of a field such as psychiatry, is particularly interesting. It recognizes that clinicians will inevitably seek out diverse ethical landmarks or sources of ethical inspiration to complement but not replace their initial professional code of ethics.

Unlike the *CMA Code of Ethics*, the *Statement of Defence Ethics* and the *DND and CF Values and Ethics Code* are embedded within the DEP, a broad and comprehensive program of ethics education that aims to build on the codes of ethics to provide a range of practical ethical tools to members of the CAF and DND. What is still lacking, however, is the “military physician annotated version” that explains how medical ethics values and principles fit within a broader context of civil service and military ethics as articulated in the DEP. Similarly, the *CMA Code of Ethics* would benefit from an annotated version for military physicians, to show how military values and principles can also be congruent with medical ethics. A promising example of specific and practical ethical guidance for military physicians is the British Medical

Association's (BMA) 2012 guide, *Ethical Decision-making for Doctors in the Armed Forces* (BMA, 2012). This guide warrants further analysis and testing to see what lessons could be learned for other military medical contexts, such as that in the CAF.

While expecting a full harmonization between Canadian military and medical ethics might be overly optimistic, it should be possible to work with the key stakeholders involved (e.g., physicians, the CAF/DND, the CMA) to build practical and context-specific ethical resources (e.g., case studies, targeted and situation-specific ethics training) that are: 1) adapted to the working environment of military physicians (and other health professionals), and 2) that address those situations where there may be important contradictions in obligations and responsibilities. As we have hopefully demonstrated through our comparison of the Canadian military and medical codes of ethics, there are arguably fewer differences than may appear at first glance between the military and medical professions because the core values and principles of military and medical ethics are not so different.

References

- ABIM Foundation, ACP–ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine. (2002). “Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter.” *Annals of Internal Medicine* 136 (3): 243–46.
- ALLHOFF, F. (2008). *Physicians at War: The Dual Loyalty Challenge*. New York, NY: Springer.
- ALLMARK, P. (2006) An Argument for the Use of Aristotelian Method in Bioethics, *Medicine, Health Care Philosophy*, 9: 69-79
- ANNAS, G. J. (2008) Military Medical Ethics: Physicians First, Last, Always, *New England Journal of Medicine*, 359(11) : 1087-1090
- BEAM, T. E. HOWE, E. G. (2003) A Proposed Ethic for Military Medicine, in Beam, T.E; Sparino, L.R. (eds), *Military Medical Ethics*, Volume 1, Falls Church, VA: Office of the Surgeon General : 2003. pp.851-855.
- BENATAR, S. R., UPSHUR, R. E. G. (2008) Dual Loyalty in the Military and in Civilian Life. *American Journal of Public Health*, 98(12) : 2191-2167.
- BLANK, L.; KIMBALL, H.; McDONALD, W; MERINO, J., for the ABIM Foundation, ACP Foundation, and European Federation of Internal Medicine (EFIM) (2003) Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter: 15 Months Later, *Ann Intern Med* ; 138: 839-841.
- BAYER, R. FAIRCHILD A. L. (2004). The Genesis of Public Health Ethics. *Bioethics*, 18 (6) : 473-492.
- BRITISH MEDICAL ASSOCIATION (BMA) (2012) *Ethical Decision-making for Doctors in the Armed Forces BMA Medical Ethics Department*, London, 54p. bma.org.uk/ethics
- CALLAHAN, D., JENNINGS, B. (2002) Ethics and Public Health: Forging a Strong Relationship. *American Journal of Public Health*. 92 (2): 169-176.
- CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION (1956). *CMA Code of Ethics*. CMA. http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content_Images/Inside_cma/Ethics/Code-of-Ethics/1956.pdf
- . 1970. *CMA Code of Ethics*. CMA. http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content_Images/Inside_cma/Ethics/Code-of-Ethics/1970.pdf.
- . 1996. *CMA Code of Ethics*. CMA. http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content_Images/Inside_cma/Ethics/Code-of-Ethics/1996.pdf.
- . 2004. *CMA Code of Ethics*. CMA. <http://www.cma.ca/code-of-ethics>.
- CHILDRESS, J. F., FADEN, R. R., GAARE, R. D. GOSTIN, L. O, KAHN, J., BONNIE, R. J. KASS, N. E., MASTROIANNI, A. C., MORENO, J. D. NIEBURG, P. (2002) Public Health Ethics : Mapping the Terrain. *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 20(2) : 170-178.
- DEPARTMENT OF NATIONAL DEFENSE (1994) *Canadian Forces Officer General Specification*. Revision 2, A-PD-150-001/AG-001. Government of Canada.
- . 1997. “Terms of Reference: Defence Ethics Program.” <http://www.forces.gc.ca/en/about/ethics-terms-reference-letter.page?>
- . 2002. *Fundamentals of Canadian Defence Ethics*. Ottawa, ON: Defence Ethics Program, National Defence.

- http://www.forces.gc.ca/assets/FORCES_Internet/docs/en/about/fundamentals-fondements-eng.pdf
- . 2005. *Introduction to Defence Ethics: Student Manual*. 2nd ed. Ottawa, ON: Government of Canada.
- . 2009. *Duty with Honour: The Profession of Arms in Canada*. 2nd ed. Ottawa, ON: Government of Canada.
- . 2013a. “DND and CF Code of Values and Ethics.” <http://www.forces.gc.ca/en/about/code-of-values-and-ethics.page?#f.code1>
- . 2013b. “Statement of Defence Ethics.” <http://www.forces.gc.ca/en/about/statement-of-defence-ethics.page?>
- . 2014. “Defence Ethics Programme.” <http://www.forces.gc.ca/en/about/defence-ethics.page>.
- Director Human Resources Research and Evaluation (2000). *Baseline Assessment of Ethical Values in DND - Phase 2 Report: Results of the 1999 Research*. Ottawa, ON: Department of National Defence, Government of Canada. http://www.forces.gc.ca/assets/FORCES_Internet/docs/en/about-reports-pubs-ethics/ethical-values-assessment-phase-2.pdf
- DURAND, G., DUPLANTIE, A., LAROCHE, Y., LAUDY, D. (2000) *Histoire de L'éthique Médicale et Infirmière*. Montréal: Les Presses de l'université de Montréal,
- DURAND, G. (2005). Introduction générale à la bioéthique : histoire, concepts et outils, Québec, Fides, 565 p.
- DURSON, S, MORROW, R. O., and BEAUCHAMP, D. L. J. (2005). *2003 Defence Ethics Survey Report*. Sponsor Research Report 2004--18. Ottawa, ON: Director Human Resources Research and Evaluation, Government of Canada. http://www.forces.gc.ca/assets/FORCES_Internet/docs/en/about-reports-pubs-ethics/2003-ethics-survey-report.pdf
- ERIKSSON, S., HELGESSON, G., HÖGLUND, A. T. (2007) Being, Doing, and Knowing: Developing Competence in Health Care. *Journal of Academic Ethics* 5: 207-216.
- ERIKSSON, S., HÖGLUND, A. T., HELGESSON, G. (2008). Do ethical guidelines give guidance? A critical examination of eight ethics regulations. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 17, 15–29
- FRASER, K. (2008). *The 2007 Defence Ethics Survey: Summary of the Overall CF and DND Findings for Decision-Makers*. DRDC CORA TN 2008-016. Ottawa, ON: Defence R&D Canada, Director General Military Personnel Research & Analysis, Government of Canada. http://www.forces.gc.ca/assets/FORCES_Internet/docs/en/about-reports-pubs-ethics/2007-ethics-survey-report.pdf
- Gouvernement du Québec. (2014). *Code of Ethics of Physicians*. CQLR c M-9, R. 17. Accessed July 9. http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/M_9/M9R17_A.HTM
- Groupe des services de santé des forces canadiennes. *Missions Sur Notre Stratégie: Rapport Du Médecin-chef, DND*. 2010. http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/dn-nd/D3-26-2010-fra.pdf
- GROSS, M. L. (2006) *Bioethics and Armed Conflict: Moral Dilemmas of Medicine and War*, Cambridge, Mass, MIT Press, 384 p.

- GROSS, M. L. (2013) Military Medical Ethics. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 22, (1). 92–109. doi:10.1017/S0963180112000424.
- HARTLE, A.E. (2003) The Profession of Arms and the Officer Corps, in Beam, T.E, Sparinon, L.R. (eds), *Military Medical Ethics*, Volume 1, Falls Church, VA: Office of the Surgeon General : 2003, pp.127 –156
- HUNT, M.R., SINDING, C., SCHWARTZ L.(2012). Tragic Choices in Humanitarian Health Work. *The Journal of Clinical Ethics* 23 (4), p.333-44
- HUSSER, Wendy C. (2003) Medical Professionalism in the New Millenium: A Physician Charter. *Journal of the American College of Surgeons* 196, (1)p. 115–18.
- KASS, N. E. (2004) Public Health Ethics : From Foundations and Framework to Justice and Global Public Health. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 32: 232-242.
- KASURAK, P. C. (1982) Civilianization and the Military Ethos: Civil-Military Relations in Canada. *Canadian Public Administration* 25, (1) p. 108–29.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1754-7121.1982.tb02067.x/full>.
- KELLOWAY, E. K., BARLING, J., HARVEY, S., ADAMS-ROY, J. E. (1999). *Ethical decision making in the DND: The development of a measuring instrument*. DHRRE Sponsor Research Report 99(4). Ottawa, Canada: Director Human Resources Research and Evaluation
- KOSH, T. (2006) Weaponising Medicine. Tutti Fratelli, no more. *Journal of Medical Ethics*. 32. 249-252.
- LEVIN, B. W.; FLEISHMAN, A. R. (2002) Public Health Bioethics : The Benefits of Collaboration. *American Journal of Public Health*. Vol 92 (2): 165-167.
- LONDON, L. RUBENSTEIN, L.S., BALDWIN-RAGAVEN, L. VAN ES, A. (2006) Dual Loyalty among Military Health Professionals : Human Rights and Ethics in Times of Armed Conflict, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 15: 381-391.
- MARCHAND, M. (2000) La déontologie médicale» In *Histoire de l'éthique médicale et infirmière*, G.Durand et coll., Les Presses de l'université de Montréal, p. 353-361
- MELLOR, C. (1978) The Canadian Medical Code of Ethics Annotated for Psychiatrists.
http://www1.cpa-apc.org:8080/publications/position_papers/cma.asp.
- MESSERVEY, D. L., HOWELL, G. T., GOU, T., YELLE, M. (2011). *2010 Defence Ethics Survey Report*. DGMPRA TM 2011-037. Ottawa, ON: Defence R&D Canada, Director General Military Personnel Research & Analysis, Government of Canada.
http://www.forces.gc.ca/assets/FORCES_Internet/docs/en/about-reports-pubs-ethics/2010-ethics-survey-report.pdf
- MILES., S.H. (2011) The New Military Medical Ethics: Legacy of the Gulf Wars and the War on Terror, *Bioethics*, 27 (3) p. 117-123
- MORRISSON, E.E. (2011) *Ethics in Health Administration: A Practical Approach for Decision Makers*, Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Publishers. 363 p.
- NEILSON, G.(2003) *The 1996 CMA Code of Ethics Annotated by CPA*.
<http://www.ftsr.ulaval.ca/profs/bkeating/ethiques/CMApsy.pdf>.
- NOËL, Didier (2005). *L'évolution de La Pensée En Éthique Médicale*. Paris: Connaissances et Savoirs.451p.
- PELLEGRINO, E. D. (2003) The Moral Foundations of the Patient-Physician Relationship: The Essence of Medical Ethics, dans Beam, T.E; Sparino, L.R. (eds), *Military Medical Ethics, Volume 1*, Falls Church, VA: Office of the Surgeon General : 2003 : 3-21.

- PERCIVAL, Thomas. (1803). *Medical Ethics; or a Code of Institutes and Precepts, Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons*. Oxford: John Henry Parker.
- REST, J. (1994) Background: Theory and Research. In *Moral Development in the Professions: Psychology and Applied Ethics*, 1–26. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- ROBINSON, P., de LEE, N., and CARRICK, D. (2013). *Ethics Education in the Military*. Ashgate Publishing, Ltd.
- SANSCHAGRIN, D. R.(2006) *The Defence Ethics Program in CF Operations*, Toronto, Collège des Forces Canadiennes. 32 p.
<http://www.cfc.forces.gc.ca/papers/amsc/amsp9/sanschagrין.pdf>
- SIDEL V. W, LEVY, B. S. (2003) Physician-Soldier : A Moral Dilemma, dans Beam, T.E; Sparino, L.R. (eds), *Military Medical Ethics*, Volume 1, Falls Church, VA: Office of the Surgeon General : 2003 : 293-312.
- Treasury Board of Canada. 2011. *Values and Ethics Code for the Public Sector*.
<http://www.tbs-sct.gc.ca/pol/doc-eng.aspx?id=25049>
- VEATCH, R. M. (1995) Medical Codes and Oaths in Post, Stephen Garrard. *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Macmillan Reference USA, 2004. P.1488-1496
- WALZER, M. (1989). Two Kinds of Military Responsibility. In *The Parameters of Military Ethics*, edited by L.J. Matthews and D.E. Brown, 67–72. Toronto: Pergamon Press Canada.
- WORLD MEDICAL ASSOCIATION. (2006a). *WMA Declaration of Geneva*.
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/g1/>
- . (2006b). *WMA International Code of Medical Ethics*.
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/>
- . (2009). *Medical Ethics Manual*. 2nd ed. Ferney-Voltaire Cedex, France: World Medical Association Ethics Unit.
<http://www.wma.net/en/30publications/30ethicsmanual/>
- WOODGATE J. R. (2004) *An Analysis of the Canadian Defense Ethics Program Decision-Making Guidance*. Master of Military Art and Science, U.S. Army Command and General Staff College. 74 p.
<http://www.dtic.mil/cgibin/GetTRDoc?AD=ADA428670&Location=U2&doc=GetTRDoc.pdf>

CHAPITRE 4 : RÉSULTATS DE LA RECHERCHE EMPIRIQUE

Rappelons tout d'abord que l'étude porte sur les médecins militaires ayant eu une expérience de déploiement en Afghanistan, soit la mission canadienne la plus importante depuis la Seconde Guerre mondiale. Il s'agit également de la plus longue mission dans l'histoire des FAC, s'étant étalée sur une période de près de 13 ans (de 2001 à 2014). Durant cette période, et pendant près de six ans (2005-2011), le Canada a été responsable des opérations de combat des FIAS dans la province de Kandahar. Plus précisément, le Canada a assumé le commandement de l'hôpital de l'aérodrome de Kandahar. C'était la première fois que le Canada assumait la gestion d'un hôpital de rôle 3 depuis la création des SSFC, ainsi que la gestion et la prise en charge de nombreux blessés tant canadiens qu'afghans, ou des forces alliés. En fait, le Canada n'avait pas été confronté à une telle intensité de combat et à un tel nombre de blessés, depuis la guerre de Corée durant les années 1950 (Jung, 2011). Dans ce contexte, les médecins militaires (250 généralistes et spécialistes) forment un groupe particulier à l'intérieur des professionnels de la santé des FAC, car ils sont des officiers et ont eu un pouvoir décisionnel, tant au niveau des patients que sur la gestion de l'hôpital de Kandahar. Sur ces 250 médecins militaires, il est estimé qu'au moins 70 d'entre eux ont participé à la mission en Afghanistan. Le nombre exact n'a toutefois pas pu être confirmé.

Les entrevues auprès des médecins militaires canadiens se sont déroulées entre le 20 octobre 2010 et le 26 juillet 2011 sur deux périodes spécifiques, soit en octobre et novembre 2010 et par la suite, en juin et juillet 2011. Six des entrevues ont eu lieu dans les bureaux des médecins eux-mêmes (à Montréal, Québec et Ottawa), alors que les huit autres ont été faites par téléphone avec différents participants à travers le Canada.

Description des participants

Ce qui ressort particulièrement chez les participants est la diversité de parcours que l'on y retrouve. Certains ont joint les FAC pendant leurs études en médecine, alors que d'autres étaient déjà dans les Forces lorsqu'ils ont débuté. Quelques uns ont fait plus d'une formation (soins infirmiers, anthropologie, santé des populations, sociologie, psychologie, économie, etc.), en plus de celle en médecine. Tous évidemment, ont été entraînés au combat puisqu'ils

étaient aussi militaires. Des répondants ont quitté les FAC pour exercer en pratique privée pendant plusieurs années, et sont alors demeurés réservistes, alors que d'autres, non. Certains sont ensuite revenus dans l'armée, soit dans le contexte de la mission en Afghanistan ou même avant, alors que d'autres n'ont jamais quitté les FAC et y ont fait carrière. Les parcours sont très différents d'un participant à l'autre et par conséquent, les expériences sont très variées. Nous retrouvons donc, des contrastes au niveau de la formation, des expériences, du nombre de missions auxquelles les répondants ont participé et du nombre d'années dans les FAC. Tous les participants ont toutefois beaucoup voyagé à travers le Canada ou à l'étranger, dans le cadre des missions de maintien ou de rétablissement de la paix depuis les années 1990. Pour les plus jeunes, l'Afghanistan a été leur première expérience de mission. Le tableau 2 résume certaines caractéristiques des participants.

Tableau 2 : Caractéristiques des participants

| Caractéristiques des participants | | Nombre |
|-----------------------------------|--------------|--------|
| Genre | Femmes | 5 |
| | Hommes | 9 |
| Langue | Anglais | 8 |
| | Français | 6 |
| Type de médecine | Spécialistes | 3 |
| | Généralistes | 6 |
| | Chefs | 5 |
| Expérience médecine (ans) | ≤5 | 5 |
| | ≥ 15 | 9 |
| Expérience militaire (ans) | <10 | 3 |
| | ≥ 10 | 11 |
| Nombre de missions | 1 | 5 |
| | > 1 | 9 |

Parmi les médecins militaires, 14 ont participé à la recherche et ont été interviewés. Il s'agit de cinq femmes et neuf hommes. Six entrevues se sont déroulées en français, alors que les huit autres, en anglais. Trois répondants étaient spécialistes (orthopédiste, médecine interne et psychiatrie) et ont fait plus d'une mission en Afghanistan. En effet, deux d'entre eux ont

effectué deux missions de deux mois, alors qu'un autre, trois missions de deux mois. Trois répondants ont été commandants de l'hôpital de Kandahar lorsque ce dernier était sous commandement canadien alors que deux étaient commandants des soins de santé (médecin-chef de la mission) pour un total de 5 « chefs » ou « commandants ». Six autres répondants pratiquaient la médecine générale pour les FAC.

À l'exception d'un répondant dont la mission s'est déroulée à Kaboul, tous les participants étaient situés à la base aérienne de Kandahar lors de leur déploiement en Afghanistan. Pour cinq personnes, il s'agissait d'une première mission à l'étranger, dont trois spécialistes qui possédaient le moins d'expérience militaire et médicale. Pour les autres, ils avaient participé à des missions en Bosnie et dans le Plateau du Golan, ou encore en Haïti ou en Somalie durant leur carrière militaire.

Par ailleurs, les répondants sont caractérisés par un grand écart en termes d'expérience médicale. En effet, neuf répondants avaient plus de 15 ans d'expérience en médecine dans les FAC ou ailleurs au moment de l'entrevue (dont cinq avec plus de 20 ans d'expérience) alors que les cinq autres répondants avaient cinq ans ou moins d'expérience en médecine. Donc il s'agit de répondants ayant soit beaucoup d'expérience médicale (plus de 15 ans) ou peu (5 ans ou moins).

Au niveau de l'expérience militaire, la variabilité est moins grande puisque 11 répondants avaient dix ans ou plus d'expérience auprès des FAC, dont quatre avec plus de 20 ans d'ancienneté. Sur ces 11 plus anciens, sept avaient été militaires sans interruption, alors que quatre autres étaient sortis des Forces pendant un certain temps pour pratiquer la médecine au civil. Dans le cas des trois répondants ayant moins de dix ans d'expérience au sein de l'institution militaire, l'un avait tout de même neuf ans d'expérience, alors qu'un autre sept et enfin le moins ancien, cinq ans de service.

Par ailleurs, huit répondants avaient plus d'expérience militaire que médicale, ce qui s'explique par le fait qu'ils avaient commencé leurs études médicales en étant déjà militaire. Toutefois, deux candidats avaient respectivement, 15 et 16 ans de plus d'expérience militaire,

que d'expérience en tant que médecin. Il s'agit de personnes ayant étudié plusieurs domaines d'étude tout en étant militaire, avant d'opter finalement pour la médecine.

En tout, cinq répondants avaient quitté l'armée pendant un certain temps pour pratiquer la médecine au civil, pour y revenir par la suite, alors que les neuf autres avaient toujours travaillé au sein de Forces canadiennes.

Présentation des résultats

Rappelons tout d'abord que le but des entrevues, est d'étudier les tensions éthiques que peuvent vivre les médecins militaires canadiens ayant participé à des missions de conflit armé et pouvant agir comme des soignants, des soldats et des humanitaires, dans un contexte de confusion entre mission de paix et engagement militaire. Plus spécifiquement les objectifs sont de comprendre a) quelles sont les tensions éthiques vécues, s'il y en a, par les médecins militaires canadiens et b) comment ces derniers les identifient, les vivent et y trouvent des solutions (outils utilisés et valeurs considérées dans la prise de décision) et finalement c), le point de vue des militaires à l'égard de certaines opinions émises dans la littérature en éthique de la médecine militaire.

Les résultats sont présentés à partir des thèmes couverts lors des entrevues avec les médecins militaires et qui ressortent à la fois des entrevues, des résumés, mais aussi de la codification sous Nvivo (en termes de fréquence et d'importance par une majorité de répondants). Le processus d'analyse, de réduction et d'agrégation des codes nous nous a amené à identifier six thèmes principaux soit 1) l'identité professionnelle et la perception quant au rôle du médecin militaire, 2) les dilemmes et défis éthiques rencontrés dans les missions en Afghanistan et dans le travail en général, 3) les mécanismes de résolution de dilemme utilisés, 4) les codes d'éthique (militaire et médical), 5) le niveau de préparation pour faire face aux difficultés rencontrées et enfin, 6) les suggestions pour faciliter la réflexion éthique des médecins militaires. Sous chacun de ces six thèmes nous identifions les principales questions d'entrevue qui étaient en lien avec celui-ci et à partir desquelles nous avons puisé un maximum de réponse. Évidemment, comme les entrevues étaient semi-directives il s'agit simplement d'un

indicateur car les répondants ont pu aborder les thèmes identifiés à travers d'autres questions. En ce sens, la codification sous Nvivo s'avère également pertinente à présenter car elle a fait ressortir l'ensemble des réponses relié à un thème. Les précisions quant aux questions et aux codes démontrent également qu'il s'agit de thèmes ayant émergés de notre processus d'analyse et ce, afin d'offrir le plus de transparence possible dans notre processus d'analyse.

Il est à noter que pour protéger l'anonymat des participants, d'autant plus menacé puisque le groupe est limité, deux mesures ont été prises dans ce chapitre. Tout d'abord, tous les verbatim sont présentés en français et les traductions ne sont pas identifiées de façon à ne pas permettre de reconnaître les participants anglophones. De plus, lorsqu'un seul verbatim est présenté et contient des éléments pouvant identifier le participant directement ou par croisement, avec d'autres verbatim ou éléments de la présente recherche, il ne sera pas référé (ou simplement avec Anon pour anonyme). Ces mesures peuvent paraître arbitraires en termes scientifiques, mais constituent un compromis inévitable afin de protéger la confidentialité promise aux des participants.

Identité professionnelle et rôle professionnel

Identité

Deux questions de l'entrevue portaient sur le thème d'identité professionnelle : la difficulté ou non de concilier ces deux professions (Q3), ainsi que la priorité ou non de l'une de ces professions (Q4). En termes de codes sous Nvivo les réponses proviennent du code « Identity » (avec les sous codes, « identity as HCP », « as soldier », « moral identity ») ainsi que du code « Respondant » (et ses sous codes « prioritization of identity », « motivation for joining military » et « reconciling professions ») et sous « Professionalism » et « dual loyalties ».

À la question s'ils se considèrent tout d'abord médecin ou plutôt militaire, les répondants sont divisés. En effet, huit participants se sentent d'abord et avant tout médecin (#1,3,5,6,7,8,13,14), alors que les six autres (#2,4,9,10,11,12) ne sont pas parvenus à faire une telle distinction, se disant incapable de les dissocier. Il faut aussi mentionner que sur les huit

s'étant identifiés comme médecin avant tout, deux seulement parmi les répondants omettent de dire qu'ils travaillent dans une institution militaire ou sont médecins dans ce contexte (#1,6). Dans une certaine mesure, on pourrait dire que 12 répondants sur 14 se définissent plutôt comme « médecins militaires », mais huit d'entre eux ont tout de même établi une priorité claire en choisissant la profession de médecin pour les définir.

Les arguments du premier groupe de participants, ceux se disant avant tout médecins, portent principalement sur le fait que l'armée les emploie pour cette fonction et que s'ils quittent l'institution militaire, ils demeureront tout de même des médecins. Une autre façon d'exprimer cette idée est de dire que s'ils perdent leur licence de pratique de médecine, ils ne pourraient plus travailler au sein de l'armée, leur permis de travail étant octroyé par le Collège des médecins (#1,6). « *Demain matin l'Armée me met dehors, j'ai un permis de pratique, je peux aller travailler. Eux autres (le collège des médecins) m'enlèvent mon permis de pratique, je ne peux plus rien faire tu comprends ?* » (#6). Bref, les participants se disent membres d'un ordre professionnel et doivent le respecter (#3). Dans ce groupe, le contexte militaire est tout de même très présent, comme le déclare d'ailleurs un répondant : « *Pour être un bon officier, je dois être un bon docteur.* » (#7), ou encore « *Je suis un docteur qui s'adonne à travailler dans le milieu militaire.* » (#8). Pour d'autres médecins de ce groupe, la priorité d'une profession peut changer dans le temps : « *En ce moment je suis médecin en premier et officier en deuxième* » (#14), « *Moi j'étais militaire, je ne l'étais plus, ça c'est un passage dans ta vie, mais le fait que tu es médecin, c'est permanent* » (#1), ou encore « *C'est beaucoup de tâches administratives que j'avais à faire, ça fait que dans ce temps-là je me sentais plus comme un militaire* » (#3).

Pour ceux considérant pratiquer les deux métiers à la fois, il s'agit d'une « *catégorie en soi* » (#10,12). Un répondant déclare « *Je ne vois pas de hiérarchie entre les deux...Il n'y a pas de conflit entre les deux dans ma tête* » (#4). Dans ce groupe également certains d'entre eux se sont sentis parfois plus militaires, d'autres fois plus médecins (#2,11). Ainsi, le résume un répondant « *...je dirais que ça dépend du contexte, ça dépend de l'environnement dans lequel je travaille et du travail que je fais en pratique, donc il y a certains moments où est ce que mon côté médecin prend plus le devant, alors que dans d'autres, c'est plus mon côté*

militaire, je dirais que plus on est proche du côté opérationnel et des activités militaires sur le terrain, moins mon rôle de médecin est prépondérant, plus mon rôle militaire le devient » (#11).

Dans les deux groupes, la priorité de l'identité professionnelle peut changer également selon le contexte (en déploiement ou durant les exercices militaires, où certains se sentent plus militaire) (#5) en fonction de la position occupée *« Avant l'Afghanistan je me sentais docteur...Depuis que je suis revenu et que j'occupe un poste de leadership militaire, je m'identifie plus aux militaires » (#11).*

Par ailleurs, cinq répondants (#3 et #6 du groupe de médecins en priorité), (#2, 4, 12 du groupe de médecins militaires) s'accordent pour dire qu'il peut être difficile de concilier les deux professions. Sur ces cinq répondants toutefois, trois mentionnent que cela est beaucoup plus difficile pour les médecins de famille (généralistes) dans l'armée, bien qu'un participant précise qu'il s'agit d'une difficulté *« qui n'est pas insurmontable » (#12).* Dans ce groupe, on fait surtout référence au fait que le médecin de famille doit parfois recommander des limitations, ce qui peut contrarier des commandants et même parfois le patient lui-même. On y relate aussi la difficulté de renvoyer un patient au combat ou non. Trois participants ont une réponse plus nuancée, considérant que *« ces décisions relèvent de notre travail » (#8)* et qu'il est important de demeurer un bon médecin (#1,5). Ils semblent donc dire que concilier deux professions peut représenter certaines difficultés, mais sans que cela leur cause problème. Enfin, six autres répondants affirment qu'ils n'ont éprouvé aucune difficulté à réconcilier les deux professions et ne sont pas d'accord avec ce point de vue, souvent évoqué dans la littérature (#7,9,10,11,13,14). Ceux-ci vont dire par exemple *« Je n'ai jamais trouvé cela difficile car l'Armée me paie pour être médecin...donc mes fonctions d'officier médical sont rarement en conflit avec mes devoirs d'officier et si ca arrive c'est clair que je dois agir comme médecin » (#7).* Un autre précise : *« C'est facile d'être un bon médecin et c'est facile d'être un bon officier médical dans les Forces canadiennes, il faut juste trouver les compromis et la direction en soi » (#11).* Le fait de concilier deux professions n'est donc pas perçu comme un problème majeur pour ces six répondants.

Les participants semblent conscients du regard posé sur eux par les autres, que ce soit de la part de la population, des autres membres des FAC ou de l'institution en général. Ainsi, dans leur relation avec les autres, un participant a mentionné que les médecins peuvent parfois être perçus comme allant à l'encontre de l'institution en donnant des congés ou des limitations au personnel. « *Si vous demandez à des unités de combat, ils vont vous dire que je suis médecin en premier parce que...eux autres ils trouvent que je travaille juste pour le patient, que je ne les comprends pas, que je ne les aide pas, que je leur nuis...parce que les docteurs c'est ça qu'on fait...on leur nuit, on empêche les gars de travailler, on les comprend, c'est l'opinion qu'ils ont des fois du médical malheureusement.* » « *Ils (les commandants) pensent que les patients viennent chercher des congés, qu'ils viennent têter le médical, qu'on est trop mou, qu'on se laisse embarquer, puis surtout en ce qui se réfère à des dépressions, le côté santé mentale, qu'on s'en fait passer des petites vites....* » (#3). Ils savent toutefois que pour progresser dans la hiérarchie, ils doivent aussi être de bons officiers (« *C'est comme deux chevaux que tu dois garder à égalité* » #6) et répondre aux objectifs corporatifs. Au niveau institutionnel, quel que soit le métier ou la profession exercé, on s'attend d'eux qu'ils soient militaires avant tout (#6).

Certains jugent le comportement et le choix de leurs collègues qui semblent plus s'identifier à la fonction militaire que médicale, en les qualifiant de : « *Rambo* » (#12) ou « *de grands garçons essayant d'être ce qu'ils aimeraient être : des GI Joe* » (#5). Le port d'une arme et d'un uniforme constituent évidemment une image forte de l'appartenance, que certains utilisent spontanément pour parler d'identité. Ce peut être un symbole désagréable pour quelques-uns, tandis que déterminant pour d'autres. Ainsi, le port d'arme est parfois décrit avec fierté (« *montre que je suis là pour travailler avec mes frères d'armes* » (#4) et « *capable d'assurer la sécurité, la mienne et celle de mes patients* » (#11), tout comme cela démontre que les participants ne sont pas contre les armes, car « *Si un médecin n'est pas pro-armes, cette personne sera très inconfortable d'être un militaire* » (#11). En ce qui concerne l'uniforme, un participant mentionne qu'il ne porte l'uniforme que lorsqu'il est en déploiement (#5), ou ne porte pas l'uniforme en public, car il se fait harceler par la population (#1). Un autre décrit quant à lui les militaires « *comme des fonctionnaires déguisés en uniforme* » (#6). La distinction entre le militaire et le médecin se fait donc à plusieurs niveaux

et avec des images différentes. Non seulement le médecin peut se distinguer des autres militaires, mais il y a également une évaluation entre collègues médecins sur l'importance ou non qu'ils accordent à leur identité ou rôle militaire.

Rôle comme médecin au sein des militaires

Deux questions portaient directement sur le rôle du médecin. Une première plus descriptive quant aux fonctions occupées en Afghanistan (Q2), une autre sur le rôle du médecin par rapport aux autres fonctions de l'armée (Q5). Enfin, deux autres questions pouvant être regroupées sous le thème du rôle de médecin militaire, portaient sur : la participation présumée des médecins américains dans des interrogatoires auprès des détenus (Q13) et enfin, sur la neutralité et la nature pacifiste de la profession médicale (Q14). Au niveau de Nvivo, les codes utilisés sont sous « Role » (avec les sous codes, « professional responsibilities », « duties ») sous « Context » (« conflict context », « humanitarian context »), sous « Neutrality », sous « Complicity in interrogation », et enfin sous les sous code « chain of command ».

De façon évidente, la plupart des répondants (onze en tout) ont clairement exprimé que leur rôle était de fournir des soins aux soldats, des soins courants ou hospitaliers, pour sauver une vie ou soigner des blessures liées au combat. En Afghanistan, les clients étaient principalement des soldats canadiens, mais également ceux de la force de la coalition, les soldats afghans, ainsi que les victimes civiles des combats. Trois autres ont plutôt mis l'accent sur leur rôle concernant le triage ou le commandement des soins (un rôle de nature plus administrative). Ainsi un répondant explique : « *En fait, j'étais surtout en charge de faire marcher l'hôpital au jour le jour, donc c'était moi qui étais en charge de toutes les admissions, de tous les départs, de toutes les évacuations aériennes qui partaient de chez nous et j'étais l'officier trieur...c'est l'officier qui est en charge de la salle d'urgence, c'est un rôle clinique. Mon rôle militaire c'était de commander l'hôpital* » (Anon¹⁰).

¹⁰ Le répondant n'est pas identifié de façon à préserver la confidentialité

Cinq participants insistent sur le fait qu'ils sont présents pour « *appuyer la mission et maintenir les forces de combat* » (#2,4,7,13,14). Quatre mentionnent toutefois que leur rôle n'est pas décisionnel, en formulant plutôt des recommandations quant à la prévention, aux limitations, aux capacités des soldats ou encore aux médicaments et équipements préventifs (malaria, H1N1, lunettes protectrices, etc.) (#1,2,3,13). Deux répondants précisent tout de même que leurs recommandations font partie intégrante des décisions tactiques, que ce soit au niveau des limitations ou encore de l'évaluation de la santé physique des soldats pré-départ (#3,7).

Enfin, d'autres rappellent leur rôle militaire pour préciser qu'ils ne sont pas des combattants et ne font pas partie de la profession d'armes, mais qu'ils ont une responsabilité médicale envers les combattants (#2,9), qu'ils doivent « *maintenir nos habilités militaires, au cas où tu te fais attaquer* » (#1), qu'ils ont, en tant qu'officier, le devoir d'abattre ou de blesser un attaquant (#4,8) et aussi de ne pas être « *le maillon faible au niveau militaire* » (#11). Enfin, un autre participant considère qu'il faut comprendre que le médecin fait partie d'une mission et qu'il ne doit pas maintenir « *une vision très tunnelaire du médecin qui donne des soins à des patients, mais qui fait partie d'une organisation militaire...* » (#12). Les réponses quant au rôle dans ces derniers cas sont utilisées pour faire des distinctions avec les militaires ou caractériser ce qui distingue un médecin militaire d'un médecin civil, des éléments liés aussi à l'identité..

L'un des rôles discutés par les répondants concerne l'utilisation des services médicaux pour des raisons militaires, soit pour « *gagner les cœurs et les esprits* » de la population afghane. Cinq personnes mentionnent que des soins ou des médicaments ont été fournis pour obtenir des renseignements (#2,3,5,12,14). Trois répondants se sont dits mal à l'aise avec cette approche, d'autant plus que parfois les attentes étaient irréalistes de la part des militaires, puisque les médecins ne possédaient pas toujours les connaissances ni les équipements pour soigner les gens, ou alors ils estimaient la requête comme inappropriée (comme dans le cas d'une demande pour obtenir du Viagra pour un chef de village) (#3,5,14).

La pratique de la médecine militaire

En ce qui a trait aux distinctions particulières, reliées au fait de pratiquer la médecine dans un cadre militaire et dans un contexte de conflit, les répondants ont commenté sur la chaîne de commandement et ont fait des comparaisons avec le travail du médecin humanitaire.

Les réponses sur la chaîne de commandement sont venues spontanément et ne semblent pas poser de problème, car un répondant dit qu'on « *demeure responsable de ses propres actions* » et que « *le médecin a le devoir de désobéir à un ordre qui va à l'encontre de sa déontologie* » (#13). Un autre explique que « *seul un autre médecin peut donner un ordre en matière médical* » et, dans ce cas même, s'il est un supérieur en grade et que sa recommandation ne nous convient pas, on peut tout simplement lui demander de prendre en charge le patient (#6). Également, un médecin peut, dans le cadre de ses fonctions de responsable d'un hôpital, gérer des gens qui ont des grades plus élevés que lui (#4). Enfin, un répondant (#2) mentionne qu'il y a des ordres que le médecin se doit d'obéir provenant d'un officier supérieur, tel que l'abandon des patients dans un cas de force majeure et donc, que « *cette hiérarchie existe mais pour des cas hautement exceptionnels, au niveau opérationnel* ».

Quant à la comparaison entre le travail du médecin militaire dans un contexte de conflit avec celui d'un médecin humanitaire, plusieurs répondants s'entendent pour dire que, mis à part le côté sécuritaire qui diffère et le maintien des capacités opérationnelles comme objectif, les défis sont semblables, surtout au niveau de la rareté des ressources (#2,3,4,7,10,12). L'un des répondants explique que des ressources quasi illimitées sont mobilisées et ce, pour sauver une seule vie, dans les grandes villes des pays développés. Ce n'est pas le cas des pays en développement, encore moins dans un contexte de conflit où il faut gérer régulièrement un afflux massif de blessés. Dans ces cas, il faut penser à gérer les ressources pour le bienfait du plus grand nombre (#12). Certains mentionnent qu'ils ont aussi fait du travail humanitaire pendant leur mission, soit en appuyant une clinique locale (#3), soit par transfert de connaissances à des médecins afghans (#6), ou encore en opérant sur des enfants et en se procurant de l'équipement pour les organisations locales (#6, 11). Enfin, un répondant résume ainsi la dynamique : « *En contexte de conflit, le service médical est en soutien à la mission militaire, alors que dans une mission humanitaire, c'est l'inverse, ce sont les militaires qui*

nous soutiennent » (#9). Il est à noter qu'il s'agissait, la plupart du temps, de réponses à une sous question spécifique de l'entrevue, afin d'amener les participants à parler de leur rôle de médecin militaire.

La neutralité du médecin

Les réactions ont été très vives à l'idée que les médecins devraient être neutres et pacifistes. L'argument principal et unanime est que les soldats, tout comme tous les autres citoyens, ont le droit d'être soignés. Certains ont cité en exemple les criminels ou ceux qui ne prennent pas soin d'eux d'une manière délibérée (qui fument, boivent ou mangent mal, bref « *qui ont leur propre guerre* » (#1) et qui reçoivent des soins. Par conséquent, tout le monde, y compris les soldats, est en droit de recevoir des soins : le médecin doit être neutre quand il soigne, ne pas porter de jugement sur la personne ni sur son métier, ou sur le fait qu'elle soit un soldat canadien ou un ennemi. Finalement, plusieurs répondants considèrent que ce ne serait pas éthique de refuser de soigner les soldats. Un répondant l'exprime ainsi « *En tant que médecin, je dois aider tout le monde. Je dois aider les victimes et je ne suis pas dans une position pour juger qui est une victime et qui cause cette détresse. Si vous êtes blessés devant moi, j'ai la responsabilité morale d'intervenir face à cette blessure* » (#7). Enfin, d'autres l'expriment dans le sens que le médecin n'est pas présent dans le conflit pour nuire (#1,3,4,7,8,9,13,14). Les médecins font ainsi une nette distinction entre la neutralité politique et la neutralité dans le soin des patients.

Onze répondants ne voient pas du tout pourquoi on leur demanderait d'être neutres politiquement, puisqu'ils sont citoyens d'un pays et que d'aller en guerre relève d'une décision nationale (#1,2,3,4,11,13), que « *tout le monde a une vision politique et qu'il est même naïf de penser le contraire* » (#7). Sans être des guerriers, ils participent à une décision collective afin de prendre soin des personnes victimes de cette décision et ce sans se battre, tout en sachant se protéger eux-mêmes, ainsi que leurs patients (#8,12,14). Pour un répondant, la médecine militaire est « *une spécialisation tout comme l'obstétrique* » (#6) et le médecin militaire « *ne fait que répondre aux exigences du gouvernement en place, pour maintenir la paix comme le font les policiers au civil* » (#10). Enfin, deux répondants soulèvent le fait qu'il existe des

prêtres dans l'armée, afin d'illustrer qu'il y a de une place chez les militaires pour des personnes qui ne sont pas nécessairement des « guerriers » (#1,2).

Rôle auprès des détenus

Quant à la participation des médecins dans les interrogatoires auprès des détenus, tous les participants ont décrié d'emblée l'implication des médecins américains comme étant inacceptable, un manque de professionnalisme, ainsi que comme un bris de l'éthique professionnelle. Deux répondants n'étaient pas au courant du scandale, alors que cinq d'entre eux considèrent qu'il s'agit d'un problème du système de l'armée américaine, très différent de celui de l'armée canadienne (#1,6,9,11,13). En effet, on explique que l'armée américaine est plus importante en nombre, que le commandant en chef est le Président lui-même et par conséquent, que les intérêts nationaux priment sur tout. Les répondants croient que « *la culture au sein de l'armée américaine est différente de celle au Canada* » (#6), à cause d'un sentiment patriotique plus présent chez les Américains, pouvant justifier des écarts de conduite; ou encore, que « *les leaders américains ont paniqué et se sont égarés après 9/11* » (#13). D'autres expliquent que certains médecins ont pu accepter de jouer un tel rôle par manque d'expérience, pour « *plaire aux commandants* » (#14), par « *peur de désobéir à un ordre* » (#3), ou parce qu'on les a convaincus avec des arguments d'intérêts militaires (#4,12).

Pour éviter qu'un tel problème se produise dans l'armée canadienne, un répondant suggère que les associations médicales émettent des directives claires à ce sujet, pour se préparer avec de forts arguments de refus (#8). Un autre se dit préoccupé et croit que les médecins devraient être mieux préparés, afin de ne pas subir de telles influences (#12). Deux répondants sont d'avis que les médecins ayant participé de près ou de loin à des actes de torture ne devraient plus jamais avoir le droit de pratiquer la médecine (#2,7). L'un d'eux s'est appuyé sur un exemple, en faisant une comparaison entre le médecin qui aide les intérêts militaires, versus un autre travaillant auprès d'une compagnie d'assurance (ce dernier utilisant sa formation de médecin sans toutefois pratiquer la médecine). Enfin, un répondant a soulevé le problème de traitement des détenus auprès du Collège des Médecins (on ne mentionne pas s'il s'agit du Collège canadien ou provincial), qui aurait avisé le gouvernement canadien de la possibilité de

perte de licence, pour les médecins qui ne respecteraient pas les codes d'éthique nationaux et internationaux sur le traitement des détenus. Le fait qu'il s'agissait de détenus et non de prisonniers de guerre semblait créer une confusion qu'il fallait vérifier selon le participant.

Dilemmes et défis éthiques

Deux questions de l'entrevue portaient sur les dilemmes éthiques dans le contexte d'opérations militaires (Q6 et Q7). La première demandait de nommer les défis éthiques rencontrés et la deuxième, en quoi ceux-ci étaient différents du contexte clinique civil. Toutefois, les participants savaient que le thème de l'entrevue portait sur les défis éthiques qu'ils pouvaient rencontrer. On retrouve donc ceux-ci, tout au long de l'entrevue. Dans un premier temps, nous présentons les réponses obtenues directement lors des deux questions, pour ensuite faire un portrait des dilemmes qui ont été mentionnés de façon générale et ce à partir des différents codes sous Nvivo notamment tous les sous codes de « Ethical Challenges » et « Cases ».

Tableau 3 : Dilemmes et défis éthiques identifiés

| Réponse du participant | Types de dilemmes |
|--|--|
| En réponse à la question de l'entrevue sur les dilemmes | <ul style="list-style-type: none"> • Différence de standards dans le traitement et les soins pour les Afghans • Triage (incluant ne pas pouvoir offrir de soins à la population locale) • Limite des ressources (difficulté à donner le maximum aux patients, allocation des ressources, activités pour gagner cœur et esprit) • Déterminer le retour au combat des soldats • Problèmes dans les relations professionnelles |
| Au cours de l'entrevue | <ul style="list-style-type: none"> • Traitement des talibans (« ennemis ») • Confidentialité et médecine du travail • Consentement |

Tout d'abord, il est important de mentionner que quatre répondants disent ne pas avoir vécu de dilemmes comme tel (#2,4,7,9), alors qu'un autre considère que les médecins doivent toujours faire face à des dilemmes, mais que ceux-ci sont amplifiés dans un contexte de conflit (#10). Un dernier considère qu'il existe une tension entre la profession médicale et l'armée, mais que les conflits sont minimes et sans réelles conséquences (#14). Ces personnes ont tout de même identifié des dilemmes, soit pour en avoir été témoins, ou parce qu'ils en ont pris conscience à

leur retour de mission. Les dilemmes qui ressortent de façon spontanée portent sur les standards de traitement, les problèmes de triage (règles d'éligibilité), ainsi que sur les choix de traitement liés aux ressources limitées et dans les relations professionnelles.

Différence de standards dans le traitement et les soins pour les Afghans

Neuf répondants (#2,3,4,5,6,7,10,13,14) évoquent la différence de standards des soins médicaux entre les Afghans (population, soldats et détenus), ainsi que les soldats canadiens et ceux de l'OTAN. Un répondant explique que les soldats occidentaux étaient stabilisés afin d'être évacués, recevant les meilleurs traitements tout au long de leur prise en charge, tandis que les « *Afghans étaient au départ, moins bien outillés* » (#10) et souffraient donc de blessures plus importantes et fréquentes. Ils ajoutent que le suivi donné par le système de santé afghan était tout à fait inadéquat (on parle de soins quasi inexistantes pour les grands brûlés, par exemple). Les décisions médicales devaient se prendre selon les chances de survie et de suivi dans le contexte afghan. Une attitude plus positive envers les blessés canadiens que les soldats afghans a aussi été soulevée par un participant, qui d'ailleurs n'a pas apprécié puisque dit-il « *dans les faits, nous étions du même bord* » (#5).

Quatre répondants considèrent que parfois, la décision d'évacuer un patient afghan vers le système de santé local, était prise trop rapidement (#3,5,6,13). Cette différence de standards entre les Canadiens et les Afghans est l'élément qui revient le plus fréquemment chez les participants. Celle-ci est définie comme le plus dur des dilemmes éthiques vécus. Certains mentionnent même que ceux ayant été incapables d'accepter cette différence, sont ceux qui ont vécu des dilemmes ou des déchirements moraux, alors que ceux qui reconnaissaient et acceptaient la réalité afghane, pouvaient plus facilement prendre les décisions médicales qui s'imposaient (#2,4).

Triage/règles d'éligibilité

L'autre dilemme le plus souvent soulevé concerne le triage, ce dernier étant mentionné par neuf répondants (#1,2,3,4,5,7,11,12,14), quoique trois d'entre eux disent avoir été témoins de ce dilemme sans l'avoir vécu personnellement (#2,7,10). On fait ici référence au triage dans

son sens large, afin de déterminer qui pouvait recevoir des soins provenant du personnel médical canadien (incluant la population locale). Ainsi, neuf personnes indiquent avoir vécu ou avoir été témoins de dilemmes éthiques, du fait que la population afghane ne pouvait être traitée compte tenu des règles d'éligibilité médicale (#1,2,3,5,6,7,11,12,14). Certains comprennent cette impossibilité pour des raisons de ressources (#7,10), même si d'autres déplorent l'emphase ou le favoritisme envers les enfants (#6,7). Finalement, d'autres répondants se questionnent sur l'efficacité de l'utilisation des ressources (#12,14). Deux autres considèrent qu'il s'agissait d'une faiblesse de la part des médecins, incapables d'accepter le fait de ne pas pouvoir aider la population locale (#2,4).

Pour ce qui est du triage comme tel, soit le choix des cas prioritaires lorsque plusieurs blessés se présentent, les répondants disent qu'on le faisait à partir de la sévérité des cas et des chances de survie (#2,4,11,12). Certains se réfèrent aux règles d'éligibilité en parlant de triage (#4,7), ce qui facilite la prise de décisions car « *ce n'est pas moral, c'est de l'adaptation de nos ressources* (#4) ». L'aspect du triage semblant être plus problématique est en rapport aux ressources (voir ci-dessous), mais concerne aussi la façon d'évacuer les blessés afghans de l'hôpital de Kandahar, afin qu'ils soient pris en charge par le système afghan. Ainsi, certains participants (#5,6,10,13) mentionnent qu'il y avait parfois une pression pour faire sortir ces patients rapidement et ce, dans un contexte où l'hôpital local n'avait, selon eux, ni les compétences, ni les ressources pour les prendre en charge adéquatement (on dit même que le personnel médical afghan volait les médicaments envoyés pour le patient afin de les revendre #5). Ce répondant déplore que des soldats afghans aient été « emmenés en hélicoptère pour se faire soigner à Kandahar, mais qu'à leur sortie de l'hôpital, ils devaient retourner chez eux par leurs propres moyens, à leurs risques et périls » (#5). Il explique qu'il est normal qu'on tente d'évacuer les Afghans le plus rapidement possible, car les soldats canadiens ne doivent pas avoir l'impression que s'ils sont blessés, il n'y aura pas suffisamment de place ou de lits, afin qu'ils soient soignés (# 5). Un répondant dit même avoir eu un conflit avec l'organisation militaire canadienne, parce qu'il refusait d'évacuer un soldat afghan qui nécessitait des soins de qualité et que ce dernier serait probablement mort dans un contexte afghan. Il ajoute que cet incident a eu un grand impact sur sa carrière. Par contre, il avait le support de ses supérieurs sur le terrain (#13).

En rapport avec le triage, d'autres répondants ont plutôt parlé des aspects positifs, sans qu'il s'agisse d'un dilemme éthique. Ceux-ci mentionnent par exemple les règles d'éligibilité aux soins définies pendant la mission (#2,3,4,5,7), qui étaient très claires et facilitaient la prise de décision. Plusieurs répondants expliquent que c'est la gravité des blessures qui détermine le triage. Ainsi, ils disent qu'un taliban gravement blessé devait être traité avant un soldat canadien qui l'était moins (#2,3,4,11,12). Toutefois, à urgence égale, la mission de l'hôpital était de soigner les militaires de l'OTAN (#4); ce qui est confirmé par un autre répondant, racontant que dans le passé, ils ont eu à faire un choix entre un enfant blessé et un militaire, choisissant le militaire pour des besoins opérationnels (#12).

Ce triage effectué par d'autres, a tout de même soulevé certaines questions éthiques, une fois l'urgence passée (#4,12). Une personne a même mentionné que, contrairement aux consignes données par un médecin, les soldats canadiens avaient évacué par hélicoptère l'un des leurs avant un soldat afghan, qui pourtant était plus gravement blessé (#3). Tel que mentionné précédemment, plusieurs des cas de triage étaient en fait reliés à la rareté des ressources médicales (humaines et matérielles).

Limite des ressources

En effet, la limite des ressources disponibles est rapportée par cinq répondants comme ayant été troublante (#1,2,8,10,12) : « *Devoir se dire qu'on ne peut sauver le monde, que quelqu'un peut se présenter devant nous avec un problème complexe et nous avons des ressources très limitées... par exemple les brûlures, nous pouvions réanimer, mais nous n'avions pas les ressources pour les soins aux grands brûlés, les greffes de peau ni la réhabilitation* » (#14). Cette limite de ressources est souvent en lien avec le triage, soit pour déterminer comment et à quels patients allouer les ressources (ex. : un nombre limité de ventilateurs, de salles d'opération, de lits disponibles, de spécialistes), mais également pour choisir les traitements adaptés, lorsque les médicaments ou équipement usuels n'étaient pas disponibles (ex. : improviser un traitement de dialyse, accepter de laisser des personnes mourir, traiter en fonction des chances de survie plutôt que des besoins, ou encore être en mesure de réanimer

une personne tout en sachant que les équipements nécessaires pour le suivi ne sont pas disponibles). Tel que l'exprime un répondant : « *C'est là que se situe la problématique, à savoir le peu de ressources qu'on a, à qui on les attribue, et qui on priorise en plus de cela* » (#12). On comprend toutefois très bien que « *prendre plusieurs ressources pour les consacrer à un seul individu peut faire en sorte que plusieurs autres vont mourir* » (#10). Les choix effectués peuvent être questionnés après coup, ce qu'un répondant exprime ainsi : « *...la réaction qu'on a c'est de dire on va essayer de faire le mieux pour tout le monde et puis, on laisse souvent à nos dirigeants de prendre des décisions par rapport à ça, c'est plus après coup souvent qu'on se rend compte que la façon avec laquelle on a utilisé les ressources n'a pas toujours été adéquate* » (#12).

En rapport aux ressources, trois personnes ont dénoncé spécifiquement l'utilisation de ressources rares pour des activités visant à gagner les cœurs et les esprits (#3,6,14). Elles ont aussi déploré que des enfants malades semblaient avoir bénéficié de plus de sympathie de la part des professionnels de la santé et des militaires (#1,5), mais pour lesquels il y avait peu d'outils ou de connaissances pédiatriques (#6), ou même de chances de survie (#1).

Qualifier les soldats pour le retour au combat ou les rapatriements

Pour ce qui est des autres dilemmes éthiques mentionnés spontanément, quatre participants abordent le défi de devoir retourner les soldats au combat alors qu'ils ont peur, ne se sentent pas la force de continuer ou après une blessure. Ils parlent aussi de la crainte ressentie face au choix d'un mauvais diagnostic, ce dernier pouvant causer la mort du patient mais aussi, celle de ses compagnons d'armes. « *Tu es à l'autre bout du monde et ...il y a quelqu'un qui te fait de la pression pour que tu prennes une décision concernant un patient, à savoir s'il peut ou non participer à la prochaine opération militaire et cette prochaine opération part dans une heure, et tu dois prendre une décision* »(Anon). Un autre médecin donne les exemples suivants : « *J'ai connu les deux situations suivantes : un chauffeur qui a tellement peur de mourir et qui ne veut pas retourner au travail, s'il n'a pas de maladie mentale, il doit retourner. L'autre côté de la médaille c'est la personne qui ne veut pas d'aide mais qui est envoyée par son unité parce qu'elle ne fait pas bien son travail, elle paralyse, ne peut pas*

retourner les coups de feu, n'est pas alerte et cette personne met les autres en danger; elle veut continuer à travailler et ne pas être rapatriée au Canada mais elle ne fonctionne plus » (Anon).

Dans un autre cas pourtant, un médecin a dit ne pas avoir vécu de défi éthique particulier lors de cette situation, mais savait que ce dilemme existait tout de même pour plusieurs médecins. Ainsi dit-il « *Où est ce qu'il y a des conflits, c'est beaucoup plus quand...à savoir si on doit protéger notre patient versus l'institution. C'est souvent dans des situations de douleurs chroniques, de lésions professionnelles, ça ça va plus dans ces choses-là, c'est plus les médecins de famille qui roulent* » (#2). Deux médecins expliquent qu'il fallait prendre des décisions rapidement concernant des patients car les traitements doivent être de courte durée ce qui est problématique lorsque le patient a un problème de santé mentale (#2,8). Comme l'explique un médecin « *si quelqu'un est vraiment malade...il doit être rapatrié. Donc si nous ne sommes pas capables de les remettre sur pied en deça de quelques semaines, il doit être rapatrié* » (#8). De leurs côtés les unités exerçaient une pression pour que les décisions de rapatriement se prennent rapidement. Un médecin explique qu'il se faisait dire « *parce que tant que tu ne me dis pas qu'il est rapatrié moi je n'en reçois pas un autre, plus le temps que je dise au...soldat à Québec vient-en, il n'est pas ici demain matin! ...des fois j'avais des pressions des boss, puis là tu as le patient et puis là tu as les travailleurs sociaux...puis les curés qui font des pressions et tu es au milieu...* » (#3). Bref, pour les médecins généralistes les décisions qui touchent la carrière des patients représentent un défi important.

Relations professionnelles

D'autres sujets abordés semblaient plutôt relever des difficultés que des dilemmes, quoique les médecins se sentaient parfois pris entre les besoins du patient et ceux de l'institution (#2,8,10,12). Des cas de problèmes avec la centrale sont relatés (manque de compréhension et de collaboration) (#6,8,7,13); ainsi qu'avec d'autres professionnels de la santé, collègues ou supérieurs (dans leur façon de soigner ou traiter les patients parce qu'ils semblaient s'identifier aux combattants, ou parce qu'ils étaient plus axés sur les aspects de développement professionnels, que sur les patients) (#1,3,5); également auprès de collègues de l'armée

canadienne (un commandant effectuant des pressions pour récupérer ses soldats et critiquant les décisions de rapatriement, des soldats jugeant les médecins et ayant des attentes irréalistes sur le rôle et les capacités médicales, ou encore un commandant pensant que le personnel médical est à son service, pour d'autres fonctions que celles reliées aux soins médicaux). On retrouve aussi des membres de l'armée qui soumettent des cas désespérés, pensant que les services médicaux peuvent prodiguer des soins dans des cas extrêmes, alors qu'il n'y a ni les ressources, ni le personnel nécessaires (#1,3,8,6,14). Un répondant mentionne les tensions avec d'autres forces armées, en donnant l'exemple des Américains qui ne trouvaient pas le personnel médical canadien « *assez militaire dans leur approche* », et donc « *trop axé sur les besoins des patients par rapport aux besoins opérationnels ou organisationnels* » (#8). Enfin, d'autres répondants évoquent les défis ressentis par des collègues qui manquaient d'expérience sur le terrain (#1,5,14).

À travers les réponses aux autres questions de l'entrevue, d'autres dilemmes en sont ressortis. Ainsi, certains parlent du traitement de « l'ennemi », de la confidentialité et des défis de la médecine au travail et enfin, du consentement.

Traitement des détenus/de l'ennemi

En dehors du fait que plusieurs répondants ont parlé des différences importantes entre les Afghans et les Occidentaux, certains ont abordé plus particulièrement le traitement des détenus par les Canadiens, en réponse à la question spécifique concernant un problème de comportement chez les professionnels de la santé américains (#1,2,3,4,5,6,7,12,13). Quoique tous sont d'avis que même les prisonniers ou présumés talibans ont reçu de bons traitements, un participant a avoué avoir eu un moment d'hésitation, alors qu'un autre parmi le groupe était quant à lui, heureux de ne pas avoir hésité. (#1,4) Aussi, un répondant s'est rappelé avoir été vexé de voir certaines infirmières manifester une attitude négative vis-à-vis un détenu, sans toutefois se sentir à l'aise de le dire (de peur d'être jugé en tant que traître). Un autre a mentionné être intervenu pour demander aux soldats d'être moins « rough » avec un détenu (#2,5). Donc dans l'ensemble, le traitement des détenus ne semble pas avoir constitué un problème éthique pour les médecins militaires interrogés, qui semblaient plutôt fiers de dire

qu'ils traitaient tous les patients avec le même professionnalisme. Seul un certain inconfort pouvait être ressenti, comme s'il existait une ligne à tracer entre « eux et nous ». Toutefois, un dilemme a été éprouvé par deux médecins, qui se sont questionnés sur les agissements de soldats auprès d'un patient, voulant l'interroger alors que ce dernier se faisait examiner. Enfin, un autre d'entre eux a voulu prodiguer trop de soins à un détenu et croit que cela a nui à sa carrière (#2,6,13).

Confidentialité

Quoique les règles de confidentialité soient très claires au civil, plusieurs répondants mentionnent que cela constitue tout de même un dilemme plus important pour le médecin militaire, puisque les limitations qu'il doit révéler au supérieur peuvent avoir un impact direct sur le travail, voire même sur la carrière du patient (#1,3,4,7,8,12,13). Ainsi, le fait qu'un patient ait un problème d'alcool, de consommation, ou encore d'ordre physique, n'a pas à être divulgué à son supérieur, mais il est du devoir du médecin militaire de s'assurer que celui-ci ne soit pas un danger pour lui-même ni pour ses troupes. L'intervention du médecin a donc une conséquence sur le patient. Ce sont également les médecins qui déterminent sa condition en termes de capacités physiques pour la mission, s'il doit être rapatrié, ou s'il peut reprendre son travail et ce, dans quelle mesure. La proximité et le fait de connaître plusieurs des soldats personnellement, peuvent rendre le travail encore plus difficile selon certains (#3,7). Deux autres répondants croient toutefois que faire de la médecine du travail « *responsabilise davantage le médecin, qui doit considérer son patient dans son ensemble* », pouvant ainsi, « *mieux veiller à ses intérêts* » (#3,7). Enfin, tel que mentionné plus haut, la confidentialité, lorsqu'il s'agissait de détenus, ne semble pas avoir été bien respectée, puisque les soldats pouvaient être présents dans la salle d'examen (#3,6). De plus, un participant a déploré le fait qu'un médecin se soit servi du contexte de l'Afghanistan pour servir ses propres intérêts, en écrivant un livre sur son expérience et en brisant par le fait même, certains principes de confidentialité (#1).

Consentement

Deux répondants étaient fiers de raconter avoir obtenu le consentement pour des traitements, malgré les différences culturelles et de langues, lorsqu'ils traitaient des blessés afghans (#6,10). Ainsi, ces médecins ont discuté avec la famille du patient, le mollah ainsi qu'avec l'équipe médicale, afin de s'entendre sur le fait d'effectuer ou non une amputation, ou encore de lui retirer un ventilateur. Cependant, un autre répondant fait mention d'une opération importante et difficile effectuée sur un soldat canadien, tout en sachant que ce dernier aurait une très piètre qualité de vie par la suite. Il s'interrogeait si, « *dans ce cas, il n'aurait pas été préférable de le laisser mourir* » (#8). Le médecin n'a pas soulevé la notion de consentement en relatant ce cas, mais questionnait plutôt la décision d'avoir opéré et sauvé le soldat.

Ce qui ressort particulièrement des entrevues et ne constitue pas un dilemme comme tel (mais plutôt un défi moral), est le contexte et les conditions de vie de la population locale, ainsi que les différences culturelles. La majorité des répondants ont exprimé d'une manière ou d'une autre, leur indignation ou leur sentiment d'injustice face à : la pauvreté, le traitement des femmes et des enfants, l'absence de soins médicaux primaires, l'éducation, ainsi qu'aux différences du niveau de vie au pays. Le refus par les Afghans de se faire amputer et cela au risque de leur vie, en a surpris plusieurs (#4,6). La souffrance humaine de façon générale, semble avoir été au cœur de l'expérience des répondants. Au moins trois personnes mentionnent que l'âge et l'expérience leur ont permis de mieux composer avec la réalité du terrain, alors que cela représentait un plus grand défi pour les jeunes (#1,4,14).

Résolution de dilemmes

Concernant les dilemmes, lorsque le participant en soulevait, il lui était demandé d'expliquer comment il les avait résolus (Q6). Une autre question portait quant à elle sur les valeurs et les principes personnels utilisés, afin de répondre aux tensions éthiques (Q11). Dans Nvivo, les codes « Resolution process for ethical challenges », et « Ethics resources », ainsi que le sous code « coping mechanism » sous « Identity » ont fait ressortir les mécanismes de résolution des défis éthiques.

Décision de groupe

Au moins sept participants ont mentionné avoir discuté en groupe des dilemmes et des situations délicates (#3,4,7,10,11,12,14) afin de prendre les meilleures décisions ou pour les expliquer. Les discussions pouvaient être entre collègues (#7,14); avec une équipe multidisciplinaire composée d'infirmières, travailleurs sociaux, psychiatres ou psychologues avec un Afghan et parfois sa famille (#6,7,10,11); avec le chef d'équipe (#12,14); ou même, s'il le fallait, en allant chercher l'aide d'un plus haut supérieur dans la chaîne de commandement (#3,7). Cette discussion était, pour la plupart des répondants, une bonne façon de partager la responsabilité lors d'une prise de décision difficile (#12). Sans les rendre plus faciles, cela permettait au moins de « *partager le poids* » et de ne pas « *assumer toute la charge émotionnelle* » de ces décisions (#2,10). Ces discussions de groupe n'étaient pas officiellement exigées et l'un des candidats ayant fait plusieurs déploiements, a mentionné que la façon de gérer les dilemmes soulevés dépendait du style de gestion du commandant. Ces réunions d'équipe semblent d'ailleurs avoir été plus systématiques au cours des dernières années (2008 à 2010).

Jugement personnel

Enfin, huit personnes ont insisté sur leur propre jugement afin de résoudre des dilemmes (#1,3,4,7,8,11,13,14). Selon eux, « *il faut se faire confiance* », réfléchir à l'avance et se poser les bonnes questions (quelle est notre mission, notre rôle, vais-je pouvoir vivre avec cette décision, qu'est-ce que me dit mon « *gut feeling* », suis-je capable de justifier cette décision, puis-je vivre avec les conséquences ?). Trois personnes ont même mentionné posséder leur propre code d'éthique (#8,11,14), dont l'un a défini les trois principes particuliers (*primum non nocere*, se mettre dans à la place du patient et avoir des attentes réalistes concernant la fin de vie de celui-ci (« *clinical end state* »).

Âge et expérience

L'âge et l'expérience constituent également des facteurs importants pour résoudre les dilemmes. Sept participants (#1,4,7,8,10,11,12) l'ont mentionné pour faire une distinction avec les plus jeunes, qui eux, auraient ressenti plus d'angoisse face aux situations difficiles. Un participant dit qu'il ne faut jamais laisser à des gens hors du domaine la charge de prendre

des décisions médicales. Un autre considère que la direction éthique et les consignes à cet égard auraient dues être établies par le Médecin chef des SSCF.

Appui externe

Deux participants mentionnent qu'ils pouvaient compter sur un appui provenant de l'extérieur, c'est-à-dire, de la part des professionnels se trouvant à la centrale du Canada, afin de les aider à résoudre des dilemmes, s'il le fallait (#6,7). Dans un cas, il s'agit d'avocats pouvant être consultés et dans l'autre on parle du « Canadian Medical Protective Agency » qui agit comme assureur des médecins et peut également fournir des conseils. Un autre répondant considère plutôt qu'il n'y avait pas de soutien de la part de la centrale, mais que de toute façon, il aurait été difficile de les contacter lors d'une urgence, compte tenu du décalage horaire.

Principes

Huit participants (#2,3,4,5,6,7,11,14) ont aussi mentionné les règles d'engagement, ainsi que la matrice médicale d'aide à la prise de décision, comme étant des outils très utiles pour résoudre les conflits et ce, surtout en ce qui concerne les dilemmes quant au triage ou à l'évacuation. Un répondant (#3) a avoué que de telles règles à suivre et à obéir facilitaient sa tâche.

Valeurs

Quant aux valeurs, quatre répondants ont eu de la difficulté à les identifier dans leur décision éthique (#2,6,8,10). Ce n'est qu'après l'aide du chercheur (généralement un résumé d'éléments déjà mentionnés dans l'entrevue), que ces derniers sont arrivés à formuler quelques valeurs. Un répondant (#13) a pu énumérer six valeurs fondamentales : intégrité, compassion, justice, devoir, dévouement, professionnalisme. Dans les autres cas, les répondants en énuméraient deux à trois, au maximum. La « valeur » qui revient le plus souvent (quatre fois) est le « travail d'équipe », souvent associé à la prise de décision (#3,9,10,12). Sans surprise, les valeurs entourant la tâche envers le patient sont également récurrentes : aider (#4,9,11) et veiller à l'intérêt du patient (#6,11), respecter le patient et son autonomie (#4,7,11,12), être empathique et compatissant (#4,13,14), la non-malfaisance, et la bienfaisance (#11,14) et enfin, être juste (envers tous les patients #3). L'honnêteté et l'intégrité sont également des

valeurs qui reviennent assez souvent (#2,3,5,13). Des attributs de personnalité ont aussi été nommés comme étant des valeurs, tel que savoir s'adapter au contexte (#2,8,9), être réaliste face à la situation (#4,14), ne pas porter de jugement (#1,4), et avoir confiance en soi (#2).

Enfin, ce qui ressort le plus dans les réponses concernant les valeurs, c'est qu'avant d'être en mesure de les identifier de façon précise, neuf personnes répondent que c'est d'abord leur « *gut feeling* », leur expérience ou leur compétence professionnelle qui pèse dans le processus de prise de décision face à un défi éthique.

Codes d'éthique

Trois questions portaient sur les codes d'éthique (Q9, Q10 et Q12) pour faire la distinction entre l'éthique en temps de conflits et en temps de paix, entre le code médical et militaire et enfin, entre l'intérêt collectif versus l'intérêt du patient. Sous Nvivo les codes et sous codes sous « Code of ethics and legal doctrines » couvraient ce sujet.

Tous les participants adhèrent à l'idée que l'éthique médicale en temps de conflit doit être la même qu'en temps de paix. Les répondants disent toutefois que les ressources changent (#2,4,9) et que les conséquences des décisions sont plus importantes, mais que l'éthique des soins donnés demeure identique (#8,10).

Dans l'ensemble également, les participants (#2,3,6,7,9,10,11,12,13,14) considèrent que les codes d'éthique militaires et médicaux sont similaires, du moins dans leurs principes, normes, standards, valeurs et buts. Quoique les deux codes prônent des comportements éthiques, leur perspective est différente, l'un portant sur « *l'interaction entre le patient et le médecin (avec moins d'emphase sur le rôle social du médecin dans son ensemble), alors que comme militaire, on est en service pour le gouvernement* » (#7). De plus, « *le code médical c'est centré sur le patient, tandis qu'au point de vue militaire c'est plus centré sur la chaîne de commandements et l'accomplissement de la mission* » (#2). D'après certains participants, tous les codes d'éthique disent à peu près la même chose, sont présentés dans des termes assez larges (voir vagues selon un participant #6) appliquent des standards élevés en termes

d'éthique, ce qui reflète bien les valeurs de la société canadienne). Un répondant considère même que le fait d'avoir un code d'éthique militaire en plus du code médical, rend le tout encore plus fort et que ces derniers forment une synergie permettant aux médecins d'être encore plus responsables, tout comme de meilleurs citoyens (#10). Un autre mentionne que ce qui est intéressant dans le monde militaire, est que le médecin peut avoir une approche plus globale envers son patient et sa santé. Contrairement au milieu civil, le médecin militaire peut consulter plusieurs personnes à différents niveaux de la hiérarchie, soit des supérieurs des collègues ou alors des évaluateurs indépendants, qui contribuent à prendre la meilleure décision pour le patient. (#11). Un autre répondant ajoute que la plupart des médecins (du moins chez les spécialistes) travaillent la majorité du temps au civil, c'est pourquoi ils ne changent pas leur façon de travailler, s'ils sont dans l'un ou l'autre contexte (#1). Enfin, un autre dit simplement que les deux codes sont semblables car « *en bout de ligne, on essaie d'aider les gens* » (#9).

Toutefois, on s'entend pour dire que c'est la situation et la façon d'appliquer ces codes d'éthique qui font une différence. Ainsi, la façon de pratiquer la médecine ou de prendre les décisions peut être différente (#2,3,8) en temps de conflit, notamment à cause des ressources limitées et du « *contexte de tension chargé émotionnellement* » (#14). Ainsi, « *tu dois faire face à des dilemmes éthiques différents quand tu es à l'étranger ou dans une situation de conflit et avec lesquels tu n'as pas à composer ici au Canada (...) c'est plus compliqué en combat, et tu dois être préparé à composer avec des tourments intérieurs* » (#13). Dix répondants précisent que le focus de l'institution militaire concerne l'ensemble de l'institution, de l'opération ou du groupe, comme c'est le cas en santé publique ; alors que celui du médecin concerne le patient et ils doivent composer avec ces deux visées (#1,2,3,4,6,7,8,10,12,14). Toutefois, un participant précise que les conflits potentiels engendrés par ce focus différent ne « *sont pas fréquents et n'ont pas de conséquences significatives dans les faits* » (#14). Cette conclusion semble partagée par neuf autres répondants, qui disent spontanément ne pas avoir vécu de conflit entre les deux codes (#5,6,7,9,10,11,12,13,14).

Trois participants (#1,8,13) donnent cependant en exemple, la confidentialité ou le rapportage pouvant être différents dans un contexte militaire, puisqu'il faut penser aux patients mais

également à l'ensemble du groupe. On donne en exemple les discussions avec les supérieurs d'un patient, qui dans le monde militaire, sont qualifiées d'un peu plus « libérales », dans le sens de moins restrictif (#13). D'un autre côté dit le répondant, les congés de maladie dans le civil sont parfois donnés de façon automatique par les médecins. Chez les militaires, les limitations données à un soldat doivent être réfléchies en fonction du soldat lui-même, mais aussi de l'ensemble de son groupe, car il en va de la vie de tous. Un autre (#1) mentionne qu'il existe un règlement interne obligeant les militaires à rapporter toute transgression aux règlements (dans les « Ordonnances et règlements royaux applicables aux Forces canadiennes »). Cela signifie qu'en principe, le médecin en tant qu'officier militaire, aurait le devoir de rapporter, par exemple, le cas de consommation de drogues d'un patient. En tant que médecin, la règle de confidentialité est en contradiction avec le règlement militaire.

D'ailleurs, un participant (#12) explique que ce n'est qu'à la fin des années 1990, suite à des plaintes, que l'institution militaire a accepté et reconnu que les médecins puissent préserver la confidentialité des dossiers de leur patient et que seul le pronostic ou les limitations d'emploi sont maintenant révélés. Le secret médical est aujourd'hui préservé et ce répondant reconnaît qu'il en est mieux ainsi, car selon lui, « *il est suicidaire pour une organisation d'avoir des règles qui font en sorte que les professionnels vont devoir briser leur code de déontologie pour fonctionner* » (#12). Les éléments de rapportage demeurent toutefois plus ambigus car au niveau militaire, les cas où un médecin doit rapporter son patient sont moins clairs qu'au niveau civil, ce qui laisse plus de zones grises ou de flexibilité au médecin (#8).

Une autre incohérence entre les deux codes ayant été soulevée est le principe de « service avant soi », ne pouvant s'appliquer aux médecins qui peuvent en arriver à moins bien accomplir leurs tâches, s'ils s'épuisent. Ainsi, un participant suggère « *qu'en médecine il est convenu que pour être fonctionnel il faut aussi s'occuper de soi, tandis que pour les militaires le principe prioritaire est le « service avant soi ...en médecine c'est reconnu qu'on ne peut pas traiter des patients tout le temps, en s'épuisant et en mettant sa propre santé en péril* » (#8).

Cinq participants (#2,7,12,13,14) mentionnent que ce n'est pas le milieu civil et militaire qui diffèrent, mais plutôt le contexte de conflit, pouvant rendre la prise de décision plus

compliquée. Trois d'entre eux (#7,12,13) croient qu'il faudrait que les médecins soient préparés avant de se rendre en zone de conflit en comparant les codes et en réfléchissant sur leurs différences d'interprétation et d'application. On mentionne également que cela devrait relever du Médecin-chef, de veiller à ce que ces distinctions soient soulevées. Laissé à lui-même, un participant (#6) dit que le choix se fait en fonction de « ce qui fait le moins mal » (la cour martiale ou le Collège des médecins), en spécifiant que le dernier est beaucoup plus coercitif. Huit répondants considèrent aussi que c'est le code d'éthique médical qui doit primer (#1,3,4,7,8,10,12,14) et soulignent qu'ils ont le devoir de refuser un ordre qui contrevient au code médical (#3).

Les règles d'engagement (incluant la matrice d'éligibilité) reviennent aussi lorsqu'il est question de code d'éthique. Ainsi, un participant (#4) mentionne que ces règles l'ont beaucoup plus guidé dans ses choix. Un autre ayant participé aux rotations alors qu'il n'y avait pas de matrice d'éligibilité claire au niveau médical, rapporte qu'il a été question que les médecins puissent intervenir dans les interrogations auprès des détenus (qui n'étaient pas considérés comme des prisonniers de guerre, car le Canada n'était pas officiellement en guerre). Après une consultation auprès du Collège des Médecins, ainsi qu'un avis du gouvernement, la décision a été que « les médecins ne seraient pas impliqués dans les affaires d'interrogation » (Anon).

Préparation et suggestions

Il était demandé aux participants de donner leur opinion, à savoir s'ils avaient été préparés pour affronter les difficultés et les dilemmes rencontrés (Q8), de même que ce qui aurait pu être fait pour les aider (Q15), notamment ce que l'institution pouvait offrir en termes d'outils de formation pour faciliter la réflexion éthique. Par ailleurs, une série de codes sous Nvivo ont permis de faire ressortir les propos des participants sur ces questions notamment « Ethics training » et « Suggestions ».

Préparation

La plupart des répondants ont reçu une formation pré-départ, mais celle-ci était plutôt générale, c'est-à-dire qu'elle était la même pour tous les employés des FAC. Cinq personnes mentionnent que des collègues ont partagé leur expérience sur le terrain de façon plus ou moins formelle, dans une brève présentation lors de formations ou de discussions informelles (#2,6,10,11,14), où ils s'attendaient à certaines situations en particulier (comme aux défis de ressources, par exemple), mais pas à d'autres (#2,11). De plus, des participants mentionnent clairement n'avoir reçu aucune formation pré-départ en éthique (#1,5,7,8,14). D'autres rappellent qu'ils ont reçu une formation en éthique parfois dans leur formation médicale, ou alors militaire (#7,9,12,13). Ainsi, un répondant dit « on a assez dans notre formation médicale que tout cela ne devrait pas être un choc » (#7), alors qu'un autre ajoute « *il y des cours d'éthique dans le militaire et un peu d'éthique à l'école de médecine (...) donc j'ai eu tous les cours d'éthique dont j'avais besoin* » (#8). Un autre considère qu'il n'a pas reçu les outils nécessaires de la part de l'institution et a dû se fier à son propre cadre éthique (#14). Finalement, deux mentionnent que « *cette formation n'était pas spécifique à l'éthique médicale* » (#2,12).

D'ailleurs, sept participants (#1,2,7,9,10,11,12) sont aussi d'avis que l'éthique ne s'enseigne pas « *qu'on est éthique ou on ne l'est pas* » (#11), que si après tant d'années d'expérience on n'est pas éthique c'est peine perdue (#1), ou encore que c'est en vivant les expériences « *qu'on développe sa chaîne de valeurs* » (#12) et qu'il y a suffisamment de formations à l'école de médecine et que « *rien de tout cela ne devrait être surprenant* » (#7). Finalement, qu'à travers les années, « *on a reçu toute la formation éthique dont on avait besoin* » (#9). Plusieurs croient ainsi que rien ne peut préparer à « *la douleur que ça fait* » (#4), « *ni à l'intensité de la situation* » (#10) « *et qu'on peut juste apprendre une fois sur place* » (#2). Il est donc peu surprenant que six répondants considèrent qu'une formation en éthique soit peu utile (#1,2,3,4,11,12).

Pourtant, l'outil le plus fortement recommandé pour aider la réflexion éthique est de favoriser la discussion entre professionnels de la santé (#1,3,5,6,7,8,9,10,12,13,14), que ce soit avant le déploiement, pendant ou après. D'ailleurs, au moins quatre personnes insistent sur

l'importance d'une session de discussion au retour des missions (#5,7,13,14). Deux parlent même d'un sentiment d'abandon au retour et d'avoir eu à vivre avec les décisions prises sans pouvoir en discuter.

Trois répondants suggèrent que le programme de formation en éthique de la DN soit adapté spécifiquement pour les professionnels de la santé (#6,12,14). Aussi, il est proposé d'avoir des discussions autour d'études de cas (#2,6,7,8,10,13,14), pour connaître le rôle des professionnels de la santé et réfléchir sur ses implications (#8) comprendre qu'il y a moins d'indépendance professionnelle (#2) pour partager les expériences., Des cas spécifiques ayant été vécus seraient abordés, afin « *d'orienter la discussion* » (#14) ou de faire « *comprendre le processus décisionnel dans la réflexion éthique* » (#10). L'expérience des professionnels de la santé en Afghanistan, mais aussi dans les Balkans, constituent de bons exemples pouvant servir de base. Il s'agit d'ailleurs d'exemples canadiens, ce qui diffère des outils et des exemples américains, trop souvent récurrents (#1,10,12). D'autres ont insisté sur l'importance que le climat soit ouvert pour faciliter la discussion et que la formation soit animée par un membre sénior des professionnels de la santé, possédant beaucoup d'expérience et qui soit lui-même, respecté pour son éthique (#1,5,13,14). Enfin, il a été mentionné à au moins trois reprises que les plus jeunes avaient encore plus besoin de cet appui (#1,4,14).

En ce qui a trait aux autres recommandations, deux répondants mentionnent qu'il faut bien connaître et comprendre les règles d'engagement (#2,8) ainsi que les lois internationales (#6) et qu'il serait intéressant de consacrer du temps pour comparer les deux codes d'éthique (médical et militaire) et mieux en discuter (#7).

Éléments étonnants ou plus isolés, mais intéressants

Certains éléments n'ayant pas été mentionnés à l'intérieur des différents thèmes précédents méritent d'être relatés en tant que résultats d'analyse des entrevues.

Cinq personnes ont rapporté qu'elles avaient été mal préparées et qu'en conséquence, elles avaient été fortement marquées par leur expérience (#1,5,12,13,14). D'autres ont dit avoir eu

besoin d'un groupe de support pendant leur mission en Afghanistan (#1,4,3,5,13). Des participants ajoutent qu'ils n'ont pas senti la possibilité de s'exprimer craignant d'être perçus comme plaignards par la hiérarchie (#1,5)

Plusieurs (huit répondants) préfèrent parler des autres plutôt que de leurs propres dilemmes ou expériences. On fait ici référence à ceux ayant eu de la difficulté à s'adapter, cela se justifiant le plus souvent par une incapacité d'accepter le monde tel qu'il est : avec la violence, la limite des ressources, les différences entre la vie des Canadiens et celle des Afghans, ou encore par leur nouveau rôle (plus axé sur la santé publique). Il pouvait également s'agir de jeunes sans expérience, ayant du mal à accepter la mort d'un patient (#2,4,7,8,9,10,12,14). Certains critiquent plutôt la motivation des autres et disent qu'ils étaient là pour les connaissances scientifiques (#2 positif, #5 négatif), pour combler un côté « macho », ou pour jouer les guerriers (#1,5,8).

Il y avait parfois des contradictions dans le discours, comme ce répondant disant que son rôle est de soigner tout le monde et non pas de juger la situation. Pourtant, il dit aussi avoir été dans l'obligation de refuser de traiter des gens (qui ne correspondaient pas aux critères d'éligibilité), sans voir cela comme un dilemme (#7).

Enfin, dans deux autres cas, l'entrevue et les questions portant sur l'éthique ont amené les médecins à réfléchir. Un répondant s'est rendu compte en relatant l'interrogation d'un prisonnier pendant la rencontre médicale, que cela brisait la confidentialité entre médecin et patient (#3), alors qu'un d'autre (#11) a carrément avoué que l'entrevue l'avait fait réfléchir. Ces différents éléments viennent confirmer une impression lors des entrevues. Ainsi, malgré les efforts du Programme d'éthique de la Défense (PED) pour instaurer et faciliter un climat éthique au sein du la DN, une culture de silence et de pudeur persiste au sein de l'institution militaire : d'où le recours par les répondants aux groupes de support et à cette tendance de parler des autres plutôt que de soi (surtout sur l'incapacité à s'adapter, à ne pas voir les contradictions dans leur discours et à réaliser la présence de certains dilemmes, seulement au cours l'entrevue). D'ailleurs, ceux qui d'emblée, annonçaient qu'ils n'avaient pas rencontré de dilemmes, semblaient avoir un discours beaucoup moins nuancé, comme pour manifester une

force de caractère. La suggestion de créer des groupes de discussion autour d'études de cas spécifiques vient appuyer nos impressions. Un peu comme si les répondants cherchaient un lieu où il leur serait permis d'échanger sur leur rôle, ainsi que sur les difficultés rencontrées face aux inégalités, aux ressources limitées, aux contraintes opérationnelles, etc.

Synthèse

Les résultats des entrevues illustrent la variété de l'expérience des médecins militaires travaillant dans un contexte de conflit armé. Ce qui ressort principalement concerne : leur conception quant à leur identité et à leur rôle professionnel, les dilemmes identifiés ainsi que les mécanismes de résolution utilisés et finalement leur perception face à l'éthique et à ce qui peut être fait pour l'améliorer. Il est clair que tous les répondants ont été affectés par l'expérience en Afghanistan, parfois positivement en termes d'expérience professionnelles et techniques, parfois plus difficilement en réaction à la souffrance et aux inégalités humaines. Le fait que plusieurs aient eu besoin d'un groupe de support et que d'autres aient avoué ne pas avoir pu s'exprimer de peur d'être jugés, donne l'impression que malgré le PED, d'autres efforts restent à faire pour favoriser le climat éthique que cherche à instaurer la DN dans l'institution.

Identité et rôle professionnels

Malgré les parcours professionnels très variés des répondants, près de la moitié, soit huit participants, se disent avant tout médecin travaillant dans un contexte militaire. Les six autres ne font pas vraiment de distinction ou n'arrivent pas à hiérarchiser les deux professions, s'identifiant simplement comme des « médecins-militaires ». La façon de percevoir cette profession n'est donc pas homogène et se distingue clairement en deux groupes.

Par rapport au rôle du médecin militaire, tous s'entendent pour dire qu'ils sont là pour soigner. Évidemment, le rôle militaire est également très présent, qu'il s'agisse d'appuyer la mission, de maintenir ses habilités militaires ou de comprendre l'organisation. Par contre, tous ne sont pas d'accord avec l'utilisation ou les attentes à l'égard des services médicaux, par le reste de l'institution militaire. On condamne aussi l'attitude du combattant ou du guerrier que se

donnent certains des collègues professionnels de la santé, leur faisant douter de leur réelle motivation, soit celle de soigner ou alors pour l'expérience de la guerre et des gains personnels.

Même si l'organisation est fortement hiérarchisée, les médecins militaires considèrent qu'ils ont une pleine autonomie pour fournir les soins aux patients. La chaîne de commandement n'est donc pas considérée comme contraignante, car comme le rapporte un répondant, un médecin militaire peut même gérer des personnes plus haut gradées que lui, s'il est commandant d'une unité médicale. Lorsque pratiquée au Canada, la médecine militaire des généralistes est valorisée, car il s'agit d'une médecine du travail qui tiendrait compte des besoins du patient dans son ensemble. Pour ce qui est des spécialistes, ils travaillent généralement dans les hôpitaux civils, leur pratique ressemblant donc à celle de tous les autres médecins du Canada.

Selon les répondants, mis à part l'aspect sécurité et maintien des capacités opérationnelles, les défis des médecins dans une opération militaire ou humanitaire sont semblables : la principale difficulté étant la limite des ressources. D'ailleurs, plusieurs mentionnent que les services de santé ont participé aux activités humanitaires en Afghanistan. Les répondants sont d'avis qu'ils n'ont pas à être neutres politiquement, mais seulement dans leur pratique, c'est-à-dire qu'ils doivent accepter de soigner tous les patients de la même façon. C'est un choix social que d'avoir une armée dans un pays et lorsque le gouvernement décide d'aller en guerre, le médecin militaire participe simplement à une décision collective, son rôle consistant d'abord à prendre soin des victimes.

D'après les répondants, la participation de certains professionnels américains de la santé dans des actes de torture ou de maltraitance des détenus, relève d'une différence de valeurs et de structure organisationnelle au sein de l'armée américaine. De ce fait, les Canadiens sont moins à risque d'être impliqués dans de tels dilemmes. Certains ont toutefois proposé qu'il serait préférable d'avoir des directives claires et des arguments forts de la part du Collège des Médecins, afin d'être préparés si jamais ils se retrouvaient dans une telle situation.

Dilemmes et mécanismes de résolution

Il est intéressant de noter que quatre répondants ont dit n'avoir vécu aucun dilemme, alors que deux autres les considèrent comme des dilemmes peu significatifs. Il s'agit donc de près de la moitié des répondants. Malgré tout, les dilemmes qui ressortent abondent dans le même sens que ce que l'on retrouve dans la littérature, avec toutefois certaines distinctions intéressantes. Ainsi, la différence de standards dans le traitement entre les Occidentaux et les Nationaux est rarement discutée à travers la littérature, mais constitue tout de même le défi le plus fréquemment évoqué par les répondants. L'autre élément le plus soulevé concerne quant à lui, les problèmes entourant la limite de ressources.

Une fois de plus, contrairement à la littérature, les dilemmes de triage ne portent pas sur la priorité à accorder aux patients, c'est-à-dire qui soigner en premier, car les règles d'éligibilité des soins ont permis aux médecins de prendre des décisions plus facilement à cet égard, celles-ci relevant d'une personne désignée. Les problèmes de triage proviennent plutôt de l'impossibilité de soigner certaines personnes, comme la population locale, alors qu'à d'autres moments, des enfants étaient acceptés pour « gagner le cœur et les esprits » ou pour des raisons politiques. L'autre dilemme en ce qui a trait au triage est dû à la pression ressentie pour renvoyer rapidement les Afghans dans leur système local de santé, afin de libérer les lits (triage de sortie et non d'entrée), ainsi que limiter l'utilisation des ressources pour assurer une disponibilité aux forces de la coalition.

Par contre, tel qu'il est mentionné dans la littérature sur les médecins militaires, plusieurs ont mentionné avoir éprouvé des difficultés dans leur relation avec d'autres membres de leur profession, mais surtout avec ceux de l'armée canadienne ou alliée. Ainsi, ils se sont parfois sentis pris entre les besoins des patients et les besoins institutionnels ou opérationnels. Le dilemme qui semble être le plus important à ce niveau est la confidentialité qui, selon les répondants, serait plus difficile à gérer dans le contexte militaire. La question de confidentialité a été évoquée en lien avec la comparaison entre le code d'éthique militaire et médicale. Dix répondants considèrent qu'il n'y a pas de conflit entre les deux codes et que seul le focus est différent, puisqu'il s'agit dans un cas des besoins du patient et dans l'autre, des besoins de l'institution. Toutefois, en réfléchissant à cette question, certains ont mentionné

que la confidentialité est plus difficile à gérer car comme militaires, ils doivent rapporter toute transgression et penser au succès des opérations, tandis que comme médecins ils doivent préserver avant tout la confidentialité du patient.

Pour résoudre les conflits rencontrés, les moyens les plus utilisés sont la décision de groupe et l'utilisation de son propre jugement (trois personnes mentionnent même avoir leur propre code d'éthique). Les règles d'éligibilité et le travail d'équipe ont constitué les principaux outils de prise de décision. Toutefois, peu de répondants ont été en mesure d'identifier clairement les valeurs utilisées dans leur prise de décision. Des attributs, des valeurs (respect de l'autonomie et du patient, compassion, intégrité, honnêteté, etc.) et des principes (être réaliste face à la situation, ne pas porter de jugement, avoir confiance en soi, etc.) étaient présentés sans distinction. Il est à noter que les codes d'éthique ne sont pas mentionnés en référence aux outils utilisés pour résoudre ces types de défis.

La moitié des répondants (7) ont également tendance à croire qu'une personne est éthique ou qu'elle ne l'est pas et que l'éthique ne s'enseigne pas. Pour plusieurs, ce sont l'expérience et la formation médicale qui les ont préparés à faire face aux situations sur le terrain. Ainsi, la préparation au plan éthique n'était pas nécessaire selon eux. Pourtant, les répondants suggèrent de favoriser les discussions entre professionnels de la santé, afin d'aider la réflexion éthique avant, pendant et après le déploiement. L'étude de cas pour partager les expériences et orienter les discussions est fortement suggérée pour une éthique axée sur la médecine militaire. D'autres ajoutent qu'il serait important de bien connaître les lois internationales et de comprendre les distinctions entre le code d'éthique militaire et médicale. Il y a donc une certaine contradiction dans les réponses au niveau des suggestions, car d'une part on dit que l'éthique ne s'enseigne pas et de l'autre on suggère des études de cas et des discussions : comme si les répondants ne voyaient pas qu'il s'agit là d'outils de formation en éthique.

CHAPITRE 5 : ANALYSE DES RÉSULTATS

Introduction

Les résultats décrits au chapitre précédent présentent une expérience diversifiée des médecins militaires, tant au plan professionnel, qu'individuel et éthique. Plusieurs des résultats pourraient faire l'objet d'une analyse approfondie, notamment avec la perception de leur rôle au sein de la structure militaire et dans les missions, leur conception des codes d'éthique, ou leur point de vue sur la formation en éthique. Toutefois, nous nous limitons à deux angles de réflexion qui nous apparaissent essentiels et auxquels nous avons choisi de porter une attention particulière. Le premier angle d'analyse porte sur l'objet même de la présente recherche, qui est de vérifier quels sont les défis éthiques rencontrés par les médecins militaires canadiens (dans le cadre de la mission en Afghanistan) et si ces dilemmes sont les mêmes que ceux relevés dans la littérature récente en bioéthique, surtout dans le champ spécifique de l'éthique de la médecine militaire. Le deuxième élément d'analyse qui émerge de l'étude et porte sur l'identité professionnelle des répondants, c'est-à-dire s'ils priorisent ou non l'une des deux professions, médicale ou militaire.

Pour des fins d'analyse des défis éthiques, nous comparons dans un premier temps, le narratif des médecins militaires canadiens lors des entrevues avec les différents défis soulevés, dans la revue de littérature sur l'éthique de la médecine militaire effectuée au premier chapitre. Ainsi nous vérifions, tel que le proposent Sidel et Levy (2003a), si les médecins militaires sont contraints de subordonner les principes bioéthiques classiques (d'autonomie, de bienfaisance, de non malveillance et de justice), dans le soin des patients au profit des besoins militaires. Ensuite, nous examinons si ces derniers considèrent que leurs devoirs professionnels en tant que médecin et militaire divergent et engendrent des défis éthiques, telle que le suggère la littérature sur la double loyauté professionnelle (London, 2005; London et al., 2006; Singh, 2003; Allhoff, 2008; Weisfeld et al., 2008;), ainsi que sur les conflits de rôle (Bloche, 1999; Bloche et Marks, 2005). Enfin, nous étudions le point de vue des participants concernant la participation des médecins aux conflits, de même que sur la nature neutre et pacifique de la médecine (Gross, 2008b; Sidel et Levy, 2003b; Santa Barbara, 2005).

En deuxième lieu, nous explorons l'identité professionnelle, c'est-à-dire, à quelle des deux professions (médecin ou militaire) les répondants s'identifient en priorité. Deux groupes distincts émergent des entrevues : un premier se perçoit comme médecin avant tout; alors que l'autre groupe se perçoit comme médecin militaire, les deux professions étant pour eux, indissociables. Une analyse plus poussée démontre que ceux-ci se distinguent également sur d'autres dimensions discutées au cours de l'entrevue, notamment sur la sensibilité face aux dilemmes éthiques et sur les mécanismes de résolution des conflits favorisés. En fait, l'analyse des résultats nous amène à faire d'importantes distinctions et précisions. Tout d'abord, les résultats démontrent que les médecins militaires ne forment pas un groupe homogène. Il existe de fait, des différences, tant au niveau de la profession de la médecine militaire elle-même, que du contexte, ce qui est rarement souligné dans la littérature en éthique médicale, qui porte surtout sur la réalité américaine. Ainsi, des distinctions s'imposent entre les médecins eux-mêmes, dans la conception qu'ils se font de la profession, la perception de leur rôle, tout autant que dans les contextes de travail (par exemple en zone de conflit ou en contexte de paix) et finalement, selon le type de pratique (par exemple, chirurgie ou médecine générale/familiale).

La littérature sur la médecine dans des contextes humanitaires (Tobin, 2005; Schwartz et al., 2010; Hunt et al., 2012) ainsi qu'en éthique organisationnelle (Treviño, 1986; Brown et al., 2005) et en psychosociologie (Tajfel et Turner, 1979; Blasi, 1980, 1993; Rest, 1994; Bandura, 1999; Haidt, 2001), nous permet de comprendre certains de ces résultats. Par exemple, les dilemmes vécus et exprimés face aux iniquités de santé entre soldats de la coalition et soldats afghans lors des entrevues, sont mentionnés et analysés dans la littérature sur la médecine dans les contextes humanitaires. De même, les études sur l'éthique dans les organisations démontrent que le comportement éthique (ou non), dépend de variables individuelles, contextuelles et situationnelles (Treviño, 1986). Par ailleurs, depuis plus de vingt ans, des recherches en psychosociologie tendent à démontrer qu'il existe un lien entre l'identité et les jugements, ainsi que l'action morale (Blasi, 2004; Aquino et Reed, 2002; Weaver, 2006), concepts qui ne sont pas non plus abordés dans la littérature traditionnelle sur la médecine militaire. En effet, les études sur l'éthique de la médecine militaire ont surtout porté sur les éléments organisationnels (nécessité militaire) et professionnels (double loyauté) et très peu

sur les aspects individuels (d'identité). Pourtant, une recherche empirique en psychologie auprès de professionnels paramédicaux dans l'armée américaine, démontre que l'une des deux identités professionnelles (soldat ou professionnel de la santé) peut facilement être stimulée et activée pour qu'elle ait une influence significative sur le jugement moral des individus (Leavitt et al., 2014).

Évidemment, compte tenu du petit échantillonnage (n=14) de la présente recherche, les résultats des entrevues ne peuvent être généralisés. Il n'en demeure pas moins qu'ils nous inspirent au niveau théorique en faisant ressortir le caractère multidimensionnel de la médecine militaire ainsi qu'au plan pratique en nous permettant de suggérer des pistes de solution afin de faciliter la réflexion éthique des médecins militaires.

Il est à noter que dans le présent chapitre, nous avons encore pris les mesures afin d'assurer la confidentialité des répondants. Par contre, nous avons laissé certains extraits des entrevues dans leur langue originale, lorsqu'il s'agit de passages plus longs et qui auraient perdu en qualité lors de la traduction. Toutefois, dans ces cas, les passages sont regroupés, tout comme les références des participants, ce qui empêche de pouvoir associer un passage à un répondant spécifique. Si un seul verbatim est présenté, il l'est en français (traduit ou non), de façon à ne pouvoir identifier les participants par la variable de la langue.

Les dilemmes éthiques vécus par les médecins militaires canadiens : des nuances s'imposent

Le discours des médecins militaires canadiens concorde en partie, seulement avec la littérature contemporaine sur l'éthique de la médecine militaire. En effet, contrairement à la littérature – plutôt dominée par des analyses du contexte américain – les dilemmes discutés par les répondants dans le cadre de la présente étude, ne proviennent pas majoritairement de la pression exercée par l'institution militaire (afin qu'ils aillent à l'encontre des besoins des patients ou des principes bioéthiques). Il ne s'agit pas non plus principalement d'un problème d'incompatibilité professionnelle (double loyauté), ni même d'un problème moral (comme participer à une activité comprenant de faire du tort à d'autres, la guerre étant par définition,

violente). Certains des dilemmes soulevés dans la littérature (par exemple au niveau de la confidentialité, du consentement, de la certification pour le retour au combat, ou le triage) sont mentionnés dans les entrevues, mais ne sont ni aussi fréquents, ni aussi intenses que ce qui est généralement décrits par les auteurs américains (Sidel et Levy, 2003; Annas, 2008; Wynia, 2007; Howe, 2003a). À l'inverse, le dilemme le plus souvent discuté lors des entrevues, soit l'iniquité de santé entre les soldats nationaux et internationaux, est rarement identifié dans la littérature en médecine militaire, mais est celui le plus souvent évoqué dans nos entrevues. L'expérience éthique provenant des histoires racontées par les médecins militaires canadiens peut nous guider, nous l'espérons, vers des propositions plus concrètes pour faciliter la réflexion éthique de ce groupe de médecins et de professionnels de la santé, qui sont aussi membres des Forces canadiennes.

Pression de la part de l'institution envers l'application des principes bioéthiques dans la provision des soins

De toute évidence, les médecins militaires réalisent qu'ils doivent composer à la fois avec les besoins des patients, ainsi qu'avec les besoins institutionnels. Sur cet aspect, les répondants se sont comparés aux médecins dans les prisons (#1), à ceux travaillant pour des compagnies d'assurance (#2), ou encore aux médecins de santé publique (#6,12). Les médecins militaires ayant participé à notre étude considèrent qu'il s'agit d'une réalité qui n'a rien d'exceptionnelle. Ils sont tout à fait conscients de ce défi et ne semblent pas y voir un problème de pression institutionnelle, mais bien d'un problème provenant de la réalité d'une situation dans laquelle le bien commun a également son importance. L'un des répondants l'a exprimé ainsi : « *le choix est fait dès qu'on s'enrôle dans l'armée. On a choisi aussi l'intérêt collectif* » (#4).

Certaines pressions de la part de collègues ou de l'organisation sont toutefois ressenties, comme dans le cas d'un médecin généraliste, alors que des soldats étaient en instance d'être rapatriés au Canada. Le répondant a expliqué que tant que le soldat n'obtient pas l'autorisation de rapatriement, son unité ne peut le remplacer. Les commandants devenaient donc impatients et pouvaient exercer des pressions sur le médecin, afin d'accélérer la bureaucratie ou pour effectuer le diagnostic. Cette pression pour évaluer un soldat et déterminer sa capacité de

retour au combat est souvent discutée dans la littérature, celle-ci comme étant un enjeu éthique important (Sidel et Levy, 2003a; Beam et Howe, 2003; Gross, 2006; Annas, 2008). Par contre, cette pression n'a pas été vécue comme un dilemme éthique, mais plutôt comme une difficulté de terrain et provenant du contexte, les médecins sachant qu'ils devaient y résister. Ainsi, la pression est psychologique et non pas à l'intérieur d'un rapport d'autorité (donc structurelle) comme elle est généralement décrite dans la littérature.

Confidentialité

L'un des problèmes particuliers évoqués dans les entrevues et qui correspond à la littérature sur l'éthique de la médecine militaire, a trait à la confidentialité (Wynia, 2007; Miles, 2009; Gross, 2006; Sidel et Levy, 2003a). Certains médecins ont rapporté que la ligne est plus difficile à tracer dans un contexte de médecine du travail, car les règles de conduite sont moins claires que dans le civil, où les cas de dénonciation sont établis par la loi (maladies à déclaration obligatoire, abus d'enfant, etc.). Comme l'explique l'un des participants :

« (...) la personne peut avoir un problème de consommation de drogue ou d'alcool ou un problème personnel qui peut avoir un impact sur sa capacité de faire son travail et on peut être mis dans une position dans laquelle on reçoit de la pression pour donner de l'information et donc on doit balancer notre obligation comme officier avec notre obligation de préserver la confidentialité. Oui il y a des directives légales (...) mais y a des cas qui tombent dans une zone grise. » (#7)

Dans le contexte militaire, le médecin doit jongler avec ce qu'il croit pertinent de révéler comme information, ceci afin de protéger les patients et ne pas nuire à l'institution. Le cas des médecins qui recommandent les rapatriements ou les limitations de service est un bon exemple, car ils doivent justifier leur décision tout en préservant la confidentialité du patient : *« (...) Nous tout ce qu'on peut donner au commandant d'unité c'est des restrictions, je ne peux pas leur dire le diagnostic » (#3).*

La présence de policiers militaires auprès des prisonniers afghans pendant le diagnostic médical, a également été mentionnée à deux reprises comme étant un problème potentiel de confidentialité :

« La question c'était quand un patient qui arrive puis que c'est un détenu ou un supposément détenu, est-ce qu'on doit laisser les gens l'interroger à l'hôpital? Moi, ma réponse c'était non parce que d'abord on va le stabiliser, une fois qu'il sera sorti de l'hôpital vous ferez ce que vous en voudrez parce que là je n'ai plus aucun contrôle mais tu sais... que la police vienne l'interroger pour poser des questions surtout quand c'est frais comme ça, ça fait que là tu as un dilemme. Tu as le dilemme : tu as la santé du patient et puis tu as la sécurité nationale. Peut-être que lui il détient l'information qu'il va y avoir une attaque peut-être à 11h à soir qu'on doit être au courant, tu sais. Tu es pris dans cette situation-là. » (#6)

La présence d'un interprète lors des diagnostics soulève le même problème, mais est justifiée pour pouvoir parler au patient. Dans un autre ordre d'idées, mais toujours en lien avec la confidentialité, un répondant a déploré qu'un des médecins se soit « servi » de son expérience pour écrire et publier un livre, brisant ainsi le principe de confidentialité des patients au profit de ses intérêts personnels. Les résultats démontrent ainsi que la confidentialité constitue un élément pouvant causer des défis éthiques aux médecins militaires, et donc qu'il y aurait certainement intérêt à ce que cette obligation éthique soit mieux analysée et comprise dans le contexte de la médecine militaire.

Consentement

Malgré les difficultés liées au contexte, quelques médecins ont rapporté fièrement avoir travaillé dans le respect de leurs patients, autant au niveau de leur autonomie que de leur consentement. Ainsi, dans le cas d'un policier afghan, les décisions de traitement ont eu lieu en respect des principes bioéthiques, avec l'implication du patient et des membres de sa famille, ainsi que de la communauté.

« Comment on prend la décision de continuer à investir des ressources, émotives et autres pour s'occuper d'un patient quand on sait quel sera le résultat final ? Dans un cas comme ça ce qu'on faisait c'était de rassembler les officiers médicaux, chirurgiens et autres, les infirmières, le padre (...) pour prendre la décision et on allait même chercher l'opinion locale du mollah pour connaître les croyances locales et ce qu'ils feraient dans une telle situation.

Après cela, nous pouvions convoquer la famille et le mollah pour décider quoi faire (si le patient devait être réanimé ou non). » (#10)

Par contre, dans le cas des patients canadiens, le but des soins à l'hôpital de Kandahar était de les stabiliser et non de les guérir. Les soins donnés étaient donc limités, afin de leur permettre de voyager et d'être ensuite pris en charge en Allemagne. L'évacuation des soldats canadiens et de la coalition se faisait dans un délai de 24 heures (Tien et al., 2006). Le potentiel de dilemmes en lien avec le respect de l'autonomie et le consentement de ces patients est moins important, puisqu'il s'agit en grande partie de cas de traumatologie et de courts laps de temps passé par le patient à l'hôpital de Kandahar. En effet, un répondant a tout de même questionné ce qu'il considère avoir été comme de l'acharnement sur un soldat canadien, ayant survécu mais avec une qualité de vie qu'il jugeait minimale « *peut-être que cette personne aurait dû être autorisée à mourir* » (#8). Évidemment, le choix de le sauver malgré des séquelles prévisibles a été fait sans le consentement du soldat.

En ce qui concerne la pression exercée par l'institution, deux précisions s'imposent par rapport à ce qui se trouve dans la littérature : elle est peu ressentie par les médecins militaires canadiens et lorsqu'elle l'est, ce serait principalement par les généralistes. Ainsi, la pression de la part de l'institution pour des raisons de nécessité militaire (Sidel et Levy, 2003a; Gross, 2006), n'est pas rapportée par les répondants ou du moins, n'est pas vécue comme telle. Au contraire, ils reconnaissent devoir composer à la fois avec les besoins des patients et ceux de l'institution, ce qui ferait partie d'ailleurs de leurs responsabilités. Ils sont également conscients disent-ils, qu'en aucun cas, une autorité puisse les faire dévier de leur devoir médical envers un patient. Cette pression peut exister mais est décrite comme un irritant. Deuxièmement, le médecin généraliste ressent une pression très différente de celle des médecins et chirurgiens en traumatologie, qui eux doivent plutôt faire face à la limite des ressources (disponibilité des lits et des équipements médicaux). Par conséquent, le potentiel de dilemmes n'est pas le même selon le type de pratique médicale exercée. À notre connaissance, cette distinction entre le type de pratique n'est pas discutée dans la littérature sur l'éthique de la médecine militaire.

Bref, dans l'ensemble, les résultats ne semblent pas démontrer qu'il existe de nombreuses situations dans lesquelles les médecins militaires sont contraints par l'institution de détourner les principes bioéthiques (ou aller à l'encontre de leurs codes de déontologie médicale), dans leur pratique. Par rapport aux autres médecins militaires, les médecins généralistes ont toutefois plus de chance d'être aux prises avec des défis de confidentialité, tant en mission que dans leur pratique au Canada.

Double loyauté professionnelle (conflits de devoirs et de normes éthiques)

Selon les entrevues, les difficultés rencontrées par les médecins militaires ne proviennent pas nécessairement d'un problème de double loyauté professionnelle, ce qui est particulièrement intéressant étant donné les nombreux articles sur ce concept (London, 2005; London et al., 2006; Singh, 2003; Weisfeld et al., 2008; Allhoff, 2008; International Dual Loyalty Working Group, 2008). D'ailleurs, rappelons que six répondants sont totalement en désaccord avec l'idée qu'il soit difficile de réconcilier les deux professions. Un répondant remarque d'ailleurs que : « *La plupart était conscient qu'en théâtre d'opération ils devaient prendre en considération le succès de la mission* » (#4) et un autre ajoute « *C'est un peu comme nos confrères civils qui font de la médecine, de la santé publique (...) Et donc qui ont une vision plus globale de la santé des populations versus la vision très ciblée du patient qui est juste devant eux* » (#6). Les répondants sont donc conscients qu'ils doivent composer avec la réalité de leur contexte de travail. Un répondant l'exprime ainsi : « *Alors pour un nouveau clinicien qui évalue la médecine seulement du point de vue du patient assis devant lui, ce qui est, je crois, une vue très limitée et restreinte de la médecine, oui il pouvait y avoir des défis* » (#10).

D'après les répondants, leur rôle est de donner accès à des soins de qualité aux soldats canadiens. En effet, la mission des SSCF est de « promouvoir la protection de la santé et offrir des soins de qualité aux Forces canadiennes » (SSCF, 2003). Comme le rapporte Gross (2008a): « *The goal of military medicine is to preserve a nation's military capability. Sound medical practice accomplishes this by protecting soldiers from disease, instilling proper hygiene, and evacuating and treating the wounded* » (p.155). Ce sont les mêmes propos tenus par les répondants, qui décrivent le rôle du médecin militaire comme étant d'assurer des soins

et d'être disponible, principalement pour les soldats canadiens : pour leur santé, leur bien-être et leur protection au niveau médical. En ce sens, ils ne perçoivent pas de conflit entre les besoins institutionnels et les besoins de leur patient. Bien au contraire, pour eux, les soins donnés aux soldats canadiens vont dans le sens de la mission canadienne en Afghanistan. Les mêmes objectifs sont visés, soit de préserver la force de combat et d'assurer le succès de la mission. Un répondant explique ainsi le lien entre les services de santé et le déroulement de la mission :

« (...) Il doit y avoir des lits disponibles à l'hôpital car personne ne veut voir le service des soins intensifs remplis parce que cela affecte la capacité du soldat de bien faire son travail sur le terrain s'il pense que l'hôpital qui pourrait le soigner est rempli (...) il y a un paramédical qui a nous a même déjà appelé en disant "Je constate que les soins intensifs sont remplis, qu'est-ce qui se passe ? Ils étaient sur le point de ne pas faire... d'annuler une mission, une attaque ou quelque chose du genre, parce que l'hôpital n'avait pas de disponibilité. » (#5)

Par conséquent, il était clair pour les médecins militaires que l'hôpital avait été mis en place pour les besoins de la mission et non en tant qu'hôpital régional. La plupart aurait voulu être en mesure de fournir plus de soins à la population, mais a accepté les règles d'éligibilité (*Medical Rules of Eligibility*, MROE; Hartenstein, 2008). D'ailleurs, ces règles semblent avoir facilité les décisions et les problèmes éthiques au niveau du triage, car elles sont devenues l'outil de référence. Ce qui peut être questionné, toutefois, est l'importance relative de cet outil dans les décisions éthiques. Autant les règles d'éligibilité peuvent offrir un cadre de référence, autant ce même cadre peut devenir limité s'il est le seul argument utilisé dans la réflexion éthique. De plus, il faut se demander qui interprète ces règles d'éligibilité et jusqu'à quel point elles respectent l'éthique médicale (Olsthoorn et Bollen, 2013).

Encore une fois, ce sont surtout les médecins généralistes qui vivent le plus de questionnements dans la pratique de la médecine militaire. Par exemple, lorsque le médecin doit renvoyer un patient au combat ou évaluer sa capacité à entreprendre une mission, il doit composer à la fois avec les besoins du patient et les besoins tactiques et opérationnels. Les médecins ne l'ont pas exprimé comme étant un dilemme éthique, mais plutôt comme une lourde responsabilité à porter. Ainsi :

« Si je dis au gars : tu es « fit » pour retourner, puis qu'il saute une mine ou qu'il n'est pas vraiment prêt, ça fait qu'il ne réagit pas comme il faut, puis

qu'il met sa section en danger ? Parce qu'il y en a qui voulait retourner, mais c'est moi qui ne voulais pas. »

« Et j'ai été chanceuse car personne que j'ai renvoyé au combat est mort, alors j'ai juste été chanceuse de ce côté-là » et « C'est arrivé que j'ai gardé du monde sur le camp, par exemple, puis que d'autres sont allés à leur place, puis qu'eux autres se sont fait tuer. (...) j'ai beaucoup de patients à qui c'est arrivé, hey! doc tu m'as gardé ici, puis regarde mon chum s'est fait tirer ».

« Je crois que c'est plus difficile pour les médecins de famille qui ont à gérer, à savoir la relation(...) Où est-ce qu'il y a des conflits, c'est beaucoup plus quand... à savoir si on doit protéger notre patient versus aider l'institution (...) C'est souvent plus dans des situations de douleurs chroniques, de lésions professionnelles, ça, ça va plus dans ces choses-là en tant que tel, puis ça, c'est plus les médecins de famille.... »

« Mais la personne qui n'est pas obligée de faire ma job (chirurgien) qui est à l'autre bout, bon ton genou va bien pi tes trous de balles sont bouchées maintenant faut qu'on te renvoie à la guerre. Cette personne a une responsabilité énorme qui doit la tirailler beaucoup plus... » (#2,3,4,7).

Ces verbatim démontrent l'état d'esprit des répondants, mais également la distinction qui s'impose entre un dilemme éthique et les conséquences d'une décision pouvant causer une certaine détresse ou une douleur morale. Même certains spécialistes ont reconnu que dans l'armée, les médecins généralistes avaient de plus lourdes décisions à prendre à l'égard de leur patient et donc qu'ils sont plus susceptibles à devoir composer avec l'intérêt opérationnel donc militaire.

Triage

Certains répondants mentionnent qu'ils n'ont jamais eu à refuser la prise en charge d'un patient (#2,10). Quoique les décisions concernant des patients déclarés « impossibles à sauver » aient parfois été remises en question, aucun des répondants n'a mentionné le triage au sens traditionnel du terme (c'est-à-dire, le fait de choisir entre différents patients – afghans, canadiens, alliés ou prisonniers – pour établir la priorité des soins à donner), comme étant un dilemme. Un répondant a tout de même raconté un cas où les soldats canadiens ont fait fi des consignes d'un médecin, en évacuant l'un de leurs collègues avant un soldat afghan qui était plus blessé.

« Moi ça ne m'est pas arrivé. C'est arrivé à une de mes collègues. ...Elle avait un Afghan – on pensait que c'était un taliban – il était plus malade que le canadien, elle l'a coté priorité 1. Puis elle a dit : ...j'appelle l'hélico, il y en a 2 qui s'en viennent. Le premier s'en vient pour l'Afghan deuxième pour le Canadien. Mais là elle est retournée travailler... puis ... c'est les soldats canadiens qui s'occupaient de transporter les patients (...) puis eux ils ont mis le Canadien dans l'hélicoptère même si elle (le médecin) avait dit vous mettez l'Afghan dans l'hélico, ils ont mis le Canadien dans l'hélico. » (#3)

Il s'agit du seul cas de ce genre qui nous a été relaté car de façon générale, les répondants ont répété que la règle de triage était de soigner les cas les plus graves en premier. Ce qui est de fait, recommandé par l'article 12 de la Convention de Genève (1949), alors que d'autres auteurs croient plutôt que la tendance dans le triage est de donner des soins aux soldats moins blessés, afin de les renvoyer au combat ou encore de donner priorité à ses propres troupes (Gross, 2006; Howe, 2003b; Beam et Howe, 2003; Repine et al., 2005). D'autres auteurs doutent par contre, que le triage pour le retour au combat soit réellement effectué depuis la Deuxième Guerre mondiale (Kipnis, 2007; Howe, 2003b). Dans le cadre de la présente étude, nous n'avons obtenu aucun commentaire de la part des répondants, abondant dans le sens d'une autre forme de triage que celle basée sur la sévérité des blessures. Les difficultés de triage qui ont été relatées se situent à un autre niveau, c'est-à-dire pour les patients afghans qui devaient être évalués en fonction du contexte afghan et rapidement transférés, compte tenu des ressources limitées. La décision de transférer un patient afghan ne se basait pas toujours strictement sur ses besoins, mais également en fonction des limites des ressources.

Limite des ressources et transfert des patients nationaux

Contrairement à la littérature sur l'éthique médicale militaire, le dilemme le plus fréquemment évoqué par les médecins militaires canadiens, n'est pas en lien avec la double loyauté professionnelle, mais plutôt en rapport avec la limite des ressources et le contexte structurel en Afghanistan (qui imposaient des décisions médicales très difficiles). C'est d'ailleurs dans un contexte de ressources limitées que les répondants ont déploré des interventions comme les caravanes médicales dans les villages afghans pour « gagner les cœurs et les esprits », qui selon eux étaient une mauvaise utilisation des ressources. Car si les ressources le permettaient, les médecins étaient prêts à soigner la population locale et d'ailleurs, plusieurs ont eu

l'occasion de le faire, surtout au début de la mission canadienne en Afghanistan de 2006. Par la suite, le nombre de blessés était trop important et fréquent et les ressources trop limitées, c'est pourquoi des règles médicales d'éligibilité ont été établies. Les critères pour les blessés afghans étaient différents que ceux pour les blessés de la coalition même si en principe, les soldats afghans étaient considérés comme faisant partie de la coalition. Les patients afghans étaient évalués en fonction de leur chance de survie dans le contexte afghan et ils devaient être transférés le plus rapidement possible dans le système de santé local (militaire ou civil). Parmi les patients afghans, les soldats étaient favorisés par rapport à la population locale, puisque les ressources militaires en santé étaient plus importantes que pour les civils. Ces différences de standards dans les soins, pourtant clairement établies dans les règles d'éligibilité, ont été vécues difficilement par plusieurs répondants.

Le principe de justice a donc été celui qui a entraîné le plus de difficultés éthiques pour les répondants. Ainsi, le fait de devoir transférer les patients vers le système local que l'on savait déficient à tous les niveaux, a été vécu comme un réel défi éthique par les répondants (qui devaient appliquer des critères différents de potentiel de survie, sans pouvoir fournir les meilleurs soins aux patients afghans). Plusieurs témoignages reflètent ces préoccupations :

Devoir transférer les patients afghans vers le système local :

« Of course with our Afghans, we do not evacuate them out of the country. So, they have to be even more stable than our coalition casualties are. Despite my requests that the CO [commanding officer] of the American hospital, he wanted to release our Canadian detainee... Well, he was Afghan actually, to the local Afghan military hospital, which was the best Afghan care that they could received, but in my view not the best care he could receive. While he was in the Afghan hospital, he deteriorated and I was concerned about his health, and I moved him to the Role One clinic in Kandahar airfield. And the reason being that we had Canadian nurses, we had Canadian doctors out there who could keep an eye on them. We could make sure that he received an appropriate nutrition, that he wasn't going to get an infection, that he was going to be monitored very closely by Canadians. Because it's just a matter of fact that the Afghan system is nowhere near as robust as the Canadian system is, even if it's considered a hospital. »

« Mais les médecins là-bas, ils font n'importe quoi (...) c'est terrible, les patients m'arrivaient avec des pilules. Ils avaient eu zéro diagnostic, zéro

examen, rien, pas de prise de sang, rien. (...) le docteur voyait ça, puis il disait bien oui, là je suis supposé de le retourner au boucher qui a fait ça parce qu'il ne correspond pas aux critères canadiens ? »

« ... I forget the name of the civilian hospital, where we were always told that after we finish caring for the patients, and if they needed convalescence, they would go to the civilian hospital and we were always told stuff, first of all if we gave them medication, the doctors would steal the medications, other doctors and nurses, and then sell it, or they wouldn't be given it, they need family to take care of them. They would barely be fed, they don't even have oxygen at this hospital... »

Appliquer des critères de potentiel de survie différents aux patients afghans:

« Un exemple, je pense le plus classique, ça serait les brûlés, quelqu'un qui est brûlé au-dessus de 40% de brûlures, c'est démontré, on le sait que ça a 0% de chance de survie dans un pays comme en Afghanistan ou en Irak tout ça. Donc c'est des patients qui sont placés dans la catégorie de soins palliatifs à la présentation versus quelqu'un ici, on continuerait en sachant que ça serait des mois et des mois à l'hôpital, au centre des grands brûlés, des greffes de peau, des chances d'infection, une réadaptation qui est longue, sauf qu'on les sauve ces gens-là ici. »

« ... I think the surgeons and anesthetists and medical internist in dealing with Afghan nationals had a great deal of difficulty because they're used to practice in Canada and now practicing in a third world country with severe limitations, a lot to be expected for follow up care for their patients, there were some patients that they would have to let die that in Canada would live. »

Ne pas pouvoir donner les meilleurs soins aux patients afghans à cause du contexte :

« Il faut aussi penser que l'Afghan il faut qu'il retourne un moment donné alors est-ce que tu vas faire telle chirurgie ou telle chirurgie (...) oui tu lui as sauvé la jambe, oui tu lui as mis telle affaire puis il a plein de vie quelles sont les chances que ça s'infecte, puis il va aller où si ça s'infecte? »

« In very austere environments, local civilians can have their arms and legs blown off. There is no rehabilitation in the Third World environment and if many don't have arms or legs to work to feed and to take care of themselves, they will die. So again, you can resuscitate them, but ultimately if they have very devastating injuries, the end state will be a patient who can't take care of themselves and then will die. You know, individuals in Canada with severe brain injuries will have prolonged hospitalizations followed by significant recoveries. In an austere environment, there is no brain rehabilitation and if their mental state is not normal, they're going to die. »

« Medical wise the biggest challenges, of course is the lack of medical facilities. The lack of an ability to um...you know, care for people in the same manner that you could here. So, somebody had a head injury, there wasn't a head injury place that they could go to for rehab. We knew that they would probably die, so medically the question is kind of easy. »

(#1,2,3,5,8,13,14 ne sont pas présentés dans l'ordre, ceci pour préserver l'anonymat).

Dans le dernier verbatim, on comprend le malaise ressenti par le répondant dans la formulation même du problème. En effet, il y a contradiction entre le début et la fin de son idée. Le répondant commence en parlant de « la plus grande difficulté médicale » et termine en disant que « médicalement la décision était assez facile ». Cette rationalisation est assez fréquente chez les répondants et illustre l'émotion et la difficulté, d'après nous, à accepter cette différence de standards de traitement pour les Afghans. L'un des moyens pour gérer cette émotion a été de rationaliser la situation, surtout à l'aide des règles d'éligibilité. Toutefois, la souffrance reste probablement entière.

La pression pour un transfert rapide des soldats afghans vers le système de santé local peut être interprétée comme étant une pression exercée par l'institution militaire. Mais à la base, le problème provient de la différence de standards de soins de santé, inhérente entre les pays riches et moins riches, ainsi que des limites de ressources disponibles sur le terrain. Un médecin ayant insisté pour garder un patient afghan plus longtemps (afin de surveiller son état) et, qui était appuyé dans cette décision par l'équipe médicale en place, dit avoir été critiqué par la centrale au Canada, croyant même que ce geste lui ait causé des problèmes dans sa carrière. Cet incident fait ressortir deux éléments importants. Tout d'abord, le soutien de l'équipe médicale sur place, qui démontre que la préoccupation première portait sur les patients. Ensuite, la distinction à faire entre les officiers médicaux, soit ceux qui sont sur place et ceux qui sont au Canada, semble donner priorité aux considérations administratives ou plus générales (limite des ressources). Un répondant l'exprime ainsi :

« Plus on est proche de la première ligne donc plus on donne des soins à des patients de façon directe, plus ce conflit-là est évident, plus par contre on monte dans les échelons qu'on devient plus des fonctionnaires ou des leaders de soin de santé, mais qu'on ne donne pas de soins directement aux patients, le conflit est moins grand parce qu'on n'a plus la même visée...pour essayer de

faire le mieux pour le plus grand nombre possible et non de dire ou de faire le mieux pour le patient qui devant moi cliniquement, en fait la perspective change de par notre type d'emploi... » (#12).

En plus des transferts vers le système local, les décisions « de vie ou de mort » concernant des patients afghans (parce que leur niveau de brûlure ou le type de traumatisme, par exemple crânien, les « condamnaient » dans le contexte afghan), ont été difficiles, comme en font foi certains des verbatim ci-haut. Les répondants l'expriment plus comme une différence dans les standards de traitement entre Canadiens et Afghans, et le ressentent comme une injustice.

En fait, les principaux défis éthiques évoqués par les médecins militaires dans le cadre des entrevues, sont similaires à ceux exprimés par les professionnels de la santé (y compris des médecins) travaillant dans des contextes humanitaires. En effet, une étude effectuée auprès de professionnels de la santé œuvrant dans un contexte humanitaire, conclue que les dilemmes les plus souvent soulevés ont trait à l'allocation des ressources, à la priorisation des patients, ainsi qu'aux différences de standards de soins de santé entre le Canada et les populations des pays moins développés (Schwartz et al., 2010; Hunt et al., 2012). Il s'agit des mêmes expériences racontées par les médecins militaires canadiens dans le cadre de la présente recherche.

Des articles relatant de l'expérience des professionnels de la santé en Afghanistan ont aussi décrit des situations semblables. Par exemple, un anesthésiste canadien au Rôle 3 à Kandahar, explique que selon lui, jamais les médecins n'avaient été confrontés à de tels défis auparavant (Kondro, 2007). Il mentionne comme principales difficultés, les différences de traitement entre les soldats de la coalition et les soldats afghans, ainsi que la décision d'arrêter les traitements et de laisser un soldat mourir, ou encore de le transférer vers l'hôpital local de Marwais. Ces transferts constituaient selon un professionnel paramédical, ni plus ni moins que « *a death sentence* » pour le patient. (Kondro, 2007 p.134). Ces décisions vont pourtant dans le sens des directives des américains quant à la médecine de guerre : « *the decision to commit scarce resources cannot be based on the current tactical/medical/logistical situation alone* » (Department of Defense dans Sokol, 2011 p.1) et que les décisions médicales doivent se prendre en pensant à l'avenir du patient. Ainsi, devant un blessé afghan pouvant être sauvé dans l'immédiat, mais dont les chances de survie dans son contexte sont limitées, les médecins

doivent accepter de simplement soulager la douleur et de le laisser mourir (Kondro, 2007; Sokol, 2011).

Ces difficultés ressenties et exprimées dans les entrevues face aux différences de standards de traitement et aux limites des ressources, ne sont pas non plus particulières aux médecins militaires canadiens. Une étude britannique récente rapporte des propos similaires de la part des médecins britanniques qui, compte tenu des limites des ressources, se sont dit obligés de revoir leur protocole de traitement et de prendre des décisions médicales extrêmement difficiles (Gordon, 2014). Ils donnent en exemple le fait de ne pouvoir commencer des traitements pour des victimes de brûlures à plus de 50% du corps ou alors de traumatologie crânienne, ce qui signifiait dans les faits, de laisser mourir les patients. Il s'agit de la même expérience exprimée par les médecins militaires canadiens, aux prises avec ce défi qui est dû à deux facteurs concomitants, soit la limite des ressources et le manque de fiabilité de la structure de santé locale.

Giannou et Bladan (2010), dans un document de la Croix Rouge Internationale expliquent comment les soins chirurgicaux diffèrent dans les zones de conflits, par rapport au civil. Ils mentionnent notamment le manque de ressources humaines et matérielles, ainsi que les principes de triage différents qui en découlent. Comme ils le disent : « *Working conditions in war time are radically different than those prevailing in peacetime. Resources are limited and surgeons are often obliged to improvise or make compromises in their management decisions* » (Giannou et Bladan, 2010 p.19). Les auteurs ajoutent plus loin: « *War surgery is a surgery of mass casualties. The logic of war triage has little to do with the routine emergency department triage of a major civilian trauma centre: war triage has a "leave to die in dignity" category unheard of in everyday civilian practice* » (Giannou et Bladan, 2010 p.19). La différence de standards de soins avec les pays moins développés ainsi que le triage qui en résulte, n'est donc pas propre à la médecine militaire et se retrouve aussi dans les missions humanitaires en zone de conflit. La rareté des ressources en serait le facteur déterminant

Neutralité, pacifisme et rôle du médecin dans la guerre

Les médecins militaires interviewés ne vivent pas de malaise moral à travailler pour

l'institution militaire (il ne s'agit pas pour eux d'un non-sens au plan politique ou moral). Nous présentons un extrait des arguments avancés par les répondants pour dénoncer cette notion selon laquelle, la médecine doit être neutre, pacifique et promouvoir la paix (Sidel et Levy, 2003b; Santa Barbara, 2005; Pinto, 2003; Arya 2004; MacQueen et al., 2000), idée avec laquelle les répondants sont en désaccord. Les arguments avancés par les participants ont trait aux droits et aux devoirs. Ainsi, les médecins militaires considèrent que c'est leur devoir de prendre soin des soldats blessés et des victimes de la guerre. De plus, ils mentionnent que le droit aux soins lors de conflits armés est même prévu dans la loi (dans les Conventions de Genève, 1949). En fait, ils avancent les trois mêmes arguments de Gross (2008), c'est-à-dire les principes démocratiques de guerre juste, les principes de responsabilité collective et la nécessité médicale pour défendre leur participation en tant que médecins dans l'effort de guerre. Évidemment, les répondants l'expriment dans des termes différents. Les verbatim suivants reflètent bien les propos tenus par l'ensemble des répondants.

Sur la neutralité de façon générale:

« Well, you can never be neutral. I mean, we are our country, we are a foreign affairs tool, I mean that's basically what the military is, it is a foreign affairs tool. You have to be able to look after the sons and daughters of the nation and give them the best possible care that you can. You can be neutral in so far as, if there is a wounded insurgent, a wounded civilian, you treat them as one of your own. I think that's, that certainly satisfies me, knowing that I'm doing the right job on the battlefield and I can tell you there have been so many cases where Canadians have even risked their lives to save insurgents, let alone civilians, who'd be injured, and do the right thing on the battlefield. »

« ... il faut être pas trop engagé finalement pour le parti, mais de tourner le dos à tout ce qui serait militaire ou tout ce qui serait effort de guerre, je dirais je ne les soigne pas, ça de un – je pense que c'est un acte complet de négation de sa citoyenneté, puis du pays qu'on est, puis c'est très individualiste. »

Soigner est un devoir et tout le monde a droit aux soins de santé :

« ...on soigne des gens, mais quand on les soigne, nous, on est neutre, on soigne des deux côtés, mais on n'est pas obligés de rester chez-nous dans notre salon tranquilles, on a le droit, nous aussi d'aller aider notre pays comme les autres puis de faire notre part. »

« I think Pacifism is morally bankrupt because by being a Pacifist, you are refusing to help people who are victims. »

« I'm a person and a citizen of the country of Canada. I'm allowed to have political views, I'm allowed to take political action. I'm allowed to join... I think joining this CF is one of the strongest political action things that you could do. »

Et enfin, le tout est prévu dans la loi:

« ... est compatible avec nos conventions internationales, la convention de Genève qui nous dit qu'on est en droit comme personnel médical qui portons la croix rouge d'utiliser finalement une arme potentiellement létale pour se protéger ou protéger la vie de nos patients, ça ne fait pas de moi un guerrier par contre. »

(#2,3,7,11,12,13 ne sont pas présentés dans l'ordre ceci afin de préserver l'anonymat).

Les propos sont forts et très structurés. Il s'agit même d'un contraste par rapport aux autres sujets de l'entrevue, car la question de neutralité et de pacifisme a réellement soulevé des passions. Les réponses démontrent une réflexion solide sur la profession de médecin militaire. Il s'agit certainement de l'élément le plus réfléchi et le mieux articulé dans les entrevues.

La plupart des médecins interrogés ne se voyaient pas comme des guerriers, mais comme des professionnels qui appuyaient une mission ayant été décidée par le gouvernement canadien. Ils se définissent comme un outil de la politique étrangère canadienne, membres d'une institution et qui, en tant que professionnels de la santé, se doivent d'apporter leur soutien à la mission, en fournissant des soins aux victimes de la violence inhérente à la guerre. Certains ont même avoué qu'ils avaient des doutes sur le bien-fondé de la mission en Afghanistan, ce qui ne remettait toutefois pas en question leur participation comme médecin pour soigner les blessés. Un autre participant a aussi mentionné l'ambiguïté de la mission, présentée comme un soutien de la paix et une reconstruction mais qui, dans les faits, en était une de guerre. Malgré tout, pour les répondants, le problème éthique aurait été de ne pas fournir de soins aux victimes de ce conflit. Ils ne voyaient donc aucun problème moral dans leur fonction militaire et médicale, bien au contraire.

La médecine militaire : des particularités et des nuances

De cette analyse comparative, nous relevons trois constats fondamentaux. Tout d'abord, les résultats de la recherche suggèrent certaines nuances aux propositions avancées dans la littérature. Par exemple, des différences ressortent entre les médecins généralistes qui pratiquent une médecine familiale et ceux qui interviennent en traumatologie. Les dilemmes ne sont pas les mêmes selon que le patient soit un soldat canadien, de la coalition ou un Afghan (soldat ou non). Cette différence est due tout d'abord à la nature et à l'ampleur des soins fournis. Les Afghans sont vus principalement pour des blessures, alors que les soldats canadiens sont traités aussi pour l'ensemble des problèmes médicaux, du plus bénin aux blessures les plus graves. Dans le cas de traumatologie, les Canadiens sont simplement stabilisés et transférés le plus rapidement possible vers l'Europe, alors que les Afghans restent sur place. La proximité des contacts et la durée des soins donnés aux patients constituent donc des variables importantes quant au nombre et à l'intensité des dilemmes vécus. Par conséquent, les médecins militaires ne forment pas un groupe homogène qui vit les mêmes expériences, ni les mêmes dilemmes éthiques.

Deuxièmement, les dilemmes les plus intenses rapportés par les médecins militaires canadiens, vont au-delà d'une tension entre les besoins institutionnels et les besoins des patients, ou même d'un tiraillement de loyauté professionnelle (même si ceux-ci existent surtout pour les médecins généralistes). Tout comme c'est le cas en médecine humanitaire, la plus grande tension partagée par tous, généralistes, commandants et spécialistes, se situe face à l'iniquité de santé (accès et continuité de soins) entre les soldats afghans et ceux de la force de coalition. Cette inégalité des soins de santé, amplifiée par la limite des ressources en mission, oblige les médecins à prendre des décisions de vie ou de mort, ou à transférer rapidement les patients afghans dans un système de santé local totalement déficient. Soudainement, les médecins réalisent que leur pratique médicale occidentale n'est plus adaptée, que leur réflexe de tout faire pour sauver une vie n'a plus sa place ni même de sens, qu'ils doivent se résigner à des soins palliatifs. Ils sont confrontés à un sujet tabou : l'inégalité de la valeur d'une vie humaine et les iniquités de santé dans le monde. Cette réalité de la médecine de guerre « (...) *mean(s) that practitioners facing surgery for the victims of war for the first time will have to change their mindset, i.e., their 'professional mental software'.* » (Guiannou et Baldan, 2010 p.19)

En fait, les défis auxquels ont été confrontés les médecins militaires sont plutôt liés aux enjeux de santé publique, c'est-à-dire de justice sociale et de droits humains (Gostin, 2001; Mann 1998). Plusieurs répondants ont compris que leur rôle comme médecin militaire s'approchait de celui en santé publique, mais n'avaient probablement pas réalisé l'importance de la tension qui y existe, entre les droits individuels et le bien commun. L'iniquité en santé leur a posé un problème éthique car soudainement, l'inégalité de l'accès aux soins ainsi que les déterminants sociaux de la santé, sont apparus clairement et ont été vécus comme une injustice.

Finalement, l'identification des dilemmes vécus et les mécanismes de résolution de ceux-ci, nous apparaissent relativement peu articulés par les médecins militaires, compte tenu de la formation reçue en éthique : tant dans la formation médicale de base, qu'au sein de l'institution militaire. D'une part, il existe des codes de déontologie et d'autre part, des formations sur l'éthique de la vertu qui ont été donnés annuellement depuis plus de 10 ans, au sein de l'institution militaire canadienne (Défense Nationale, 2002, 2005) Par conséquent, nous aurions pu nous attendre à une approche un peu plus systématique au niveau éthique, dans ce que Hannah et collègues (2011) appelle « le processus cognitif moral ». Ce processus comprend à la fois la sensibilité morale et le jugement moral, tel que défini par Rest et collègues (1999).

Aucun des répondants n'a fait de distinction entre les dilemmes cliniques (avec le patient) et non cliniques (implication des médecins dans des activités plus militaires). D'une façon générale, l'articulation de la problématique demeure relativement peu structurée, sans lien ou référence à des expériences antérieures militaires ou humanitaires, à des critères éprouvés, à une éthique définie, ou à des articles sur le sujet. En termes de résolution de dilemme, les décisions de groupe, le respect des règles d'éligibilité et le recours aux avis externes, sont tous des mécanismes qui permettent d'une certaine façon, de « partager » la responsabilité décisionnelle.

Les règles d'éligibilité, quoique pratiques pour identifier et justifier les priorités, demeurent un outil parmi d'autres et ne devraient pas remplacer le jugement éthique. Ces règles comme seul

outil de référence, pourraient même créer un écran empêchant de voir les dimensions éthiques d'une situation. C'est ce que Palazzo et Krings (2012) qualifient de cadre de référence rigide, pouvant engendrer un aveuglement éthique (*ethical blindness*). Ainsi, « *By masking some elements and highlighting others, frames make people blind to some aspects of a problem. Those blind spots can only be detected when looking at the problem from a different perspective, that is, by using a different frame.* » (Palazzo et Krings, 2012 p.326). Dans le cas présent, les règles ont été établies pour mieux gérer les ressources limitées et ce, dans un contexte particulier. De même, la matrice d'éligibilité, si elle devient la seule référence, peut être un facteur de déresponsabilisation des individus qui en viennent à croire que les décisions sont en dehors de leur contrôle (concept de locus de control externe), ou qui a pour résultat une « *diffusion of responsibility* » (Bandura, 1997). La forte référence à ces règles d'éligibilité soulève donc des questions importantes en termes éthiques.

Quant au jugement individuel, les médecins militaires canadiens disent l'utiliser souvent, mais ont pourtant de la difficulté à identifier les principes et les valeurs qui le dirigent. Quelques hypothèses peuvent être émises pour expliquer ce constat. Le contexte et le nombre d'outils de référence (codes d'éthique, lois humanitaires internationales, règles légales, etc.) rendent peut-être l'analyse éthique trop difficile, c'est pourquoi on se référerait à son propre jugement. Ce peut être également, et tel que le soutiennent Haidt (2001) ou Reynolds (2006), que la réflexion éthique ne soit pas aussi rationnelle qu'on le croit, mais également intuitive, émotive et plutôt automatique. Ce pourrait-être aussi, comme deux répondants l'ont mentionné, une forme d'évitement, voilà pourquoi on se référerait à ses propres valeurs pour éviter de discuter du problème, pour ne pas être identifié comme une personne qui se plaint ou qui critique et soulève des problèmes.

« Tu n'as pas le droit de te plaindre, tu n'as pas le droit de rien dire, parce que regarde-toi tu n'es pas au front. Moi, je ne suis pas un soldat, je suis un petit médecin. Mais c'est ça, je crois qu'il y a eu beaucoup de personnel de la santé qui ont eu des problèmes de santé mentale suite à cette espèce de politique que tu n'as pas le droit de te confier, tu n'as pas le droit de rien dire, c'est dommage, il y a des infirmières qui ont beaucoup souffert de ça. »

« Sometimes you don't want to constantly create ethical issues, you know what I mean, because sometimes people don't want to talk about, you know, even

myself, sometimes people don't want to debate the ethics of it, but at the same time people want to get down to business. » (#1,5)

Enfin, des répondants ayant vécu plus d'une mission ont mentionné que l'équipe et principalement le commandant, pouvaient avoir une grande incidence sur l'ouverture ou non, aux discussions éthiques. Puisque les dimensions contextuelles peuvent également influencer la réflexion éthique, ainsi que la possibilité (ou l'impossibilité) de discuter et d'exprimer son questionnement éthique, elles nous paraissent fondamentales. Ces dimensions relèvent toutefois de la culture organisationnelle (Treviño et Youngblood, 1990). D'ailleurs, des recherches récentes ont démontré qu'un leadership éthique (défini comme l'influence qu'un supérieur exerce pour encourager des comportements éthiques) favorise l'expression et la dénonciation des problèmes éthiques au sein des entreprises (Brown et al., 2005; Walumbwa et Schaubroeck, 2009; Schaubroeck et al., 2012).

Bref, quelles que soient les raisons, cette difficulté d'identification et d'articulation des problèmes éthiques nous apparaît significative. Son analyse tend à faire ressortir les variables individuelles, situationnelles et organisationnelles entourant le processus de décision éthique et nous conduit vers une perspective interactionniste (Treviño, 1986). En effet, les répondants disent compter sur leur propre jugement, sur les outils disponibles et sur leur supérieur à des niveaux différents selon la situation, pour réfléchir et prendre une décision éthique.

Nous partageons l'avis de la British Medical Association (BMA), qui déclare que « *a sound grasp of ethical principles can bring clarity to doctor's decision making when under pressure* » (BMA, 2012 p.3). C'est la raison pour laquelle la BMA a développé en 2013, un outil de référence spécifique pour les professionnels de la santé des Forces armées, soit le *Ethical decision-making for doctors in the armed forces : a toolkit*. De plus, les services médicaux de la défense britannique ont reconnu que la formation pré-déploiement des professionnels militaires de la santé « *should include an appreciation of ethical challenges that can otherwise startle the unwary medic* » (Sokol, 2010). Au-delà de cette formation dirigée vers les médecins eux-mêmes, l'institution militaire aurait avantage à soutenir l'établissement d'un leadership éthique ainsi que d'une culture éthique, qui irait au-delà de ce que prévoit le programme d'éthique de la défense (PED). La culture éthique se définit comme

« *a subset of organizational culture, representing a multidimensional interplay among various 'formal' and 'informal' systems of behavioral control that are capable of promoting either ethical or unethical behavior* » (Treviño et al., 1998 p.451-452). Une étude récente auprès de l'armée américaine semble d'ailleurs confirmer le lien entre le leadership éthique et la culture éthique, démontrant que le leadership a une influence sur plusieurs paliers hiérarchiques, comme le facteur de mitigation de comportements non éthiques envers les détenus (Schaubroeck et al., 2012). Les auteurs en concluent qu'il est important pour une organisation, de partager une même vision de la conduite éthique à tous les niveaux hiérarchiques, principalement dans les unités.

Deux groupes distincts quant à l'identité professionnelle

Malgré le petit échantillon, un résultat étonnant des entrevues est la distribution des répondants en deux groupes spécifiques (et quasi égaux), quant à la hiérarchisation des deux professions, militaire et médecin. Un groupe de huit répondants se définit en priorité comme « médecin », alors que l'autre, constitué de six répondants, s'identifie « médecin militaire » sans pouvoir dissocier l'une ou l'autre des professions. Nous avons cru pertinent d'explorer ce résultat, afin de vérifier si ces deux groupes se distinguaient aussi sur d'autres dimensions explorées lors de l'entrevue. Ainsi, nous avons comparé les groupes selon d'autres thèmes des entrevues, notamment selon leur perception quant à leur rôle, les dilemmes rencontrés, ainsi que les mécanismes de résolution favorisés. Puisqu'un groupe accorde la priorité au rôle de médecin dans son identité alors qu'un autre non, il devenait intéressant d'analyser si ces deux groupes avaient ou non des caractéristiques et des conceptions différentes de leur rôle, des défis éthiques et des approches pour les résoudre (voir les tableaux à l'Annexe 5).

L'analyse démontre qu'il y a une différence entre les deux groupes, non seulement au niveau du genre, mais également en termes de la sensibilité face aux dilemmes et dans les mécanismes de résolution privilégiés. Ce résultat va dans le sens des études en psychologie sociale, qui démontrent que l'identité professionnelle (l'une des dimensions de l'identité morale) peut jouer un rôle dans le jugement moral (Leavitt et al., 2014). Évidemment, compte tenu du nombre restreint de répondants, les différences retrouvées ne peuvent être

généralisées. Nous ne pouvons que décrire des tendances sans pouvoir affirmer qu'il s'agit de différences significatives. Néanmoins, ces tendances sont intéressantes et soulèvent des questions pertinentes pour des recherches futures, tout comme elles fournissent des indications afin d'enrichir la formation en éthique des professionnels de santé au sein des FAC.

Liens entre identité et variables personnelles

Il est important de mentionner d'entrée de jeu, que l'identité n'a pas été « mesurée » comme le font les études quantitatives en psychologie sociale (Aquino et Reed, 2002). Il s'agissait simplement d'une question posée au début de l'entrevue, (après avoir discuté de l'idée que selon la littérature, « il pouvait être difficile de concilier deux professions, d'être à la fois militaire et médecin ») demandant aux répondants que s'ils avaient à hiérarchiser les professions, laquelle serait prioritaire pour les définir.

Nous avons d'abord regardé s'il y avait un lien avec le parcours professionnel, c'est-à-dire le fait d'avoir quitté le milieu militaire ou non, de même que les réponses sur l'identité professionnelle. Or, sur les six répondants disant qu'ils sont à la fois médecin et militaire, quatre ne sont jamais sortis de l'organisation militaire. Mais de la même façon, cinq répondants qui se disent médecin avant tout (sur les huit) sont toujours demeurés au sein de l'institution. Par conséquent, le fait de quitter ou non la vie militaire et d'avoir une expérience en pratique privée, ne semblent pas des éléments en lien avec le fait qu'on se déclare plutôt médecin ou plutôt médecin militaire. De même, le type de médecin (généraliste ou spécialiste) ou le fait d'être commandant, ne semble pas non plus être un élément distinctif, car le groupe s'identifiant comme médecin est composé de trois médecins généralistes, deux spécialistes et trois commandants ; alors que le groupe qui ne fait pas de distinction entre les deux professions, est composé de deux spécialistes, deux commandants et deux médecins généralistes. Toutefois, la variable du genre est très clairement associée à l'un des groupes. En effet, les cinq femmes de l'échantillon se sont définies avant tout comme médecin et aucune comme médecin militaire, un groupe dans lequel se retrouvent exclusivement des hommes.

Il semble y avoir aussi une plus grande sensibilité aux dilemmes dans le groupe des médecins, car quatre répondants du groupe « médecin militaire » disent n'avoir vécu aucun dilemme lors de leur mission. Un autre participant de ce groupe considère que les dilemmes avaient peu de conséquences réelles. Ce dernier résultat peut être interprété comme une volonté d'être fidèle à l'institution en ne disant rien de négatif, ou encore comme une façon de se montrer à la hauteur en tant que militaire. Malgré tout, ce résultat vient supporter le fait qu'il existe effectivement des distinctions entre les deux groupes et ce, même au niveau de leur perception des dilemmes. D'ailleurs, les membres du groupe « médecin » ont dénoncé l'attitude « Rambo », « GI Joe » ou encore « de petits gars qui jouent aux soldats » de certains de leurs collègues médecins. D'autres ont plutôt déploré le fait que certains médecins militaires avaient été trop sensibles, avaient traîné en Afghanistan les mêmes critères de soins canadiens et ce faisant, n'arrivaient pas à s'adapter au contexte. Ces jugements mutuels ne font que renforcer l'existence de deux groupes, dont l'un est constitué de médecins qui se perçoivent (et peut être même se comportent) plus en soldat que d'autres, ou sont plus « militaires » que d'autres.

Lien identité-rôle

Sans surprise, tous les répondants parlent d'abord de leur rôle de soignant auprès des troupes et ce, qu'ils se disent médecin ou bien médecin militaire. De plus, huit répondants déclarent que leur rôle est « de ne pas nuire » ou « do no harm ». Sur ces huit, six du groupe se sont identifiés comme médecin en premier. L'élément sur lequel il semble y avoir une légère différence se trouve dans la description du rôle militaire. Ceux qui se définissent avant tout comme médecin, ont eu plus tendance à exprimer leur rôle comme un appui au maintien de la force de combat par la prévention, les recommandations et les limitations données aux soldats (quatre sur six ayant répondu en ce sens). Pour ceux qui s'identifient plus comme médecin militaire sans distinction, ils ont plutôt eu tendance à parler de leur rôle de combat et d'entraînement, ainsi que du fait d'être prêt à défendre les patients en cas d'attaque (cinq médecins militaires sur sept répondants). Il s'agit toutefois d'une tendance qu'il faudrait examiner plus en profondeur et ce auprès un groupe plus large, afin de pouvoir dire s'il s'agit d'une réelle distinction. Enfin, il faut aussi souligner que tous ont bien précisé qu'ils étaient non-combattants.

Lien avec les dilemmes rencontrés

Il est clair que ceux qui s'identifient comme médecins avant tout, parlent de façon plus ouverte et plus approfondie des dilemmes pouvant être vécus dans le cadre d'un déploiement. Ceci n'est pas surprenant, puisque quatre répondants sur six s'étant identifiés comme médecins militaires, disent ne pas avoir vécu de dilemmes éthiques lors de leur mission en Afghanistan. Nous avons d'ailleurs écrit dans nos notes personnelles (suite aux entrevues avec ces personnes) que nous les sentions fermées, comme si elles voulaient protéger l'institution et ce, malgré l'invitation de la haute hiérarchie à parler librement dans le cadre de l'étude.

Ainsi, ceux qui s'identifient comme médecins ont été un peu plus touchés, du fait de ne pas avoir pu offrir des soins à la population locale (six sur huit). Ils ont également été plus confrontés aux défis entourant les décisions de retour au combat de leur patient. Seuls ceux s'étant définis comme médecin avant tout, ont mentionné un dilemme quant à l'utilisation des ressources médicales pour des fins de « gagner les coeurs et les esprits ». Ils ont aussi relaté des problèmes dans leurs relations professionnelles (les attentes et jugements des autres), dans le traitement des détenus, ainsi que par rapport au consentement du patient (même si ces deux derniers éléments n'étaient pas perçus comme des dilemmes comme tel). Enfin, ce groupe a été légèrement plus sensible à la différence de standards dans le traitement et les soins apportés aux Afghans, comparativement à ceux auxquels avaient droit les soldats canadiens et de l'OTAN.

Toutefois, ceux qui ont été plus susceptibles de mentionner le triage, sont surtout des répondants s'étant identifiés comme médecins militaires. En effet, quatre des six médecins militaires en ont parlé (en rapport aux décisions quant aux soins à donner), alors qu'aucun dans le groupe « médecin en priorité », n'a parlé de ces décisions lors du triage comme ayant été un dilemme. Le groupe « médecin » a parlé davantage de triage à la sortie (trois sur quatre), soit des patients afghans qui devaient être envoyés rapidement vers le réseau de soins de santé local. Aussi, seuls ceux n'ayant pu donner priorité à une profession, ont mentionné que l'un des enjeux était de savoir balancer les besoins des patients et ceux de l'institution

(quatre des six répondants se percevant comme « médecins militaires » l'ont mentionné). Il n'y a pas de différence entre les deux groupes concernant les dilemmes liés au traitement de la population (triage selon les règles d'éligibilité) ainsi que la confidentialité.

Lien avec le processus de résolution de dilemmes

Il n'y a que de légères différences entre les deux groupes au niveau des mécanismes de résolution de dilemme. Il s'agit de tendances dans les préférences car en fait, les deux groupes mentionnent la discussion et les règles d'éligibilité, comme étant les mécanismes prioritaires de résolution de problèmes. Ainsi, afin de résoudre les dilemmes, les membres du groupe qui s'identifient comme médecins ont eu plus tendance à utiliser leur propre jugement (six), deux ayant même leur propre code d'éthique et se fiant aux règles d'éligibilité (cinq). Ceux qui s'identifient comme médecins militaires ont plutôt mentionné la discussion (quatre) et les règles d'éligibilité (trois) comme mécanisme de résolution des défis éthiques. La principale différence entre les deux groupes est donc l'utilisation de son propre jugement, qui ressort plus chez les répondants se disant médecins avant tout (six sur huit, dont quatre femmes).

Ce qui ressort des entrevues est que les médecins militaires rencontrés, ont tendance à analyser la situation et à prendre des décisions avec lesquelles ils se sentiront confortables et qu'ils arriveront à justifier. Ce sont là les deux notions qui reviennent le plus souvent. Certains avouent parfois avoir leur propre code éthique et plusieurs parlent de leur propre jugement, comme référence ultime pour prendre une décision devant un dilemme éthique. Pour les autres, la discussion permet de partager la responsabilité d'une décision difficile.

Identité professionnelle et jugement éthique

Compte tenu de la présence de ces deux groupes distincts au niveau de l'identité professionnelle, nous avons voulu approfondir ce concept. La littérature en psychologie suggère que l'identité est relationnelle, multiple et multidimensionnelle (Vignoles et al., 2011). De plus, la prépondérance d'une identité sur les autres peut changer selon la situation et les circonstances (Hardy et Carlo, 2011). L'identité morale constitue le ciment des différentes identités (personnelles, professionnelles et sociales) et elle oriente l'action morale (Aquino et

Reed, 2002). Par conséquent, le concept d'identité professionnelle comme élément significatif du jugement moral, nous apparaît prometteur dans le contexte de la médecine militaire parce qu'il offre un éclairage nouveau à la notion de double loyauté.

Ainsi, selon les études en psychologie sociale, les individus développent leur identité à travers un processus psychologique (personnel) ainsi qu'à travers les personnes et les groupes avec lesquels ils interagissent dans la société (Swann et Bosson, 2010). Les théories sur l'identité professionnelle mettent donc l'accent sur le lien entre les individus et les autres (collègues, superviseurs, groupe professionnel), estimant que l'identité se définit aussi au niveau interpersonnel (Vignoles et al., 2011). De plus, l'identité serait multidimensionnelle, car composée de différents types d'identité basés sur les rôles, les groupes d'appartenance, ainsi que les personnes elles-mêmes et serait organisée dans un schéma personnel, comportant certaines identités prépondérantes par rapport à d'autres (Hardy et Carlo, 2011). Ainsi, à l'intérieur d'une organisation, les gens peuvent s'identifier à l'ensemble de l'organisation, mais également à des sous-groupes particuliers comme un service, une unité, ou encore une profession (Johnson et al., 2004).

Tajfel et Turner (1979), dans leurs travaux sur l'identité sociale, expliquent qu'un des critères les plus importants d'appartenance à un groupe est que les individus se définissent eux-mêmes comme en faisant partie. Ainsi, même si notre étude ne portait pas sur l'identité comme tel, le fait que deux groupes distincts en soient ressortis grâce à leurs propres réponses, peut être considéré comme révélateur. Les commentaires sur les « autres », recueillis au cours des entrevues, ajoutent et renforcent en quelque sorte cette définition identitaire. D'un côté, quelques répondants ont parlé de l'attitude un peu « macho » et « de guerrier » de certains de leurs collègues ; de l'autre, des répondants ont abordé la faiblesse de ceux qui n'arrivaient pas à changer leur façon de faire, pour s'adapter au contexte de la mission en Afghanistan, laissant entendre qu'ils avaient trop de compassion et n'étaient pas assez rationnels devant la situation. Ce type de catégorisation de soi et des autres, fournissant certains éléments cognitifs du groupe d'appartenance et met l'accent sur des similarités ou distinctions par rapport aux autres, serait une autre façon de définir son identité (Hogg et al., 1995).

Par ailleurs, d'autres auteurs considèrent que l'identité morale fait non seulement partie de l'identité personnelle, mais qu'elle joue un rôle d'intégration sur les différents éléments de l'identité (Blasi, 1995). De plus, elle expliquerait en partie l'action morale (Aquino et Reed, 2002; Weaver, 2006; Hardy et Carlo, 2005). L'identité morale est ainsi définie comme une construction de soi influencée par l'expérience et le contexte, qui lierait un individu (identité personnelle) aux autres (identité sociale), tout en agissant comme mécanisme d'auto contrôle dans l'action morale (Aquino et Reed, 2002,). Ce lien entre l'identité morale et l'action morale a d'ailleurs été étudié et démontré dans le cadre de plusieurs études, utilisant des schémas expérimentaux différents (Hardy et Carlo, 2011). Ainsi, « *In relation to the empirical question – if people need a sense of unity in their identities – it turns out that people have a number of means at their disposal to reconcile apparent inconsistencies in their sense of identity and to preserve a subjective sense of self-continuity* » (Vignoles, et al., 2011 p.6). Cette fonction d'autorégulation de l'identité morale serait cruciale dans la réflexion éthique, car les individus vont généralement tendre vers l'action la plus adaptée aux croyances qu'ils ont d'eux-mêmes (Hannah et al., 2011).

Même s'il est convenu que l'identité professionnelle puisse être multiple, jusqu'à tout récemment, peu de recherches s'étaient penchées sur l'influence des identités professionnelles plurielles sur le jugement moral. Dans une étude empirique effectuée auprès de professionnels paramédicaux (*paramedics*) de l'armée américaine, (qui donc, sont en situation de double identité professionnelle, ou « double loyauté », parce qu'ils sont à la fois soldats et professionnels de la santé), il a été démontré que l'une des deux identités professionnelles peut facilement être stimulée et activée, pour avoir une influence significative sur le jugement moral des participants (Leavitt et al., 2014). Les auteurs expliquent que des obligations particulières dans une profession peuvent ainsi prendre plus d'importance que les obligations d'une autre, parce que les individus « *perceive commitments to relational others as moral obligation* » (Leavitt et al., 2014 p.1329).

Les résultats de cette étude vont dans le sens de la perspective socio cognitive de Bandura (1986), qui considère que l'action morale est le produit d'un « *reciprocal interplay of personal and social influences* » (dans Bandura, 2002, p.115). Selon cette perspective, le jugement

moral est à la fois social et individuel, car il agit comme un mécanisme de contrôle et de sanction de soi. L'influence sociale opère directement sur ces mécanismes psychologiques pour produire les effets comportementaux. C'est à travers le concept de « désengagement moral » que Bandura (1999, 2002) explique le comportement des soldats américains, abusant et humiliant des détenus qui étaient sous leur garde en Irak :

« Moral disengagement like diffusion and displacement of responsibility are found within the organization. The ideological orientations of societies shape the form of moral justifications, sanction detrimental practices and influences which members of society tend to be cast into devalued groups. These socio-structural practices create conditions of moral disengagement. But people are producers as well as products of social systems. » (Bandura, 1999 p.207)

Ainsi, selon ce point de vue, différents mécanismes pourraient engendrer un désengagement moral chez n'importe quel individu, ce qui expliquerait que de « bonnes personnes », si elles arrivent à pouvoir le justifier, finissent par commettre des gestes inhumains. Toutefois, une étude a testé le lien entre l'identité morale et le désengagement moral et en a conclu que les personnes pour qui l'identité morale est prépondérante dans leur conception d'elles-mêmes, étaient moins influencées par les mécanismes de désengagement moral et donc, moins portées vers des actes d'agression (Aquino et Reed, 2007).

À notre avis, ce que l'étude d'Aquino et Reed (2007) démontre avant tout, est l'importance de l'identité morale comme mécanisme d'auto-contrôle. Puisque l'identité morale est composée de multiples identités, dont les identités professionnelles, et que celles-ci peuvent devenir plus ou moins prépondérantes selon le contexte, la question consiste à savoir en quoi se distingue l'identité morale d'un groupe qui s'identifie en priorité comme médecin, par rapport à celle d'un groupe qui s'identifie comme « médecin militaire ». Tel que le prétend l'étude de Leavitt et collègues (2014), plus un médecin militaire s'identifiera à la profession médicale, plus son champ de préoccupation morale sera large et « universel ». Dans le cas où le médecin militaire s'identifie plus à la profession militaire, son champ de préoccupation moral portera plutôt sur l'intérêt du groupe. Les auteurs font référence aux approches déontologique et utilitariste. Évidemment, il s'agit d'une étude qui a ses limites car, comme le reconnaissent les auteurs, elle démontre que les considérations morales peuvent changer selon l'identité professionnelle prépondérante, mais *« do not demonstrate how these shifts can occur in routine organizational*

life or how often » (Leavitt et al., 2004 p.1330). Toutefois, il semble bien que la pression potentielle exercée dans les organisations peut effectivement avoir une influence sur le jugement moral des individus.

Bref, ce que nous indique la littérature en psychologie sociale, est que l'identité joue indéniablement un rôle sur l'action morale. L'éthique découle en partie de l'identité prépondérante de la personne et du contexte social dans lequel elle se retrouve. Contrairement à la double loyauté professionnelle qui décrit le potentiel de conflit entre deux rôles, le concept d'identité professionnelle porte plutôt sur les moyens qu'utilisent les individus pour réconcilier les différents rôles dans leur vie. Il place ainsi l'individu au centre de la réflexion éthique et non comme un acteur passif victime de la pression organisationnelle ou d'objectifs irréconciliables. En ce sens, le concept d'identité professionnelle amène un nouvel élément dans l'analyse de la médecine militaire, qui a surtout porté sur les considérations extérieures aux médecins eux-mêmes (pressions organisationnelles, conflits de devoir et de normes éthiques, conflits de rôle), pour expliquer un manque d'éthique de leur part. De plus, ce concept dans sa dimension relationnelle, nous permet de mieux mesurer l'impact que peuvent avoir les pressions organisationnelles sur les considérations morales des individus et donc, justifier les programmes de formation éthique. Tel que le concluent Leavitt et al (2004) « ... *socialization programs might ensure that universalistic values of their occupation are well internalized but also prepare new members for the practical moral tensions that may lead them to deviate from standards to serve relational interests* » (p.1329).

Synthèse

Évidemment, compte tenu du petit échantillonnage de la présente recherche, les résultats des entrevues ne peuvent être généralisés. Il n'en demeure pas moins qu'ils peuvent nous inspirer au niveau théorique, en faisant ressortir le caractère multidimensionnel de la médecine militaire ainsi qu'au plan pratique, en nous permettant de suggérer des pistes de solution, notamment au niveau de la formation, afin de faciliter la réflexion éthique des médecins militaires. Ces deux aspects seront d'ailleurs élaborés en guise de conclusion dans le prochain chapitre.

Au-delà de l'identité professionnelle, plusieurs distinctions ressortent de l'analyse. En effet, des nuances s'imposent par rapport à ce qui se trouve dans la littérature sur la médecine militaire. Ainsi, selon les entrevues, les médecins généralistes rencontrent plus de défis éthiques que les autres médecins (spécialistes). Les dilemmes rencontrés par les médecins militaires canadiens sont moins nombreux et fréquents que ce qui ressort de la littérature. La différence dans les standards de soins entre les patients de la coalition et ceux afghans, ainsi que le contexte de ressources limitées, constitue l'un des défis les plus importants rencontrés par les médecins militaires canadiens en Afghanistan. Ce résultat est similaire à ce qui est décrit par les médecins dans les contextes humanitaires. Donc, en plus du contexte organisationnel comme tel, le contexte socioculturel (dans un pays en développement) a une incidence sur les défis rencontrés par les médecins militaires. Ainsi, la médecine de guerre serait semblable quelle que soit l'organisation pour laquelle le médecin travaille (humanitaire ou militaire).

Ces différences entre les résultats et la littérature peuvent s'expliquer de plusieurs façons. Tout d'abord, dans l'ensemble, la littérature est plutôt théorique. En effet jusqu'à tout récemment, mis à part des articles ou témoignages individuels de la part de médecins militaires, peu d'études n'avaient été faites auprès des médecins militaires eux-mêmes (Gordon, 2012). En explorant leur réalité, il nous est possible de mieux saisir l'ampleur et la fréquence des dilemmes et par conséquent, leur importance relative. Il nous est également possible de faire des nuances entre les médecins par rapport aux fonctions occupées (généralistes, spécialistes, ou ayant une fonction administrative). Ce que les entrevues démontrent avant tout, est que les individus interrogés ont tendance à analyser la situation et à prendre des décisions avec lesquelles ils se sentiront confortables et arriveront à justifier. Ce sont là les deux notions qui reviennent le plus souvent. Or, ce résultat semble confirmer que « *People are flexible decision makers in moral (and nonmoral) domains who employ different decision modes depending on their learning experiences, the task at hand, the values at stake, and the social-ecological context.* » (Tetlok et Mitchell, 2010 p.206). En somme, ni l'expérience, ni la réflexion éthique, ne sont donc communes à tous les médecins militaires.

Une autre raison qui explique les différences dans nos résultats est que la littérature sur l'éthique de la médecine militaire provient en majorité des Américains. Or, selon les répondants de notre étude, la structure et la culture organisationnelle des FAC sont différentes de celles de l'armée américaine. Les médecins militaires canadiens se disent très à l'aise de contester un ordre qu'ils jugent illégal, ou allant à l'encontre de leur propre éthique médicale.

« (...) because there is a slightly different culture there, you know and they (the Americans) have a different system and they have...they're more military than us. They are less about patient rights, a little bit more about the military rights. »

« Il ne faut pas oublier que le commandant en chef de l'Armée américaine c'est le Président américain. Nous autres, ce n'est pas Harper qui est le commandant en chef des Forces canadiennes. Ça fait que, eux autres, c'est vraiment les objectifs nationaux qui priment d'abord sur la liberté individuelle probablement puis que... ça fait que c'est deux systèmes complètement différents. »

En comparant les deux systèmes, américain et canadien, des répondants soutiennent :

« I think our value system is different. Let's put it that way. I think the military value system is different and the military medical value systems are different. »

« Well, I think the military needs to have some ethical standards. And I think the US military has gone through all this and they've come up with quite different approaches that they consider acceptable than what the Canadian military has...but yeah, you've got to have some ethical standards within your military and then as a physician, you have to make sure that they don't violate your medical code of Ethics. »

(#6,7,8,9 ne sont pas présentés dans l'ordre ceci afin de préserver l'anonymat).

De plus, contrairement à l'armée américaine, l'expérience des médecins des FAC avant l'Afghanistan était surtout dans le cadre de missions de maintien de la paix. Ils n'avaient donc pas une expérience aussi grande des zones de conflits, ni de la médecine de guerre.

Quelles que soient les raisons qui expliquent ces différences, la description des médecins militaires canadiens quant à leur expérience professionnelle suggère que la médecine militaire, pas plus que la médecine en générale, ne forme un tout homogène contrairement à ce que peut laisser croire la littérature sur l'éthique de la médecine militaire. Des distinctions s'imposent

entre les différents types de médecins (généralistes et spécialistes), en fonction des contextes (en garnison ou en théâtre d'opération), des institutions (canadiennes et autres) et même au niveau de la perception (que les médecins ont de leur profession et de la priorité qu'ils accordent aux rôles professionnels qu'ils occupent soit, médecins et militaires). L'individualité, la fonction ainsi que le contexte sont tous de facteurs ayant une incidence sur l'expérience éthique des médecins militaires. On peut ainsi conclure en un caractère multidimensionnel de la médecine militaire et conséquemment, en un jugement éthique pouvant être individuel, professionnel et situationnel.

Puisque le but de la recherche n'était pas d'analyser l'identité professionnelle des répondants, nous ne pouvons déterminer jusqu'à quel point ce concept explique ou non les différences entre les deux groupes. Toutefois, les différences sont assez importantes pour suggérer qu'il s'agit d'une piste d'analyse prometteuse. En effet, quatre des six répondants s'étant identifiés comme « médecins militaires » sans pouvoir établir de priorité, ont dit ne pas avoir vécu de défis éthiques durant leur mission en Afghanistan. Est-ce dire que ces derniers ne voyaient pas de dilemme, car leur perspective morale était plus directement en lien avec celle de la mission, alors qu'il en était autrement pour le groupe dont la profession prioritaire est la médecine ? Plus encore, existe-il une réelle distinction au plan moral entre les deux groupes ? Et si oui, à quel niveau et comment influence-t-elle la perception des défis éthiques et le jugement éthique ? Il s'agit de questions qui mériteraient certainement d'être investiguées plus en profondeur dans de futures études, afin de mieux comprendre le lien entre l'identité professionnelle et la réflexion morale dans le contexte de la médecine militaire.

Concrètement, ce que ce résultat suggère selon nous, est l'importance pour les médecins militaires de bien comprendre les distinctions entre les valeurs et obligations professionnelles des médecins et des militaires. Le fait de savoir qu'il existe des différences et qu'elles peuvent être « activées » par des circonstances particulières, serait déjà un pas vers une meilleure compréhension. D'ailleurs, les répondants ont reconnu qu'ils n'étaient pas très familiers avec ces différences entre les codes des deux professions. De plus, le sentiment d'injustice ressenti par les répondants, face aux iniquités en santé entre les patients afghans et ceux de la coalition, indiquent que la formation éthique devrait insister sur des notions de justice distributive et

d'éthique de la santé publique. Enfin, la suggestion des participants d'avoir une formation particulière pour les professionnels de la santé (donc dans les sous-groupes organisationnels) est soutenue par les études sur la culture éthique des organisations, comme étant une façon de favoriser le comportement éthique (Treviño, 2014).

CONCLUSION

La médecine militaire met en lumière des tensions éthiques souvent discutées en bioéthique, mais dans un contexte particulier et concret, celui d'une institution hiérarchisée qui doit compter sur la conformité afin de fonctionner. De plus, dans le cadre des opérations militaires qui sont marquées par un haut niveau de stress, un climat d'insécurité et de traumatisme, ces tensions deviennent certainement plus difficiles à gérer. En apparence, la profession militaire semble très différente du monde de la santé et de la profession médicale. En effet, la médecine est perçue comme une profession dont le but est de soigner et de sauver des vies, alors que la guerre tue et blesse les individus. De plus, dans la profession médicale, la primauté est accordée à l'intérêt et au bien-être du patient, alors que pour les militaires, l'intérêt et le bien-être collectif prévalent.

Dans la littérature sur la médecine militaire, les dilemmes éthiques sont souvent présentés comme étant le fruit de pressions réelles ou perçues, provenant de l'institution militaire, des règles, codes, lois ou politiques. Le médecin militaire, en position de double allégeance professionnelle, serait victime de ces pressions et contradictions impossibles à gérer, car il se trouve éloigné de sa responsabilité envers son patient. Sont ainsi mis en opposition l'État et le patient, pour faire jouer l'intérêt collectif au profit de l'intérêt individuel, ainsi que l'institution contre le médecin, afin de confronter la nécessité militaire à la liberté professionnelle du médecin. En ce sens, la littérature sur la médecine militaire offre peu de solutions aux médecins militaires, en demeurant cantonnée dans un débat d'opposition entre deux professions ou entre deux acteurs (**chapitre 1**).

Pourtant, une analyse de l'éthique médicale et de l'éthique militaire à travers les codes d'éthique dans le contexte canadien, permet de constater des similitudes importantes au niveau des valeurs de loyauté et d'intégrité, ceci dans les deux professions. Certains principes, devoirs et obligations sont toutefois distincts. Ces différences s'expliquent principalement par des choix éthiques étant plus axés sur les valeurs, dans le cas des militaires canadiens, tandis que chez les médecins, l'accent est mis sur les devoirs professionnels. La différence la plus fondamentale provient évidemment du fait que l'éthique médicale vise le bien-être du patient, alors que l'éthique militaire défend le bien-être collectif (**chapitre 3**).

Il est souvent suggéré aux médecins militaires d'agir avant tout selon les valeurs médicales (Annas, 2008; Pellegrino, 2003a). Pourtant, il n'existe pas de consensus sur les valeurs professionnelles médicales, pas plus d'ailleurs que sur leur rôle comme défenseur des droits humains. Est-ce suffisant de se fier au « professionnalisme » des médecins, ainsi qu'à la « bonne » nature de la profession médicale ? Une analyse du concept de profession, s'appliquant tant à la médecine qu'aux militaires, démontre qu'il s'agit d'un construit basé sur un contrat social pour répondre aux besoins de la société. Il s'agit d'un concept multidimensionnel qui englobe, à la fois, une fonction reliée à l'expertise et une relation dans le service offert, ainsi qu'une morale avec l'éthique professionnelle. De plus, le concept de profession est ancré dans une histoire et une culture, évolue dans le temps et de plus, est basé sur une idéologie sociale d'échange de services (**chapitre 3**).

Les vertus derrière cette idéologie (l'honnêteté, la compassion, etc.) sont parfois attribués aux professions comme si le fait d'être professionnel accordait d'emblée une probité. Il ne semble pas y avoir non plus, de consensus sur les valeurs universelles reliées aux professions et ce, tant chez les médecins que chez les militaires. Il devient donc difficile de parler des professions ou des professionnels en général, car il ne s'agit pas de groupes homogènes au plan moral, où les membres partagent les mêmes valeurs, croyances, philosophies et religions. L'adhésion aux valeurs et à la réflexion morale demeure un choix individuel. Enfin, compte tenu du fait qu'il s'agit d'un construit social, la plus grande erreur dans l'utilisation du concept de profession est de déduire que ce dernier est muni d'une moralité intrinsèque. Comme le souligne Applbaum (1999 p.8) : « *because they devote their days to fulfilling their professional obligations, they pride themselves on their virtue.* » L'absence de distinction entre les obligations morales et les obligations professionnelles occulte le fait que cette forme d'organisation sociale ne dote pas nécessairement ses membres d'une plus grande capacité de raisonnement moral. D'ailleurs, le concept de profession a été jugé trop limité dans le programme d'éthique de la Défense (PED) et insuffisant pour promouvoir une réflexion éthique rigoureuse qui a choisi plutôt de définir des principes et des valeurs adaptés au contexte plutôt qu'une liste d'obligations.

Devant toutes ces considérations et ces analyses, quels sont dans les faits, les dilemmes éthiques que vivent les médecins militaires et comment y font-ils face ? D'après les entrevues effectuées auprès de 14 médecins militaires canadiens, il ressort avant tout qu'on ne peut traiter la médecine militaire comme étant une profession homogène. En effet, plusieurs nuances s'imposent entre les médecins eux-mêmes : dans la conception qu'ils se font de la profession, dans la perception qu'ils ont de leur rôle, tout autant que dans les contextes de travail (par exemple, en zone de conflits ou en contexte de paix) ; mais également selon le type de pratique (spécialiste, médecine générale/familiale ou dans une fonction administrative). De plus et contrairement à la littérature, les dilemmes vécus par les médecins ne proviennent pas majoritairement de la pression exercée par l'institution militaire pour les éloigner des principes bioéthiques. Toutefois, dans le cas des médecins généralistes, il existe des zones grises, par exemple, au niveau des principes de confidentialité ou dans les décisions de rapatriement et de retour au combat. D'après les entrevues, les répondants ne semblent pas vivre des dilemmes en lien à un problème double loyauté professionnelle, car selon eux, leur rôle s'intègre dans l'objectif de la mission, qui est de maintenir la force de combat. Ils réalisent toutefois que la mission a également des visées pour assurer le bien commun, ce qu'ils doivent aussi considérer dans leur décision. Il s'agit encore moins d'un problème moral car pour eux, leur rôle est de soigner et de traiter les blessés victimes des actes de violence et non de prendre part au conflit (**chapitre 4**).

La majorité des répondants identifie comme défis les plus intenses, la limite des ressources et la différence de standards dans les soins de santé entre les patients afghans et ceux de la coalition. Les inégalités dans les soins de santé ainsi que le manque de ressources, imposent aux médecins militaires sur le terrain, des décisions médicales difficiles (ex. : transfert rapide des patients dans un système de santé local déficient) et troublantes (ex. : devoir laisser mourir des patients pour des raisons contextuelles ou culturelles), suscitant chez eux un fort sentiment d'injustice. Il s'agit des mêmes défis éthiques, rapportés dans le cadre d'études auprès de médecins militaires et de professionnels de la santé dans un contexte humanitaire (Gordon, 2012; Hunt et al., 2012).

Par ailleurs, deux groupes distincts émergent des entrevues : un premier groupe se perçoit comme médecin avant tout; alors que le deuxième comme médecin militaire, les deux professions étant pour ce dernier, indissociables. Ces deux groupes se distinguent également sur d'autres éléments, notamment sur la quantité de dilemmes éthiques vécus et reconnus (le groupe « médecin en priorité » ayant exprimé plus de défis éthiques) et sur les mécanismes de résolution des conflits favorisés (le jugement personnel pour le groupe médecin et les règles d'engagement pour le groupe médecin militaire) (**chapitre 5**).

Dans l'ensemble toutefois, la réflexion éthique est apparue comme étant peu articulée chez la plupart des répondants. D'ailleurs, près de la moitié des participants (principalement du groupe s'identifiant comme médecin militaire) disent ne pas avoir vécu de dilemmes éthiques particuliers durant leur mission en Afghanistan. S'agit-il d'un manque de sensibilité éthique, d'un mutisme volontaire de la part des répondants, ou d'un état de fait ? Malheureusement, cette question va bien au-delà des limites de la présente recherche et de sa méthode d'enquête. Quoi qu'il en soit, ce résultat, combiné à la difficulté qu'ont eu les répondants à définir les valeurs essentielles utilisées pour résoudre les défis éthiques, (alors que le « jugement personnel » constitue l'un des principaux mécanismes de prise de décision), indiquent malgré tout, un certain manque au niveau de la réflexion éthique.

Malgré le faible échantillonnage de la présente recherche, il nous apparaît assez révélateur que deux groupes distincts en ressortent de façon aussi marquée, quant à la dimension sur l'identité professionnelle. De façon étonnante, ces caractéristiques individuelles reliées aux valeurs et au jugement moral, sont souvent écartées de l'analyse dans la littérature sur la médecine militaire, au profit des facteurs contextuels (codes, pressions et climats organisationnels, stress, politiques, lois, etc.). Pourtant, les études en psychologie sociale expliquent et démontrent que l'identité professionnelle, l'une des composantes de l'identité morale, joue un rôle déterminant sur le jugement éthique (Leavitt et al., 2012; Hannah et al., 2011). Des recherches ultérieures pourraient mesurer systématiquement, et à partir d'un plus grand échantillon et d'une approche quantitative, l'identité professionnelle des médecins militaires, afin de vérifier s'il existe des différences sur cette dimension et éventuellement, son incidence sur le jugement éthique.

Le concept d'identité professionnelle comme élément déterminant du jugement moral dans le contexte de la médecine militaire, nous apparaît plus pertinent que celui de la double loyauté professionnelle. Tout d'abord, à cause du lien entre l'identité morale, le contexte et l'action éthique (Aquino et al., 2009) et aussi parce qu'il ne présuppose pas d'emblée une opposition. Par conséquent, il serait intéressant de comprendre comment l'identité professionnelle s'organise lorsqu'une personne exerce plus d'une profession. Et ensuite, parce que dans sa dimension relationnelle, ce concept peut expliquer à quel point et à quel niveau les pressions organisationnelles influencent réellement le jugement éthique des individus.

En résumé, pour prendre des décisions face à un dilemme éthique, les médecins militaires peuvent s'appuyer sur leurs codes d'éthiques militaire et médical, sur plusieurs lois internationales, ainsi que sur leurs propres valeurs. Ils peuvent adopter une approche plus utilitariste, (qui correspond mieux à l'approche militaire), tout en tenant compte des principes bioéthiques traditionnels, mais également d'une éthique de la vertu (basée sur leurs valeurs morales). Ils peuvent aussi subir des influences externes (pressions de l'organisation, des supérieurs et des pairs, mais également pressions sociales et politiques), contextuelles (limite de temps, de ressources, stress) et personnelles (identité morale, professionnelle).

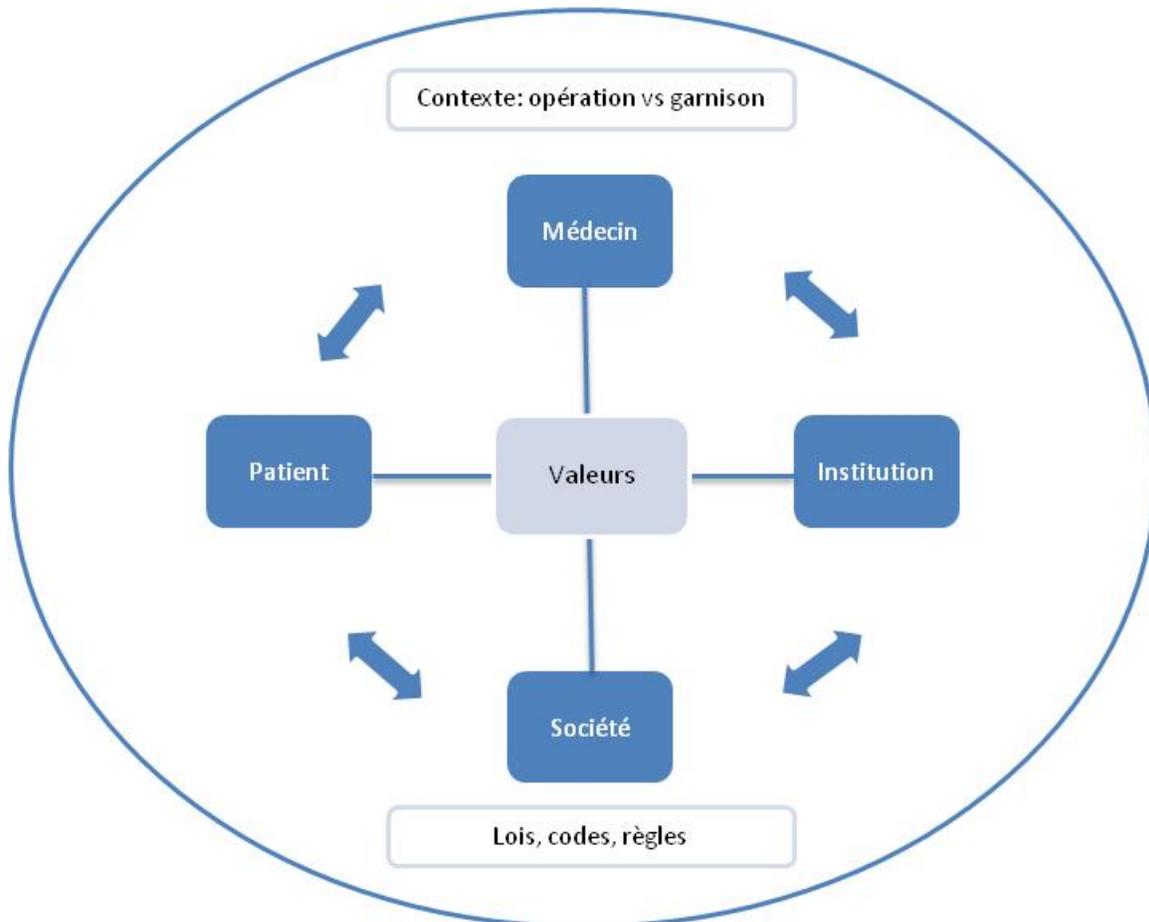
Cette diversité de liens au niveau des relations et des influences (professionnelles, institutionnelles, sociales, politiques et personnelles) concernant le travail et la réflexion éthique du médecin militaire, nous amène à proposer un schéma intégrateur d'analyse. Il s'agit d'un schéma qui représente la nature multidimensionnelle de la médecine militaire et tient compte des principaux acteurs concernés (le patient, l'institution militaire, la société et le médecin lui-même), tout comme des différents niveaux de moralité (personnel, professionnel et politique). L'inclusion de tous les acteurs et de leurs interactions potentielles permet, nous croyons, de concilier les différentes perspectives dans l'analyse des conflits éthiques des médecins militaires. Le point de vue que nous proposons est que la médecine militaire est complexe et touche au rôle même du médecin, dans sa relation avec le patient et comme soignant, mais également dans ses responsabilités sociales et politiques en tant qu'employé d'une organisation et comme citoyen.

Nous présenterons le schéma intégrateur d'ordre plus théorique, avant d'aborder ensuite des pistes de solution, notamment en termes de formation éthique pré-déploiement et de mécanisme d'appui pendant les missions, afin de préparer, d'appuyer et de faciliter l'identification des problèmes, ainsi que la réflexion éthique des médecins militaires.

Proposition d'un schéma intégrateur

Compte tenu des analyses, tant théorique qu'empirique de la présente recherche, notre point de vue est que l'éthique médicale militaire doit tenir compte de la relation entre tous les acteurs impliqués et ce, sans isoler certaines de ces relations (voir figure 2).

Figure 2 : Schéma intégrateur de l'éthique médicale militaire



Comme le démontrent l'analyse des dilemmes éthiques dans la littérature et les propos des médecins militaires rencontrés dans le cadre de la présente recherche, la réalité de la médecine militaire dépasse largement la pression exercée par l'institution pour les faire diverger de l'intérêt du patient. La Figure 2 suggère une relation dynamique entre quatre acteurs différents (le patient, le médecin, l'institution et la société ou l'État), qui interagissent ensemble pour créer une situation particulière. Ces relations s'inscrivent toujours dans un contexte donné, réglementées par des lois internationales humanitaires, des codes et des règles, qui sont supportées par des valeurs fondamentales, telles que les droits humains. De plus, le contexte est caractérisé par l'absence ou non de conflits armés, ainsi que par le type de conflit. En effet, la guerre « contre la terreur » n'a pas les mêmes caractéristiques qu'une guerre interétatique ou intra-étatique. Ce qui demeure toutefois dans tous les conflits, est le contexte intense d'urgence et de danger, ce que Lifton (1973 dans Miles, 2009) désigne comme étant des « *atrocité producing situations* ». Par contre, le travail du médecin militaire change lorsqu'il est au Canada. Les spécialistes intègrent le milieu hospitalier civil, alors que les médecins généralistes fournissent des soins réguliers aux membres des FAC dans un contexte s'apparentant à la médecine du travail. D'autres, assumeront des fonctions plus administratives.

L'approche d'analyse proposée est basée sur une perspective interactionniste qui rejoint la psychosociologie, en ce qu'elle reconnaît les facteurs contextuels et individuels comme étant des sources d'influence et de pression sur la réflexion éthique des médecins militaires (Treviño, 1986). Dans un contexte opérationnel, des pressions peuvent être exercées par l'autorité militaire, mais également par des collègues (professionnels de la santé ou non), par les limites de temps (l'urgence d'agir), de ressources (manque de compétences ou d'équipement) et par la perception du médecin quant à son rôle professionnel. Nous décrivons dans les lignes qui suivent, les caractéristiques de chacun des acteurs impliqués et les éléments à considérer, afin d'avoir un portrait réaliste de la pratique de la médecine militaire.

Le patient

Le médecin militaire rencontre une diversité de patients. Le patient peut être un soldat de sa propre troupe, qui nécessite des soins courants et avec lequel il exerce sa pratique en établissant des restrictions, comme le retour ou non au travail (au combat dans le cas des missions). Sur le terrain, le patient peut aussi être un blessé grave suite à une intervention militaire et qui exige une ou plusieurs chirurgies, ou simplement d'être stabilisé avant d'être transféré vers un autre hôpital (local ou international). Dans ces cas, il peut s'agir d'un soldat canadien, d'un soldat membre de l'OTAN, d'un partenaire national (soldat ou policier), ou encore d'un civil local, victime collatérale du conflit armé, d'un prisonnier de guerre, ou d'un détenu présumé « terroriste ». Selon les Conventions de Genève et ses protocoles (1949), toutes les victimes du conflit ont le droit de recevoir des soins. Dans les faits toutefois, le statut donné à un patient détermine le type de soins qu'il recevra. Les standards de soins sont ainsi déterminés en fonction du contexte du patient (issu d'un pays en développement ou d'un pays occidental). Cette inégalité dans l'accès et dans les standards de soins de santé est réelle, bien que peu connue des médecins militaires.

Un autre élément caractéristique du patient soldat est qu'il accepte de mettre sa vie en danger pour les besoins de la mission. En ce sens, il accepte de servir la société avant lui-même. Cette notion doit être reconnue et comprise dans l'analyse de la réalité de la médecine militaire, car les notions d'autonomie et de droit individuel (courantes en bioéthique) changent pour le militaire, qui a comme principale fonction de servir son pays (Gross, 2006). Le militaire s'attend à ce que les décisions qui le concernent tiennent compte du bien commun et du succès de la mission. L'un des éléments semblant poser problème quant à la relation avec le patient dans le contexte militaire concerne la confidentialité, dont les paramètres seraient moins clairs que dans le milieu clinique civil. De plus, comme l'ont parfois souligné certains répondants, penser à la fois au contexte et au patient implique des décisions difficiles, amenant à renvoyer un soldat au combat ou à le rendre inapte à servir dans les FAC (ou d'autres institutions militaires). Par contre, certains médecins considèrent que la connaissance du contexte du travailleur permet de mieux servir les intérêts du patient.

L'éthique de la médecine militaire doit tenir compte de l'intérêt du patient, mais dans certains cas, aussi de l'intérêt commun. Ce qui fait dire à certains auteurs qu'il serait important d'identifier, de discuter et de justifier ces circonstances, comme c'est le cas en éthique de la santé publique (Bloche, 1999; Benatar et Upshur, 2008).

Institutions

La première institution d'importance pour le médecin militaire est bien évidemment l'institution militaire. Un élément essentiel à considérer est l'organisation du travail médical et les liens d'autorité. L'OTAN a des standards opérationnels pour les différents niveaux d'intervention médicale (les rôles 1, 2, 3 et 4; NATO, 1997). Dans l'organisation du travail, le niveau d'indépendance professionnelle des médecins peut varier. Ainsi, les décisions médicales se prennent-elles strictement entre le personnel médical comme au Canada, ou peuvent-elles relever de la hiérarchie militaire, comme ce fut le cas pour les Américains ?

Deux concepts sont utiles pour comprendre la responsabilité institutionnelle dans les décisions éthiques des employés. Tout d'abord, le *climat éthique*¹¹ d'une organisation, c'est-à-dire les normes et conventions qui permettent d'évaluer comment se prennent les décisions, soit sur la base d'intérêts personnels, de façon indépendante (sur ses propres valeurs), ou à partir des codes et des règles (Victor et Collen, 1988). Treviño (2014) parle plutôt de *culture éthique*, comme étant un sous élément de la culture organisationnelle. La culture éthique comprend des éléments formels et informels d'une organisation. Ainsi, tant les règles, codes et politiques d'une organisation, le langage utilisé, l'ouverture ou non à la discussion, de même que l'importance accordée à l'éthique par la hiérarchie, sont des indicateurs du climat éthique. Ce concept permet également de déterminer la nature des pressions institutionnelles exercées sur les décisions. En effet, la réflexion morale peut être encouragée ou réprimée par une organisation, en limitant l'autonomie et la responsabilité professionnelle, ou en adoptant une approche autoritaire quant aux rôles des employés dans la prise de décision (Treviño, 1986).

¹¹ Le climat éthique d'une organisation est défini par Victor et Collen (1988) comme « *the prevailing perception of typical organizational practices and procedures that have ethical content.(...) An important source of this information are those aspects of work climate that determines what constitute ethical behavior at work* » (p.101). Les auteurs ont établis 5 types de climat éthique selon la façon dont les gens perçoivent que sont prises les décisions éthiques à l'intérieur de l'organisation.

Depuis 1999, la Défense nationale mesure le climat éthique organisationnel à travers des sondages réguliers, de façon à déterminer si le PED favorise une progression au plan éthique. (Director HR and Evaluation, 2000; Dursun et al., 2005; Fraser, 2008; Messervay et al., 2011). Selon les résultats, le climat éthique s'améliorerait d'année en année. Toutefois, certains commentaires des répondants lors des entrevues indiquent qu'il reste encore des efforts à faire au niveau organisationnel, ceci afin de favoriser une plus grande ouverture à la discussion et un meilleur soutien hiérarchique au plan éthique.

Par ailleurs, les associations professionnelles (ex. : l'AMC, l'AMA, l'AMM) jouent un rôle influent car elles établissent les cadres éthiques qui guident les médecins de tout horizon, y compris les médecins militaires. Elles ont un rôle d'éducation à la fois pour les professionnels et le public, afin de clarifier les règles éthiques, de sanction (lorsqu'il y a dérogation aux codes) et même de dénonciation (lorsque des politiques ou des directives organisationnelles ou gouvernementales vont à l'encontre des standards éthiques) (IMAP, 2013). Ce sont les associations professionnelles qui peuvent fournir des guides de conduite en matière éthique et qui sont en mesure de susciter une discussion avec le gouvernement et l'institution militaire, pour délimiter le rôle de la médecine dans différents contextes. Celles-ci ont également le mandat de réfléchir à l'application de tous les principes éthiques, y compris celui de justice et de bien commun.

Gouvernement

À travers ses choix politiques, les gouvernements exercent une influence sur le travail des médecins militaires. Ce fut le cas aux États-Unis, lorsque le gouvernement de George W. Bush a décrété que Al Quāida n'était pas un groupe armé reconnu et signataire des Conventions de Genève, mais plutôt des combattants illégaux : ce qui impliquait, lorsqu'ils étaient capturés, qu'ils ne pouvaient être considérés comme des prisonniers de guerre (Bush, 2002; Singh, 2003). Cette décision ainsi que d'autres politiques du gouvernement américain telles que a) l'approbation de méthodes d'interrogation (proche, sinon effectivement de la torture) par le Département de justice, b) le changement de statut du personnel médical de non combattant à

combattant, décrété par le Département de la Défense et c) les changements dans les standards éthiques concernant le gavage des prisonniers, ont ouvert la porte à l'implication de professionnels de la santé dans des abus envers les détenus (Miles, 2009; IMPA, 2013). Pourtant, le gouvernement a le devoir de s'assurer de faire respecter les normes éthiques professionnelles, afin de maintenir la confiance du public et d'honorer le contrat social qui lie les professionnels à l'ensemble de la population (IMPA, 2013). Cette confusion entre le statut de prisonnier de guerre et celui de détenu, a d'ailleurs été mentionnée par l'un des répondants, qui a dû s'en référer au Collège des Médecins pour obtenir un avis éthique.

Médecin

Tels que le démontrent les résultats de notre recherche : le type de médecine (généraliste ou spécialiste), la prépondérance ou non d'une identité professionnelle (médecin ou médecin militaire), la perception quant au rôle et aux responsabilités (sociales et politiques), ainsi que les valeurs et les jugements personnels, sont toutes des variables pouvant avoir une incidence sur la réflexion éthique des médecins militaires. Ceux-ci ne vivent pas tous les mêmes défis éthiques, ne les perçoivent pas de la même façon et peuvent les traiter différemment. Ces variables individuelles (l'indépendance morale, la force de caractère ou d'égo, le locus de contrôle), en plus des variables situationnelles, ont été identifiées dans plusieurs modèles théoriques pour expliquer le raisonnement, l'intuition, ou le développement moral individuel et leurs impacts sur l'action morale (Greene et Haidt, 2002; Aquino et al., 2009; Haidt et Kesibir, 2010; Treviño, 1986; Jennings et al., 2014). Pourtant, dans la littérature sur la médecine militaire les variables individuelles sont souvent négligées au profit des éléments contextuels reliés principalement à l'institution militaire.

La capacité d'un médecin militaire à identifier la source du dilemme éthique (s'agit-il d'un conflit entre le patient et la nécessité militaire, entre son rôle de médecin et son rôle militaire, entre ses valeurs individuelles et professionnelles, entre des codes et règles, entre ses obligations sociales, organisationnelles ou professionnelles, entre des interprétations différentes d'une même situation ?), tout comme les conditions contextuelles du dilemme (y a-t-il une pression reliée à la limite de temps ou de ressources, à un collègue ou un supérieur,

etc. ?) lui permettent de réfléchir et d'agir en tant qu'agent moral. En plus de poser un jugement moral (donc de raisonner), le médecin militaire se réfère à son identité morale, soit à ses valeurs fondamentales pour déterminer la décision à prendre. Comme le dit Bandura (2002) « *moral functioning is governed by self-reactive selfhood rather than dispassionate abstract reasoning* » (p.101).

Lois humanitaires internationales, codes d'éthique, règles et valeurs

Les lois humanitaires internationales, principalement les Conventions de Genève (1949) et ses trois protocoles ajoutés (deux en 1977, un en 2005) ont été mis en place et reconnus par les États pour limiter les effets des conflits armés. Aujourd'hui, les conflits armés prennent de nouvelles formes, principalement celle de la guerre au terrorisme. En droit international, les termes utilisés ont un but normatif et permettent d'appliquer les règles. Or, à l'heure actuelle, il n'existe pas de « définition claire, uniforme et universellement acceptée du terrorisme » (Sassoli, 2007 p.39). Il s'agit donc d'une contrainte majeure dans l'interprétation des lois internationales humanitaires, puisqu'il existe des divergences d'opinion et d'interprétation, à savoir si la guerre au terrorisme constitue un conflit armé (une guerre), au sens légal du terme. Ces ambiguïtés ont une incidence sur le travail des professionnels de la santé, qui peuvent difficilement identifier le statut des blessés et doivent s'en remettre à une interprétation légale de l'institution militaire ou du gouvernement et donc, teintée politiquement. Les États membres des Nations-Unies dont le Canada, collaborent en vue d'établir une convention globale sur le terrorisme, qui pourrait servir de cadre de référence aux professionnels de la santé (Sassoli, 2007).

Par ailleurs, le médecin militaire canadien se réfère à plusieurs codes d'éthique, dont le code médical, qui peut être national (AMC) et international (AMM). Il doit également suivre le code d'éthique de son ministère. Comme nous l'avons vu dans l'analyse comparative des codes (**chapitre 3**), il existe certaines similitudes au niveau des valeurs, mais également des différences, notamment dans leur approche. Le code d'éthique médical canadien est basé sur les devoirs et les responsabilités du médecin, alors que le code militaire est centré sur les valeurs. Les codes ont d'ailleurs des limites et peuvent poser des problèmes d'interprétation,

parce qu'ils sont très larges et peu concrets dans une situation donnée (*interpretation problem*). De plus, ces codes sont nombreux (*multiplicity problem*) et ont souvent tendance à être interprétés de façon légale et non morale (*legalization problem*) (Eriksson, 2007).

Le schéma intégrateur se veut une illustration de la complexité de la médecine militaire. Il démontre qu'il existe différents acteurs, codes, règles et valeurs, qui interagissent dans un contexte caractérisé par une intensité particulière, lorsqu'il s'agit d'un théâtre d'opérations. Ce cadre d'analyse permet d'identifier à quel niveau se situe un enjeu particulier. Il doit être complété en identifiant d'une part, les valeurs des acteurs impliqués et d'autre part, leurs principes et règles de conduite, de façon à ce que les analyses demeurent à un niveau comparable entre les acteurs.¹² Les valeurs peuvent être individuelles, organisationnelles, professionnelles, ainsi que politiques et sociales. Ainsi, à tous les niveaux, (dans les codes ou au sein d'une organisation ou d'une profession), il existe un ensemble de valeurs qui généralement, se rejoignent mais peuvent aussi être distinctes. C'est d'ailleurs dans ces conflits de valeurs que se situent certains des dilemmes éthiques rencontrés par les médecins militaires (par exemple, valeur de défense et de protection des droits démocratiques versus la protection individuelle d'un patient). Dans nos entrevues, la majorité des répondants ont mentionné se fier sur leurs valeurs personnelles pour prendre une décision face aux dilemmes rencontrés. Cependant, peu de répondants ont pu identifier clairement quelles étaient ces valeurs fondamentales. Une analyse approfondie faisant ressortir les liens au niveau des valeurs entre les différents acteurs, pourrait éventuellement servir de guide pour une éthique de la vertu, ainsi que susciter la discussion entre les professionnels de la santé et ce, à partir des fondements d'une éthique de la discussion, comme nous le verrons dans la prochaine section.

L'approche plurielle proposée à la Figure 2, qui met les différents acteurs en interaction et par sa complexité, soulève également de nouvelles questions. Par exemple, est-ce que l'éthique est

¹² De telles distinctions ont été faites par Frédéric Lesemann (2002) dans l'article Le bénévolat : de la production « domestique » de services à la production de « citoyenneté ». Il s'agit d'un tout autre sujet d'étude, soit l'analyse du bénévolat comme activité de bien-être collectif, mais qui est basée sur une épistémologie fonctionnaliste et comme dans le cas présent, met en interaction 4 acteurs distincts, mais complémentaires qui interagissent pour produire des services et éventuellement, la citoyenneté.

réellement spécifique à un seul rôle ? Est-ce que la médecine militaire est plus, ou alors moins neutre que la médecine humanitaire ? Quelles sont les circonstances dans lesquelles il peut être acceptable de supplanter la priorité des patients aux considérations collectives ? Quand et comment le médecin militaire doit-il négocier les intérêts de son patient avec la nécessité militaire ? Poser ces questions revient à démontrer que la responsabilité dans la réflexion éthique est partagée entre plusieurs acteurs et intervenants qui ont leur spécificité, mais qui sont aussi interdépendants. Le problème ne se trouve plus strictement dans la double loyauté professionnelle, mais dans l'ensemble du contexte, permettant ou non aux médecins d'agir comme agent moral.

Ainsi, les lois internationales humanitaires peuvent tenir compte des nouvelles formes de conflit et de leur impact sur le travail médical, en proposant des règles plus claires. Les associations médicales ou ordres professionnels sont en mesure de reconnaître que, si le médecin est aujourd'hui un acteur social, l'éthique individualiste peut se transformer en éthique sociale pour protéger les groupes et la collectivité. Ces associations professionnelles ont également des responsabilités au niveau éthique et peuvent guider leurs membres en étant plus proactives et en les rendant imputables de leurs comportements. L'autorité des associations peut également agir comme contrepoids à l'autorité ou à la pression militaire, en fournissant des arguments d'éthique professionnelle.

L'institution militaire peut quant à elle, respecter les médecins (et les autres professionnels de santé) en : les aidant à agir de façon éthique, en reconnaissant l'existence de contraintes autres que celles reliées à la nécessité militaire, ainsi qu'en acceptant le dialogue. C'est d'ailleurs la philosophie adoptée par la Défense nationale du Canada dans son approche éthique. Toutefois, son application est plus difficile dans un contexte stressant comme les opérations militaires, car elle exige un haut niveau de réflexion éthique (Sanschagrin, 2006). L'institution a aussi une responsabilité afin d'éviter la sur-identification au rôle militaire de leur personnel non combattant et pour faciliter la dénonciation d'abus.

De leur côté, les patients peuvent reconnaître et se soumettre à l'obligation de placer les impératifs sociaux et sociétaux au-dessus des considérations individuelles, dans certaines

circonstances particulières. C'est d'ailleurs déjà le cas des soldats qui font le serment de « servir avant soi ».

Enfin, les médecins militaires ont la responsabilité d'apprendre à distinguer la nécessité militaire de l'intérêt militaire, à savoir balancer les bénéfices militaires et les risques pour les patients. Ils doivent aussi savoir identifier les niveaux de dilemmes auxquels ils sont confrontés et ce, à partir d'une analyse multidimensionnelle. Identifier quels sont les acteurs impliqués leur permettra d'ailleurs de déterminer quelles sont les différentes responsabilités et d'établir où se situe la leur.

Une telle approche plurielle permet d'inscrire la réflexion sur l'éthique médicale, qu'elle soit militaire ou non, dans une dynamique d'interaction entre divers acteurs interdépendants. Cela, même si dans le contexte clinique, la relation patient-médecin demeure au centre de la problématique. D'ailleurs, l'AMM (2009), dans son manuel sur l'éthique médicale, convient que :

« Même si le Code international d'éthique médicale déclare que « le médecin doit à ses patients la plus complète loyauté », il est généralement accepté que les médecins peuvent dans des situations exceptionnelles devoir placer l'intérêt des autres avant celui du patient. Le problème éthique qui se pose est de savoir quand et comment protéger le patient face aux pressions des tiers. » (p.66)

Dans le contexte militaire, le tiers constitue non seulement l'institution militaire, mais aussi l'État régissant la guerre et aujourd'hui, le public qui la juge à travers les médias. Une approche systémique reconnaît que les obligations éthiques des médecins ne peuvent pas toujours transcender les exigences sociales, politiques, économiques et même personnelles, au seul profit de l'intérêt du patient. Ainsi, l'éthique de la médecine militaire exige une réflexion fondamentale sur le rôle du médecin au sein de notre société, de même que dans la guerre en particulier. Elle encourage également un partage des responsabilités entre les acteurs, pour maintenir un climat éthique dans le contexte très difficile que sont les conflits armés et les opérations de paix, ainsi qu'elle favorise l'identification et la prise de décision de dilemmes éthiques. En ce sens, le médecin militaire n'est plus isolé devant les conflits éthiques potentiels.

Proposition de formation

En tenant compte de cette analyse théorique, ainsi que des résultats obtenus et des suggestions des médecins militaires eux-mêmes lors des entrevues, nous proposons quelques éléments susceptibles de bonifier la formation en éthique, déjà offerte dans le cadre du PED. L'objectif visé est d'optimiser la culture éthique au sein des services de santé des Forces canadiennes, en améliorant la capacité des professionnels de la santé à reconnaître les dilemmes et à prendre des décisions éthiques. La formation proposée s'adresserait spécifiquement aux professionnels de la santé et porterait sur l'analyse comparative des codes, des règles, ainsi que des politiques médicales et militaires, et pourrait se faire à partir d'études de cas provenant de l'expérience même des professionnels de la santé canadiens. Elle sensibiliserait à une éthique de la discussion et compléterait la formation générale offerte dans le cadre du PED, celle-ci visant plutôt une éthique organisationnelle. Évidemment, il s'agit d'une proposition qui demanderait d'être développée et détaillée.

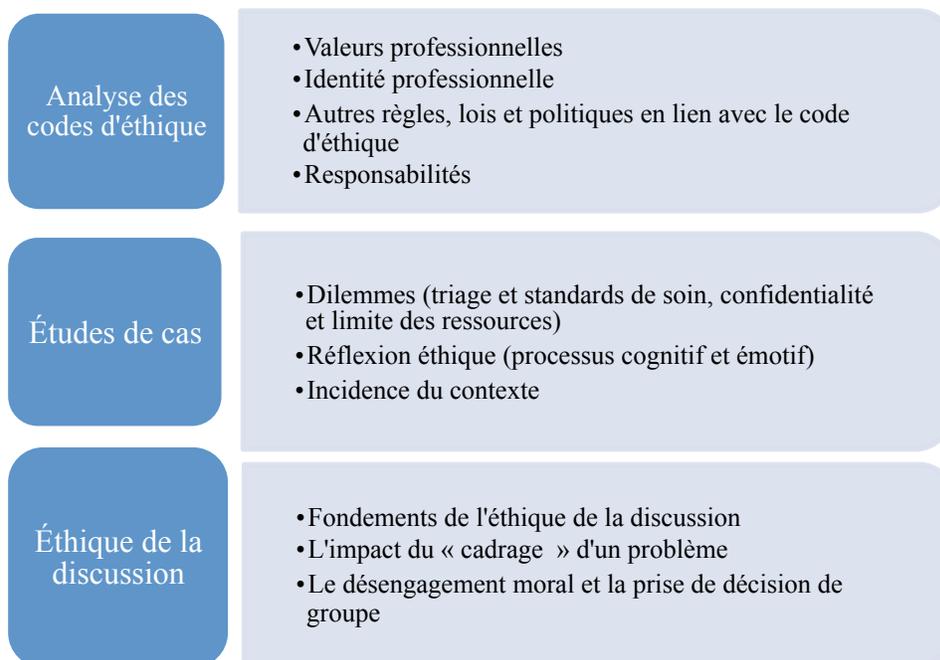
Formation éthique particulière pour les services de santé des Forces canadiennes

Tout d'abord, tel que recommandé par trois répondants lors des entrevues, ainsi que confirmé par la littérature, il nous apparaît pertinent pour les FAC de planifier et d'offrir en plus de la formation existante, des formations éthiques spécifiques aux professionnels de la santé. Cette proposition va dans le sens d'une étude empirique effectuée auprès de l'armée américaine, démontrant qu'en plus de l'importance d'un leadership éthique à tous les niveaux de l'organisation, la culture éthique à l'intérieur même des unités a un impact significatif sur les comportements (Schaubroeck et al., 2012). Une formation plus ciblée pour les professionnels de la santé, avec des cas concrets déjà vécus par des médecins militaires, pourrait également diminuer l'impression partagée par la moitié des répondants, à l'effet que l'éthique ne s'enseigne pas, qu'une personne est ou n'est pas éthique. Une formation qui tiendrait compte des particularités du travail de ces professionnels, qui favoriserait le développement d'une vision partagée (concernant les contraintes et les difficultés potentielles dans le travail), ainsi que des outils disponibles pour y répondre. Une telle formation pourrait éventuellement palier à la difficulté émergeant des entrevues et faciliter l'identification des dilemmes éthiques. La capacité d'identifier des dilemmes et enjeux éthiques ainsi que les conflits de valeurs qu'ils

engendrent constituent certainement une base essentielle afin d'aider à améliorer le jugement éthique. De plus, les recherches tendent à démontrer que les comportements non éthiques peuvent être atténués lorsque des pairs discutent et échangent sur l'éthique, donnant ainsi de l'importance à cet aspect de leur travail (Treviño, 2014).

Les arguments sont donc forts pour appuyer et développer l'idée d'avoir des formations spécifiques aux membres des services de santé, permettant de préciser et concrétiser les notions générales présentées dans le PED. À la lumière des commentaires des répondants, de l'analyse des résultats ainsi que de la littérature sur la formation en éthique, nous proposons quelques idées de contenu et de format, afin d'élaborer une telle formation.

Figure 3 : Thèmes de la formation spécifique aux membres des SSFC



Analyse du code d'éthique militaire et médical : règles, valeurs, identité professionnelle

Un élément suggéré par les répondants et qui nous semble essentiel d'intégrer dans une formation spécifique, est l'analyse approfondie des différences et similitudes entre les codes d'éthique des deux professions (médicale et militaire). Cette analyse permettrait d'explorer par

exemple, la notion de confidentialité, (perçue comme un défi éthique plus fréquent dans le contexte militaire), ou encore la question de la conciliation des besoins des patients et de l'institution (ou de la mission). En identifiant d'emblée les similitudes et les distinctions entre les deux codes, une discussion et une réflexion pourraient être amorcées et par conséquent, encourageraient une vision éthique commune au sein des services de santé des FAC. Par exemple, il serait certainement profitable, tels que le suggèrent Benatar et Upshur (2008), d'utiliser les principes de l'éthique en santé publique (efficacité, proportionnalité, nécessité, prévention, réciprocité et transparence etc.), pour discuter autour des différences entre les deux codes.

L'étude des codes éthiques favoriserait l'analyse des valeurs de chacune des professions, et ainsi d'aider les participants à identifier et situer leurs propres valeurs. De même, une présentation et une discussion autour du concept de l'identité professionnelle et de son incidence sur le jugement moral, permettraient aux médecins militaires de prendre conscience de ce lien. (Leavitt et al., 2012). L'analyse des codes d'éthique est aussi l'occasion d'aborder les règles, politiques et lois qui s'appliquent dans le cas de conflits, c'est-à-dire les lois humanitaires internationales spécifiques aux professionnels de la santé, mais également les règles d'engagement et d'éligibilité médicale. Plusieurs répondants ont dit s'être référés de façon systématique aux règles d'éligibilité médicale pour prendre des décisions. D'où la pertinence de bien expliquer et discuter de la manière dont celles-ci s'articulent avec les autres règles, codes et politiques, ainsi que d'identifier les contradictions potentielles.

Des études de cas spécifiques : dilemmes et réflexion éthique, acteurs et responsabilités

La moitié des répondants a suggéré l'utilisation d'études de cas pour favoriser l'échange et la discussion sur les enjeux éthiques liés à leur rôle. Selon les répondants, l'analyse de cas concrets les encourageraient à mieux définir le rôle du médecin militaire et ses implications, d'orienter la discussion autour de dilemmes particuliers, ainsi que d'appriivoiser le processus de réflexion éthique. En fait, les médecins ont exprimé plusieurs idées sur le contenu et la forme que devraient prendre ces études de cas. Les idées originales et le dynamisme manifestés à travers leurs suggestions, nous font croire qu'il serait judicieux d'impliquer le

personnel dans la conception de la formation. Par exemple, ils ont suggéré que les cas soient basés sur des expériences vécues par les médecins militaires lors de missions antérieures, dans les Balkans ou en Afghanistan, de même que les discussions soient animées par un médecin sénior reconnu pour son leadership et son intégrité, donc admiré par ses pairs. Sans aucun doute, ces propositions susciteraient l'intérêt et la participation des professionnels de la santé. La littérature sur la formation éthique dans le contexte militaire suggère également l'utilisation de scénarios concrets pour la formation éthique des militaires, ainsi que l'utilisation de leader pour animer les discussions (Thompson et Jetly, 2014; Warner et al., 2011).

Des cas tirés de l'expérience des professionnels de la santé traiteraient certainement d'iniquité dans les soins de santé (triage différent entre locaux et internationaux et de limites des ressources), de confidentialité, de pressions des collègues et commandants pour établir un diagnostic rapide, etc. Ces expériences serviraient à illustrer que la réflexion éthique peut, dans certains cas, être à la fois un processus émotif et cognitif (Green, 2009; Haidt, 2001). Elles pourraient aussi aider à faire comprendre le rôle du stress dans les décisions morales (Thompson et Jetly, 2014), tout comme démontrer que la façon de poser le problème peut avoir un impact important sur le jugement moral, ainsi que sur l'identification des variables de désengagement moral (Bandura, 1999, 2002). Bref, les cas sont une façon efficace d'identifier et de décortiquer les facteurs contextuels, les acteurs impliqués (tel que démontré dans le schéma intégrateur) et distinguer les responsabilités, afin que les professionnels de la santé sachent reconnaître leurs responsabilités, mais également celle des autres acteurs impliqués.

Certainement, l'analyse de cas tirés de l'expérience même de médecins militaires canadiens dans un contexte de travail connu et partagé par tous, encouragerait la réflexion éthique et la discussion autour des actions possibles. Cette formation contribuerait à développer chez les participants, la capacité d'identifier les éléments éthiques d'une situation (*moral awareness*) et d'améliorer leur jugement éthique et leur confiance pour faire face à des situations morales complexes (Johnson, 2011 dans Thompson et Jetly, 2014).

Éthique de la discussion : l'art de développer une culture éthique

Enfin, l'une des méthodes les plus appréciées par les répondants pour résoudre les défis éthiques, était la discussion de groupe. L'un des principes importants chez les militaires est le travail d'équipe. Il est donc possible de capitaliser sur ce principe partagé et sur ce besoin ressenti de discuter entre professionnels de la santé des cas les plus difficiles, afin de les former à l'éthique de la discussion. D'ailleurs, une étude a démontré que d'offrir la possibilité d'avoir des discussions éthiques entre collègues, incitait à prendre des décisions plus éthiques (Gunia et al., 2012 dans Treviño, 2014). Toutefois, la discussion de groupe ne signifie pas de déresponsabiliser les individus dans la prise de décision. La formation doit donc viser à sensibiliser les participants aux variables pouvant influencer le jugement éthique, telles que le stress relié aux pressions de temps et de ressources, des pairs etc., et être axée sur les bases d'une réflexion éthique, tout comme sur la prise de décision commune, donc d'une éthique de la discussion.

À la base de l'éthique de la discussion, il y a une tentative de réconciliation du juste et du bien commun, ce qui correspond tout à fait aux besoins en médecine militaire. En effet, d'après Habermas (1992), l'éthique de la discussion :

« Explique pourquoi les deux principes (justice et bien commun) se rapportent à une seule et même source de morale – précisément à la vulnérabilité, nécessitant compensation, d'êtres vivants qui ne peuvent s'individualiser que par socialisation, de sorte que la morale ne peut pas protéger l'un sans l'autre : les droits de l'individu sans le bien de la communauté à laquelle il appartient. » (p.21)

Elle permet de concilier différents points de vue et approches, afin de déterminer des normes éthiques en fonction d'une situation donnée. En ce sens, elle nous apparaît comme étant une approche appropriée. Évidemment, l'éthique de la discussion est peu adéquate dans un contexte d'urgence. Toutefois, puisque la discussion autour de défis éthiques a été l'un des mécanismes de résolution le plus utilisé selon les répondants, dans le cadre de leur mission en Afghanistan, il nous semble pertinent de prévoir un minimum de formations reliées à l'éthique de la discussion et à ses fondements moraux.

L'éthique de la discussion n'implique pas une obligation d'action ni l'institutionnalisation des normes de discussion, mais plutôt une idéalisation de la communication (Habermas, 1992). Ainsi, une formation à l'éthique de la discussion exige d'en comprendre les principes, le but étant de communiquer afin de transcender les différents points de vue et d'établir des normes acceptables pour tous. Ces principes, ainsi que la base morale de l'éthique de la discussion (soit la volonté de chacun d'agir en tant qu'agent moral), doivent être compris afin que la décision de groupe ne devienne pas un échappatoire à la réflexion, ainsi qu'à la prise de décisions individuelles. Car comme le rapporte Treviño (2014), même s'il n'y a pas eu beaucoup de recherches sur les décisions prises en groupe : « *it seems reasonable to expect that unethical behavior will be higher in groups because of moral disengagement (e.g., diffusion of responsibility) or that certain members of groups may have more or less influence on (un)ethical decisions* » (2014 p.653). Il s'agit ici par contre d'une intuition de recherche de la part de cet auteur qui suggère d'explorer plus amplement les différentes influences potentielles sur les comportements éthiques (ou non) des individus dans les entreprises. En plus de l'influence des groupes sur l'éthique, Treviño (2014) précise que la recherche jusqu'à présent a très peu exploré l'incidence de certains éléments structurels, par exemple l'impact des systèmes d'autorité et de pouvoir dans les organisations sur les comportements éthiques. Selon l'auteur, ces éléments demeureraient sous explorés dans la recherche sur la gestion de l'éthique dans les organisations.

Malgré ces limites dont il faut évidemment tenir compte, par sa nature participative, l'éthique de la discussion permet de recadrer le problème de différentes façons pour limiter les biais et ainsi augmenter les chances de bien situer et comprendre les dilemmes éthiques. En effet, les cadres d'analyse qui tiennent compte de plusieurs dimensions (économique, politique, d'intérêt personnel ou organisationnel, par exemple) protègent contre un certain aveuglement éthique qui débouche généralement sur des décisions non-éthiques (Palazzo et Krings, 2012). D'où l'importance d'une préparation adéquate au préalable à ce que constitue les bases d'une bonne discussion dans un cadre participatif et démocratique.

D'une certaine façon, une formation plus ciblée pour les professionnels de la santé suppose de mettre l'accent sur les individus, l'expression de leurs valeurs et sur leurs jugements moraux,

alors que le PED porte plutôt sur l'organisation dans son ensemble, ainsi que sur l'établissement d'un climat éthique organisationnel. Une formation spécifique au groupe de professionnels de la santé, se préoccuperait d'analyser et de comparer les valeurs individuelles, professionnelles et organisationnelles, tout comme d'identifier d'emblée s'il y a ou non, congruence. D'ailleurs, ceci va dans le sens des critiques émises à l'égard des approches en « *business ethics* », qui ont tendance à tenir seulement compte des acteurs individuels ou organisationnels, alors que ces deux types de facteurs influencent le processus de décision éthique (Ambrose et al., 2008; Elango et al., 2010). Cette approche répond également à l'analyse tant théorique qu'empirique de la présente recherche, à l'effet que les situations en médecine militaire sont complexes et comprennent plusieurs acteurs qui, à travers leurs diverses interactions et leurs valeurs, exercent une influence sur le jugement éthique.

Synthèse

En résumé, il existe des zones grises au niveau éthique, quant au travail du médecin militaire dans un contexte de conflit armé, certaines étant prévisibles (la confidentialité, la certification pour le retour au combat, le triage), alors que d'autres moins (les enjeux liés aux iniquités des soins de santé et aux limites de ressources). Pour éviter des écarts de conduite et aider les médecins à ne pas perdre de vue leur rôle et leurs fonctions au sein de l'armée (selon leur propre définition et perception de ce rôle), nous sommes d'avis qu'ils doivent s'y préparer par une sensibilisation adéquate autour de situations concrètes et de cas vécus : d'où la proposition de formation spécifique aux professionnels de la santé. Dans certains cas, le médecin militaire doit prendre en considération les objectifs de la mission en plus de l'intérêt individuel d'un patient. Dans ces cas, et afin d'agir de façon consciente en évitant d'être instrumentalisé, il a besoin de savoir reconnaître la situation et ensuite de l'analyser (identifier les enjeux), afin de prendre la décision qui correspond à la fois aux lois humanitaires internationales, à ses codes de déontologie et à son propre jugement moral.

Tout ne repose pas entièrement sur le médecin, mais le fait d'anticiper quelques-uns des défis éthiques se retrouvant dans ces zones grises et de donner l'occasion d'en discuter, démontre

aux professionnels de la santé que l'institution les soutient réellement au plan éthique. Reconnaître ensemble qu'il n'y a pas une seule « bonne » réponse à des défis éthiques, mais plutôt une façon de poser les bonnes questions, constitue selon nous, un premier élément pour briser le silence autour des contraintes que vivent les médecins militaires (et les autres professionnels de santé). Plusieurs participants à l'étude nous ont admis qu'ils avaient apprécié l'entrevue, qu'elle leur avait donné l'occasion de réfléchir et de partager leur expérience au plan éthique. Alors qu'ils reconnaissent que l'armée canadienne est une institution « très éthique », ils avouent avoir ressenti le besoin à leur retour, de revoir certaines expériences et d'en discuter, mais regrettaient de ne pas avoir trouvé de lieu pour le faire. Tel que l'ont exprimé des participants : « *I'm sure some of my nurses and medical technicians are still struggling about some of the ethical things they saw, or that they were part of* »; « *Tu ne peux pas aller dans des places comme ça puis revenir et tu n'es pas changé, c'est impossible* »; « *Because there are issues that, you know,, you have to be prepared to deal with in combat... you can't avoid them...but... people...collectively, will come up with great solutions* ». (#1,13,14). Finalement, pour résumer l'importance de partager entre pairs, un participant suggère la règle suivante en médecine militaire: « *Never worry alone* » (#4).

BIBLIOGRAPHIE

- ABIM Foundation, ACP–ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine. (2002). “Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter.” *Annals of Internal Medicine* 136 (3): 243–46.
- ADLER, P.S., KWON, S.W. HECKSCHER, C. (2008) Professional Work : The Emergence of Collaborative Community. *Organization Science*. 9(2) p.359-376.
- ALLMARK, P. (2006) An Argument for the Use of Aristotelian Method in Bioethics, *Medicine, Health Care Philosophy*, 9 p. 69-79
- ALLOFF, F. (2008) *Physicians at War : The Dual Loyalty Challenge*, N.Y. Springer. 274 p.
- AMA, American Medical Association (2001) Principles of Medical Ethics (2001), Chicago, Illinois. <http://www.cirp.org/library/statements/ama/>
- AMBROSE, M.L., ARNAUD, A. and SCHMINKE, M. (2008) Individual Moral Development and Ethical Climate: The Influence of Person-Organization Fit on Job Attitudes. *Journal of Business Ethics*, 77 (3). p. 323-333.
- AMC, ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE (2009) Reconnaissance publique de l’AMC pour le travail exceptionnel des médecins des FC. Publication d’une lettre adressée au Chef d’État major de la Défense nationale, le 15 juin 2009 signé par Robert Ouellet, président de l’AMC. [en ligne] <http://www.forces.gc.ca/site/news-nouvelles/view-news-afficher-nouvelles-fra.asp?id=3035> accédé le 4 août 2009
- AMM, Association Médicale Mondiale (2004) *Regulations in Times of Armed Conflict*. Adopted by the 10th World Medical Assembly, Havana, Cuba, October 1956, and Edited by the 11th World Medical Assembly, Istanbul, Turkey, October 1957, and Amended by the 35th World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1983 and The WMA General Assembly, Tokyo 2004, and Editorially revised at the 173rd Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 06.[en ligne] <http://www.wma.net/e/policy/a20.htm>
- AMM, Association Médicale Mondiale (2009) *Manuel d’éthique médicale*. 2nd Edition. WMA Ethics Unit. Ferney-Voltaire Cedex, France. 140p. [en ligne] http://www.wma.net/fr/30publications/30ethicsmanual/pdf/ethics_manual_fr.pdf
- ANCIENS COMBATTANTS CANADA (2008) Les Forces armées canadiennes en Afghanistan. [en ligne] <http://www.veterans.gc.ca/fra/remembrance/history/canadian-armed-forces/afghanistan>
- ANNAS, G. J. (2008). Military medical ethics--physician first, last, always. *N Engl J Med*, 359, p.1087-90.

- APPLBAUM, A. I. (2000) *Ethics for Adversaries: The Morality of Roles in Public and Professional Life*, Princeton University Press. 288 p.
- AQUINO A., REED, A. (2002) The Self Importance of Moral Identity *Journal of Personality and Social Psychology* 83(6) 1423–1440.
- AQUINO A., REED, A. THAU, S. FREEMAN, D. (2007) A Grotesque Dark Beauty: How Moral Identity and Mechanisms of Moral Disengagement Influence Cognitive and Emotional Reactions to War. *Journal of Experimental Social Psychology*. 43. p. 385-392
doi:10.1016/j.jesp.2006.05.013
- AQUINO, A., REED, A. FREEMAN, D. LIM, V.K.G., FELPS, W. (2009) Moral Behavior: The Interactive Influence of Situation and Moral Identity. *Journal of Personality and Social Psychology*. 97 (1) p. 123-141. doi: 10.1037/a0015406
- ARYA N. (2004) , ‘Peace through Health II: A Framework for Medical Student Education, *Medicine, Conflict and Survival*, 20(3), p.258 - 262.
Doi: 10.1080/1362369042000248848
- BANDURA, A. (1999) Moral Disengagement in the Perpetration of Inhumanities, *Personality and Social Psychology Review*, 3 (3)p. 193-209.
- BANDURA. A. (2002) Selective Moral Disengagement in the Exercise of Moral Agency. *Journal of Moral Education*. 31 (2) p.101-119.
- BARIL, D. (2008) *Les principes de la guerre juste peuvent-il s’appliquer au terrorisme*. Forum, Université de Montréal.
<http://nouvelles.umontreal.ca/content/view/987/228/>
- BAYER, R. FAIRCHILD A.L. (2004). The Genesis of Public Health Ethics. *Bioethics*, 18 (6) p. 473-492.
- BECKETT, A. PELLETIER, P., MAMCZAK, C., BENFIELD, R. ELSTER, E. (2012) Multidisciplinary trauma team care in Kandahar, Afghanistan: Current injury patterns and care practices, *Injury, Int. J. Care Injured* 43. p. 2072–2077.
- BEAM, T.E.. HOWE, E.G. (2003) A Proposed Ethic for Military Medicine, dans Beam, T.E; Sparino, L.R. (eds), *Military Medical Ethics*, Volume 1, Falls Church, VA: Office of the Surgeon General p.851-855.
- BECKETT, A. PELLETIER, P., MAMCZAK, C., BENFIELD, R. ELSTER, E. (2012) Multidisciplinary Trauma Team Care in Kandahar, Afghanistan: Current Injury Patterns and Care Practices, *Injury, Int. J. Care Injured* 43. p. 2072–2077.
- BENATAR, S. R. , UPSHUR, R. E. (2008). Dual Loyalty of Physicians in the Military and in Civilian Life. *Am J Public Health*, 98. p. 2161-67.

- BLANK, L.; KIMBALL, H.; McDONALD, W; MERINO, J., for the ABIM Foundation, ACP Foundation, and European Federation of Internal Medicine (EFIM) (2003) Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter: 15 Months Later, *Ann Intern Med* ; 138: 839-841.
- BLASI, A. (1980) Bridging Moral Cognition and Moral Action: A Critical Review of the Literature. *Psychological Bulletin*, 88(1) p.1-45.
- BLASI, A. (1993). The Development of Identity: Some Implications for Moral Functioning. dans G. G. Naom & T. E. Wren (Eds.), *The moral self* (p. 99–122). Cambridge, MA: MIT Press
- BLASI, A. (2004) Moral functioning: Moral Understanding and Personality dans *Moral Development, Self, and Identity*. Daniel K. Lapsley, Darcia Narvez.(eds) Psychology Press, 371 p.
- BLOCHE, M. G. (1999). Clinical Loyalties and the Social Purposes of Medicine. *JAMA*, 281, p.268-74.
- BLOCHE, M.G. MARKS. J.H. (2005a) Doctors and Interrogators at Guantanamo Bay. *New Engl J Med* ; 353. p.6-8
- BLOCHE, M. G. ; MARKS, J. H. (2005b). When Doctors Go to War. *N Engl J Med*, 352, p.3-6.
- BMA British Medical Association (2012) *Ethical Decision Making for Doctors in the Armed Forces: a tool kit*. BMA Medical Ethics Committee and Armed Forces Committee.:51p. [en ligne] <http://bma.org.uk/practical-support-at-work/ethics/armed-forces-ethical-decision-making-toolkit>
- BORRY, P., SCHOTSMANS, P., DIERICKX, K. (2005) The Birth of the Empirical Turn in Bioethics, *Bioethics*, 19 (1) p. 49-71
- BRITISH MEDICAL ASSOCIATION (BMA) (2012) *Ethical Decision-making for Doctors in the Armed Forces* BMA Medical Ethics Department, London, 54p. bma.org.uk/ethics
- BRISEBOIS,R., HENNECKE,P., KAO, R., MCALISTER,V., PO,J., STEIGELMAR R., TIEN,H. (2011) The Role 3 Multinational Medical Unit at Kandahar Airfield 2005-2010. *J.Can.Chir.* 54 p.124-129.
- BRISEBOIS, R.J., TIEN, H.C. (2011) Surgical Experience at the Canadian-Led Role 3 Medical Unit in Kandahar, Afghanistan. *The Journal of Trauma, Injury, Infection and Critical Care*. 71 (5) p. 397-400.

- BROWN, M.E., TREVIÑO, L.K. (2005) Ethical Leadership: a Review and Future Directions. *The Leadership Quarterly*, 17. p. 595–616.
- BUSH, G.W. (2002) *Humane Treatment of al Qaeda and Taliban Detainees. Memorandum of the Vice-President*. [en ligne]
<http://www.washingtonpost.com/wp-srv/nation/documents/020702bush.pdf>
- CALLAHAN, D. (2003) Principlism and Communitarianism. *Journal of Medical Ethics*. 29. 287-291 [en ligne] <http://jme.bmj.com/content/29/5/287.full.pdf+html>
- CALLAHAN, D. JENNINGS, B. (2002) Ethics and Public Health: Forging a Strong Relationship. *American Journal of Public Health*. 92 (2).p.169-176.
- CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION (1956). *CMA Code of Ethics*. CMA.
http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content_Images/Inside_cma/Ethics/Code-of-Ethics/1956.pdf
- . 1970. *CMA Code of Ethics*. CMA.
http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content_Images/Inside_cma/Ethics/Code-of-Ethics/1970.pdf.
- . 1996. *CMA Code of Ethics*. CMA.
http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content_Images/Inside_cma/Ethics/Code-of-Ethics/1996.pdf.
- . 2004. *CMA Code of Ethics*. CMA. <http://www.cma.ca/code-of-ethics>.
- CARSWELL, A. J. (2003) Classifying the conflict: a soldier's dilemma. *International Review of the Red Cross*. 91 (873):144-161 [en ligne]:
<https://www.icrc.org/eng/resources/documents/article/review/review-873-p143.htm>
- CSHP-Canadian Society of Hospital Pharmacists (2009) Role 3 Multinational Medical Unit Kandahar Air Field, Afghanistan. *Can J Hosp Pharm*. 62(3) p. 244[en ligne].
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2829971/>
- CBC NEWS WORLD (2014) Canadian Military involvement in Afghanistan formally ends March 12, *The Canadian press*. [en ligne]
<http://www.cbc.ca/news/world/canadian-military-involvement-in-afghanistan-formally-ends-1.2569162>
- CHAPOULIE, J.M. (1973) Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels. *Revue Française de sociologie*, 14 (1) : 86-114. [en ligne] <http://www.jstor.org/stable/3320324>
- CHILDRESS, J.F., FADEN, R.R., GAARE, R.D. GOSTIN, L.O, KAHN, J. BONNIE, R.J. KASS, N.E., MASTROIANNI, A.C., MORENO, J.D. NIEBURG, P. (2002) *Public Health Ethics : Mapping the Terrain. The Journal of Law, Medicine & Ethics* 20(2) : 170-178.

- CHILDRESS, J.F. (2008) Conclusions and Next Steps dans Weisfeld, N. E.; D. Weisfeld, V.D. and Liverman, C.T. (eds) *Military Medical Ethics: Issues Regarding Dual Loyalties: Workshop Summary*. The National Academies Press. [en ligne] <http://www.nap.edu/catalog/12478.html>
- COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DE LA SÉCURITÉ NATIONALE ET DE LA DÉFENSE (2008) Soins offerts aux soldats canadiens malades ou blessés 39^{ième} législature, 2^{ième} session. Gouvernement du Canada. 28 pages [en ligne] <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/392/defe/rep/rep12aug08-f.pdf>
- COULON, J. LIÈGE, M. (2010) Qu'est il advenu du maintien de la paix ? L'avenir d'une tradition. *Institut Canadien de la Défense et des Affaires Étrangères*. 58p. [en ligne] <http://www.cdfai.org/PDF/Whatever%20Happened%20to%20Peacekeeping%20The%20Future%20of%20a%20Tradition%20-%20French.pdf>
- CRESWELL, J.W. (1998) *Qualitative Inquiry and Research Design*, Thousand Oaks: Sage, 403p.
- CRUESS, S.R. CRUESS R. L. (2000) Professionalism : a Contract Between Medicine and Society. *CAMJ*, 162 (5) p. 668-669.
- CRUESS, S.R., JOHNSTON, S. CRUESS, R. (2002) Professionalism for Medicine : Opportunities and Obligations. *Medical Journal of Australia*, 177.p. 208-211..
- CRUESS, S.R., JOHNSTON, S. CRUESS, R. (2004) "Profession": A Working Definition for Medical Educators. *Teaching and Learning in Medicine*, 16 (1) p.74-76..
- DARRE, É. (2002) "Droit international humanitaire : Problèmes éthiques posés au médecin", Mémoire, Université Aix Marseille. [en ligne] http://memoireonline.free.fr/08/06/203/m_droit-humanitaire-problemes-ethiques-poses-au-medecin0.html#toc0^
- DAUPHIN, M. (2013) *Combat Doctor: Life and Death Stories from Kandahar's Military Hospital*. Dundurn, Toronto. 261p.
- DEFENSE NATIONALE (2008) Rôle et responsabilité des services de santé des forces canadiennes. [en ligne] <http://www.forces.gc.ca/health-sante/au-sn/roles-fra.asp>
- De GRAZIA, D. (2003) Common Morality, Coherence and the Principle of Biomedical Ethics. *Kennedy Institute of Ethics Journal*. 13 (3):219-230.
- DEPARTMENT OF NATIONAL DEFENSE (1994) *Canadian Forces Officer General Specification*. Revision 2, A-PD-150-001/AG-001. Government of Canada.

- . 1997. “Terms of Reference: Defence Ethics Program.” <http://www.forces.gc.ca/en/about/ethics-terms-reference-letter.page?>
- . 2002. *Fundamentals of Canadian Defence Ethics*. Ottawa, ON: Defence Ethics Programme, National Defence. http://www.forces.gc.ca/assets/FORCES_Internet/docs/en/about/fundamentals-fondements-eng.pdf
- . 2005. *Introduction to Defence Ethics: Student Manual*. 2nd ed. Ottawa, ON: Government of Canada.
- . 2009. *Duty with Honour: The Profession of Arms in Canada*. 2nd ed. Ottawa, ON: Government of Canada.
- . 2013a. “DND and CF Code of Values and Ethics.” <http://www.forces.gc.ca/en/about/code-of-values-and-ethics.page?#f.code1>
- . 2013b. “Statement of Defence Ethics.” <http://www.forces.gc.ca/en/about/statement-of-defence-ethics.page?>
- . 2014. “Defence Ethics Programme.” <http://www.forces.gc.ca/en/about/defence-ethics.page>.
- DÉSILET, L.P.(2004) La contribution du Canada à la reconstruction de l’Afghanistan une mise en application du concept de « sécurité humaine. *CDAI-CDFAI 7th Annual Graduate Student Symposium, RMC, Octobre 29-30,*
- DESLAURIERS, J.P, KERISIT, M. (1997) Devis de recherche et échantillonnage Dans J. Poupart, JP Deslauriers, L.Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, A. Pirès (Eds) : *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, (85-112) Boucherville : Gaëtan Morin.406 p.
- DIRECTOR HUMAN RESOURCES RESEARCH AND EVALUATION (2000). *Baseline Assessment of Ethical Values in DND - Phase 2 Report: Results of the 1999 Research*. Ottawa, ON: Department of National Defence, Government of Canada. http://www.forces.gc.ca/assets/FORCES_Internet/docs/en/about-reports-pubs-ethics/ethical-values-assessment-phase-2.pdf
- DRANE, J.F. (2002) What is Bioethics? A History. dans: Lolas FS, Agar LC, eds. *Interfaces between bioethics and the empirical social sciences* [Regional program on bioethics OPS/OMS publication series 2002]. Third Meeting of the international advisory board on bioethics. Buenos Aires : Pan American Health Organization and WHO; October 2001. pp. 15-32.
- DURAND, G., DUPLANTIE,A, LAROCHE,Y. and LAUDY,D. (2000) *Histoire de L’éthique Médicale et Infirmière*. Montréal: Les Presses de l’université de Montréal, 361p.

- DURAND, G. (2005). *Introduction générale à la bioéthique : histoire, concepts et outils*, Québec, Fides, 565 p.
- DURANTE, C. (2009) Bioethics in a Pluralistic Society: Bioethical Methodology in the Lieu of Moral Diversity. *Medical Health Care and Philos* 12: 35-47
- DURSON, S, MORROW, R.O, and BEAUCHAMP, D.L.J. (2005). *2003 Defence Ethics Survey Report*. Sponsor Research Report 2004--18. Ottawa, ON: Director Human Resources Research and Evaluation, Government of Canada. http://www.forces.gc.ca/assets/FORCES_Internet/docs/en/about-reports-pubs-ethics/2003-ethics-survey-report.pdf
- ELANGA, P., PAUL, P. KUNDU, S.K., PAUDEL, S.K. (2010) Organizational Ethics, Individual Ethics, and Ethical Intentions in International Decision-Making. *Journal of Business Ethics*. 97, p. 543-561. DOI 10.1007/s10551-010-0524-z
- ELSEA, J.K. (2007) Treatment of "Battlefield Detainees" in the War on Terrorism, Congressional Research Service Report for Congress, January 23, 59 p. .[en ligne] <http://www.fas.org/sgp/crs/terror/RL31367.pdf>
- EMMANUEL, E. (2002). The Relevance of Empirical Research in Bioethics. Dans F. Lolas, L. Agar. *Interfaces between Bioethics and the Empirical Social Sciences*. (99-110). Regional Program on Bioethics OPS/OMS Publication Series – 2002
- ENGELHARDT, H. (2003) The Bioethics Consultant: Giving Moral Advice in the Midst of Moral Controversy. *HEC Forum*. 15 (4) p.362-82.
- ERIKSSON, S. HELGESSON, G. HÖGLUND A.T. (2007) Being, Doing, and Knowing: Developing Competence in Health Care. *Journal of Academic Ethics* 5: 207-216.
- ERIKSSON, S., HÖGLUND, A.T, HELGESSON, G. (2008). Do Ethical Guidelines Give Guidance? A Critical Examination of Eight Ethics Regulations. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 17, p.15–29
- EVETTS, J.(2006) The Sociology of Professional Groups. *Current Sociology*, 54(1) p.133-143.
- FRASER, Kyle.(2008). *The 2007 Defence Ethics Survey: Summary of the Overall CF and DND Findings for Decision-Makers*. DRDC CORA TN 2008-016. Ottawa, ON: Defence R&D Canada, Director General Military Personnel Research & Analysis, Government of Canada. http://www.forces.gc.ca/assets/FORCES_Internet/docs/en/about-reports-pubs-ethics/2007-ethics-survey-report.pdf

- FREIDSON, E. (1994) *Professionalism Reborn: Theory, Prophecy and Policy*. Chicago IL : University Chicago Press, 238 p.
- FREIDSON, E (2001). *Professionalism: The Third Logic*. Chicago, IL : University of Chicago Press. 251 p.
- FRISINA, M.E. (2008). Guidelines to Prevent the Malevolent use of Physicians in War in Allhoff, F. (ed.) *Physicians at War : The Dual Loyalty Challenge*, N.Y. Springer, p.39-52.
- GAY, T. (2006) *L'indispensable de la sociologie*. Levallois-Perret, Studyrama. 191 p. [en ligne], http://books.google.ca/books?id=58rRGKnDEYC&dq=Indispensable+de+la+sociologie&hl=fr&source=gbs_navlinks_s
- GENEVA CONVENTIONS (1949)
available at: http://www.law.cornell.edu/wex/geneva_conventions
- GIANNOU, C. BALDAN, M. (2010) *War surgery: Working with limited resources in armed conflict and other situation of violence*. Vol 1. International Committee of the Red Cross (ICRC) Geneva, 350p. : [en ligne]
<https://www.icrc.org/eng/assets/files/other/icrc-002-0973.pdf>
- GIBSON, B.R, SUH, R. (2006) Doctors With Borders : The Role of Health Professionals in War and Human Rights. *American Public Health Association* 134th annual meeting in Medscape. . [en ligne] <http://www.medscape.com/viewarticle/553271>
- GLASER, B.G. STRAUSS, H.L.(1970) Theoretical Sampling *dans The Discovery of Grounded Theory* Chicago : Aldine p. 45 – 78.
- GORDON, S. (2014) The Military Physician and Contested Medical Humanitarianism: A Dueling Identity? *Social Science & Medicine*,doi:10.1016/j.socscimed.2014.04.025
- GOSTIN, L.O. (2001) Public Health, Ethics, and Human Rights : A tribute to the Late Jonathan Mann, *Journal of Law, Medicine & Ethics* 29 (2),p.121-130
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC. 2014. *Code of Ethics of Physicians*. CQLR c M-9, R. 17. http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/M_9/M9R17_A.HTM
- GROUPE DES SERVICES DE SANTÉ DES FORCES CANADIENNES. “Misons Sur Notre Stratégie: Rapport Du Médecin-chef, DND,” 2010. http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/dn-nd/D3-26-2010-fra.pdf
- GREEN,J.,HAIDT,J. (2002) How (and where) does Moral Judgment work ? *TRENDS in Cognitive Science*. 5(12) p. 517-523

- GROSS, M. L. (2006) *Bioethics and Armed Conflict: Moral Dilemmas of Medicine and War*, Cambridge, Mass, MIT Press, 384 p.
- GROSS, M. L. (2008a). Why Treat the Wounded? Warrior Care, Military Salvage, and National Health. *Am J Bioeth*, 8, p.3-12.
- GROSS, M.L. (2008b) Is Medicine a Pacifist Vocation or Should Doctors Help Build Bombs. in Allhoff, F. (ed) *Physicians at War: The Dual Loyalty Challenge*, N.Y. Springer, p.151-156.
- GROSS M. L. (2013) Military Medical Ethics: A Review of the Literature and a Call to Arms. *Cambridge Quarterly Healthcare Ethics*. 22. p. 92-109
- HABERMAS, Jürgen,(1992) *De l'éthique de la discussion*, trad. de l'allemand par Mark Hunyadi, Les Éditions du Cerf, Paris, (1991) , 202 p.
- HARE, R. M. (1989) *Essays on Political Morality*, New York, Oxford University Press, 264p.
- HAIDT, J. (2001). The Emotional Dog and its Rational Tail: A Social Intuitionist Approach to Moral Judgment. *Psychological Review*, 108 , p.814 – 834.
- HAIDT, J. KESIBIR, S. (2010) Morality dans Handbook of Social Psychology 5th Edition, Fiske, S.T., Gilbert, D.T., Lindsey, G. (eds) John Wiley & Sons p. 797-832 en ligne
- HAIMES, E. (2002) What Can the Social Sciences Contribute to the Study of Ethics? Theoretical, Empirical and Substantive Considerations. *Bioethics*, Vol 16 (2). p.89-113.
- HANNAH, S.T., AVARIO,B.J., MAY, D.R. (2011) Moral Maturation and Moral Conation: a capacity approach to explaining Moral Thought and Action. *Academy of Management Review*. 36 (4) p. 663-665.
- HARDY, S. CARLO, G. (2011) Moral Identity. dans Schwartz, S.J., Luyckx, K., Vignoles V.F. *Handbook of Identity Theory and Research*. New York, Springer. pp 495-513
- HARRISSON, B.K. FLEMING D.A. (2006) The Military Physician as a Noncombattant: The Concept of Over Identification. *Military Medicine*, Guest Editorial, 171 (10), iv-vi
- HARTENSTEIN, I. (2008). Medical Evacuation in Afghanistan: Lessons identified! Lessons Learned? Medical Challenges in the Evacuation Chain. *NATO*, [en ligne] : <https://www.cso.nato.int/pubs/rdp.asp?RDP=RTO-MP-HFM-157>
- HARTLE, A.E. (2003) The Profession of Arms and the Officer Corps, dans Beam. T.E, Sparinon, L.R. (eds), *Military Medical Ethics*, Volume 1, Falls Church, VA: Office of the Surgeon General : 2003, pp.127 –156.

- HATHOUT, L. (2012) The Right to Practice Medicine Without Repercussion. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* 7(11).[en ligne]
<http://www.peh-med.com/content/7/1/11>
- HEDGECOE, A.M. (2004) Critical Bioethics: Beyond the Social Science Critique of Applied Ethics. *Bioethics*, 18 (2).p. 120-143
- HOGG, M.A., TERRY, D.J., WHITE, K. (1995) A Tale of Two Theories: A Critical Comparison of Identity Theory with Social Identity Theory. *Social Psychology Quarterly*, 58(4). p. 255-269.
- HORTON, R. (2001). Public health: a Neglected Counterterrorist Measure. *Lancet*, 358, p.1112-1123.
- HOWE, E. (2003a.) Point/Counterpoint-A response to Drs Sidel and Levy, Physician-Soldier: A Moral Dilemma in Military Medical Ethics, in *Military Medical Ethics*, Volume 1, Falls Church, VA: Office of the Surgeon General: 2003, p. 312-320.
- HOWE, E.(2003b). Dilemmas in Military Medical Ethics since 9/11. *Kennedy Institute of Ethics Journal*. 13 (2) p.175–188.
- HUNT,M.R., SINDING, C., SCHWARTZ L.(2012). Tragic Choices in Humanitarian Health Work. *The Journal of Clinical Ethics* 23 (4), p.333-44
- HUSSER, Wendy C. (2003) “Medical Professionalism in the New Millenium: A Physician Charter.” *Journal of the American College of Surgeons* 196, (1)p. 115–18.
- IACOPINO, V. , WALDMAN, R. J. (1999). War and Health: from Solferino to Kosovo--the Evolving Role of Physicians. *JAMA*, 282, p.479-81.
- IMAP (2013) Ethics Abandoned: Medical Professionalism and Detainee Abuse in the “War on Terror. *Institute on Medicine as a Profession*. Task Force report. 269p. .[en ligne]
<http://www.imapny.org/wpcontent/themes/imapny/File%20Library/Documents/IMAP-EthicsTextFinal2.pdf>
- INTERNATIONAL DUAL LOYALTY GROUP (2008) Dual Loyalty and Human Rights in Health Professional Practice: Proposed Guidelines and Institutional Mechanisms, dans Allhoff, F. (ed.) *Physicians at War: The Dual Loyalty Challenge*, N.Y. Springer, pp 15-38.
- IRVINE, D.(1999) The Performance of Doctors: the New Professionalism. *The Lancet*, 353 p.1171-1177.
- IVES, J. DRAPER, H. (2009) Appropriate Methodologies for Empirical Bioethics: It's All Relative. *Bioethics*. 23 (4) p. 249-258

- JENNINGS, P.L. MITCHELL, M.S. HANNAH, T.T. (2004) The Moral Self: a Review and Integration of the Literature. *Journal of Organizational Behavior*.
DOI: 10.1002/job.1919
- JOHNSON, M.D., MORGESON, F.P., ILGEN, D.R., MEYER, C.J., LLOYD, J.W. (2006) Multiple Professional Identities: Examining Differences in Identification across Work Related Targets. *Journal of Applied Psychology*, 91. p. 498-506.
- JONSEN, A.R. (2010) Casuistry and Clinical Ethics dans Sugarman J. and Sulmasy D.P. (Eds) *Methods in Medical Ethics*, 2nd Edition Washington, D.C. Georgetown University Press, p.109-126
- JOTKOWITZ, A.B. GLICK, S. (2009) Some Thoughts on Professionalism. Editorial *European Journal of Internal Medicine*. 20 (4) p. 337-338.
- JOTTERAND, F. (2005) The Hippocratic Oath and Contemporary Medicine: Dialectic Between Past Ideals and Present Reality. *Journal of Medicine and Philosophy*, 30.p.107-128
- JUNG, H. (2011) Lessons Learned from the War in Afghanistan: a Commander's Perspective. *J. Can. Chir.* 54. p.110-111.
- KASS, N. E.(2004) Public Health Ethics : From Foundations and Framework to Justice and Global Public Health. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 32: 232-242.
- KASURAK, Peter C. (1982) "Civilianization and the Military Ethos: Civil-Military Relations in Canada." *Canadian Public Administration* 25, (1) p. 108–29.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1754-7121.1982.tb02067.x/full>
- KELLOWAY, E.K., BARLING, J., HARVEY, S., ADAMS-ROY, J.E. (1999). *Ethical decision making in the DND: The development of a measuring instrument*. DHRRE Sponsor Research Report 99(4). Ottawa, Canada: Director Human Resources Research and Evaluation
- KIPNIS, K. (2004) Overwhelming Causalities: Medical Ethics in a Time of Terror p.95-107 dans Moreno, D. *In the Wake of Terror: Medicine and Morality in a Time of Crisis* Cambridge, MIT Press.229p.
- KOCH, T. (2006) Weaponising Medicine: "Tutti fratelli " no More. *Journal of Medical Ethics*, 32: 249-252.
- KONDRO, W. (2007) Afghanistan: Outside the comfort zone in a war zone . *CMAJ*, 177 (2):131-134.

- LAFOND, N. (2013) Opération Attention en Afghanistan: le médical pour reconstruire la société . *45^e nord.ca* 6 février. <http://www.45enord.ca/2013/03/operation-attention-en-afghanistan-le-medical-pour-reconstruire-la-societe/>
- LAPERRIERE, A. (1997) La théorisation ancrée (grounded theory) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. Dans J. Poupart, JP Deslauriers, L.Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, A. Pirès (Eds) : *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, (309-340) Boucherville : Gaëtan Morin. 406 p.
- LEPRINCE, C. (2013) Mission de formation des Forces canadiennes à Kaboul. Chronique géopolitique *Chaire Raoul-Dandurand et Études stratégiques et diplomatiques*[en ligne] https://dandurand.uqam.ca/uploads/files/publications/rflexions/Chroniques_OMPOH/2013_1_chronique_LeprinceKaboul.pdf
- LEAVITT, K, REYNOLDS S.J., BARNES, C.M., SCHILPZAND, P. HANNAH, S.T. (2012) Different Hats, Different Obligations: Plural Occupational Identities and situated Moral Judgments. *Academy of Management Journal*. 65(6). p. 1316-1333.
- LEGAULT, G.A. (2003) *Crise d'identité professionnelle et professions*. Presse de l'Université du Québec, Sainte-Foy, Québec. 226 p.
- LESEMAN, F. (2002) Le bénévolat : de la production «domestique» de services à la production de «citoyenneté, *Nouvelles pratiques sociales*, 15 (2), p.25-41.
- LEVIN, B.W.; FLEISHMAN, A.R.(2002) Public Health Bioethics : The Benefits of Collaboration. *American Journal of Public Health*. 92 (2) p.165-167.
- LEVY, B.S, SIDEL V.W, (1997) *War and Public Health*, Oxford University Press, NY 412p.
- LISCHER.S.K. (2007) Military Intervention and the Humanitarian "Force Multiplier". *Global Governance*. 13 (1) p. 99-118.
- LIST, J.M.(2008) Medical Neutrality and Political Activism: Physician's Role in Conflict Situations in Allhoff, F. (ed.) *Physicians at War: The Dual Loyalty Challenge*, N.Y. Springer pp. 237-253.
- LONDON, L. (2005) Dual Loyalties and the Ethical and Human Rights Obligations of Occupational Health Professionals. *Am J Ind Med*, 47, p.322-32.
- LONDON, L., RUBENSTEIN, L. S., BALDWIN-RAGAVEN, L. , VAN ES, A. (2006) Dual Loyalty among Military Health Professionals: Human Rights and Ethics in Times of Armed Conflict. *Camb Q Healthc Ethics*, 15, p. 381-91.
- MacQUEEN, G. SANTA BARBARA, J, NEUFELD, V., YUSUF, S. HORTON R. (2001) Health Through Peace: Time for a New Discipline. *The Lancet*, 357, p.1460-1461.

- MADDEN, W. CARTER, B. (2003) Physician-Soldier: A Moral Dilemma. dans Beam, T.E; Sparino, L.R. (eds), *Military Medical Ethics*, Volume 1, Falls Church, VA: Office of the Surgeon General : 2003, p. 267-291.
- MANN, J. (1998) Santé publique: éthique et droits de la personne. *Santé Publique*. 10 (3) : 239-250.
- MARCHAND, M. (2000) La déontologie médicale» In *Histoire de l'éthique médicale et infirmière*, G.Durand et coll., Les Presses de l'université de Montréal, p. 353-361
- MASSIE, J. (2007) La guerre des mots : alors que les soldats du 22^{ième} Régiment quitte pour l'Afghanistan, Ottawa tente de rendre la mission davantage consensuelle. *La Presse*, Montréal, 15 juillet.
- McMAHAN, J. (2002) *The Ethics of Killing : Problems at the Margins of Life* .New York, Oxford University Press, 540p.
- McMAHAN, J. (2009) *Killing in the Wars*. New York, Oxford University Press. 248 p.
- MELLOR, C. (1978) The Canadian Medical Code of Ethics Annotated for Psychiatrists, [en ligne]. http://ww1.cpa-apc.org:8080/publications/position_papers/cma.asp
- MESSERVEY, D. L., HOWELL, G. T., GOU, T., . YELLE, M.. (2011). *2010 Defence Ethics Survey Report*. DGMPRA TM 2011-037. Ottawa, ON: Defence R&D Canada, Director General Military Personnel Research & Analysis, Government of Canada. http://www.forces.gc.ca/assets/FORCES_Internet/docs/en/about-reports-pubs-ethics/2010-ethics-survey-report.pdf
- METZGER, W.P. (1987) A Spectre is Haunting American Scholars: The Spectre of "Professionalism". *Educational Researcher*. 16. p. 61-84. .[en ligne] <http://er.aera.net>
- MIETTINEN, O.S. FLEGEL, K.M. (2003) Professionalism in Medicine. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 9 (3), p.353-356
- MILES, S. H. (2004). Abu Ghraib: its Legacy for Military medicine. *Lancet*, 364, p.725-729.
- MILES, S.H. (2009) *Oath Betrayed: America's Torture Doctors*. 2nd Ed. Los Angeles, CA, University of California Press. 274p.
- MILES, S.H. (2011) The New Military Medical Ethics: Legacies of the Gulf Wars *Bioethics*, 27 (3) p. 117-23 doi:10.1111/j.1467-8519.2011.01920.x
- MILES, M.B. HUBERMAN, A.M. (1994). *Quantitative Data Analysis*, Sage Publications, Thousand Oaks, CA. 337 p.

- MORAN, P.J (1992) A Military Exception to "Informed Consent": Doe vs Sullivan. *St John's Law Review*. 66(3): 847-863 : [en ligne]
<http://scholarship.law.stjohns.edu/lawreview/vol66/iss3/15>
- MORENO, J.D. (2004) *In the Wake of Terror: Medicine and Morality in Time of Crisis*. MIT Press, 255 p.
- MORENO, J. D. (2004a). Medical Ethics and Non-Lethal Weapons. *Am J Bioeth*, 4, p.1-2.
- MORENO, J. D. (2008). Embracing military medical ethics. *Am J Bioeth*, 8, p.1-2.
- MORRISSON, E.E. (2011) *Ethics in Health Administration: A Practical Approach for Decision Makers*, Sudbury, Mass. : Jones and Bartlett Publishers. 363 p.
- MUCCHIELLI, A.(éds) (2004) *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines* (2004). Armand Colin, Paris. 304 p.
- MURRAY, C. J., KING, G., LOPEZ, A. D., TOMIJIMA, N. & KRUG, E. G. (2002). Armed Conflict as a Public Health Problem. *BMJ*, 324, p. 346-9.
- NATIONAL DEFENCE (2002) *Defence Ethics Program: Fundamentals of Canadian Defence Ethics*, Canada, 31p. [en ligne] : <http://www.forces.gc.ca/ethics/>
- NATO (1997). Medical Support: Role Support. In: *NATO logistics handbook*. Chapter 16. Brussels: Senior NATO Logisticians' Conference Secretariat, NATO Headquarters; p. 1610-4. [en ligne] www.nato.int/docu/logi-en/1997/lo-1610.htm
- NEILSON, G.(2003) "The 1996 CMA Code of Ethics Annotated by CPA,"
<http://www.ftsr.ulaval.ca/profs/bkeating/ethiques/CMApsy.pdf>
- NOËL, Didier (2005). *L'évolution de La Pensée En Éthique Médicale*. Paris: Connaissances et Savoirs.451p.
- NOSSAL, K.R. (2003) The World we Want: The purposeful Confusion of Values, Goals, and Interests in Canadian Foreign Policy, Paper prepared for *Canadian Defence and Foreign Affairs*. 14p.
- NOW, B. (2008) Timeline : Canada's War in Afghanistan .[en ligne]
<http://www.canada.com/reginaleaderpost/news/story.html?id=ee0b2552-c5fe-44b4-b56d-d6e586c70fdd>
- OKIE, S.(2005) Glimpse of Guantanamo-Medical Ethics and the War on Terror. *New England Journal of Medicine*. 353(24), p. 2529-2534

- OLSTHOORN, P. BOLLEN, M. (2013) Civilian Care in War lessons from Afghanistan. dans Military Medical Ethics for the 21st Century, Chapter 3. Michael Gross et Don Carrik eds. Ashgate. p, 59-70. [en ligne]
http://www.academia.edu/3248403/Civilian_care_in_war_lessons_from_Afghanistan_Peter_Olsthoorn_and_Myriame_Bollen
- O'NEILL, O. (2002) Public Health or Clinic Ethics: Thinking Beyond the Borders. *Ethics & International Affairs*. 16 (2). p.35-55.
- PALLAZO, G., KRINGS, F. (2012) Ethical Blindness. *Journal of Business Ethics*. 109. p. 323-338
- PARSONS, T. (1939) The Professions and Social Structure. In T. Parsons (Ed.) *Essays in sociological theory*. New York Free Press.1954, p. 34-49.
- PEARCE, G., SAULE, P. (2008). Towards a Framework for Military Health Ethics, dans Allhoff, F. (ed.) *Physicians at War : The Dual Loyalty Challenge*, N.Y. Springer, p.75-88.
- PELLIGRINO, E.D. RELMAN, A.S.(1999) Professional Medical Associations : Ethical and Practical Guidelines. *JAMA*, 282 (10), p. 984-986.
- PELLEGRINO, E.D. (2002) Professionalism, Profession and the Virtues of the Good Physician, *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 69, p. 378-384.
- PELLEGRINO, E.D. (2003) The Moral Foundations of the Patient-Physician Relationship: The Essence of Medical Ethics, in Beam, T.E; Sparino, L.R. (eds), *Military Medical Ethics*, Volume 1, Falls Church, VA: Office of the Surgeon General : 2003 : p.3-21.
- PERCIVAL, Thomas. (1803). *Medical Ethics; or a Code of Institutes and Precepts, Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons*. Oxford: John Henry Parker
- PHYSICIAN FOR HUMAN RIGHTS, INTERNATIONAL DUAL LOYALTY GROUP AND UNIVERSITY OF CAPETOWN (Health Sciences Faculty) (2000) Proposed Guidelines for Practice in Difficult Settings dans *Dual Loyalty and Human Rights in Health Professional Services: Practical Guidelines and Institutional Mechanism*, Boston PHR Publications, Chap, 4. [en ligne]
<http://physiciansforhumanrights.org/library/documents/reports/report-2002-duelloyalty.pdf>
- PINTO, A.D. (2003) Peace Through Health. *University of Toronto Medical Journal*. 80 (2) p. 158-160.

- PIRÈS, A.P. (1997) Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique, dans J. Poupart, J.P. Deslauriers, L.Groulx, A. Laperrière, R.Mayer, A. Pirès (Eds) : *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Boucherville : Gaëtan Morin. p.113-169.
- POUPART, J. (1997) Approche et techniques de recherche: L'entretien de type qualitatif, considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. dans J. Poupart, JP Deslauriers, L.Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, A. Pirès (Eds) : *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Boucherville : Gaëtan Morin. p.174-209.
- POUPART, J. (2008) *Notes de cours portant sur les méthodes qualitatives de recherche* Document inédit du cours Méthodologie de la recherche appliquée. Université de Montréal.
- Presidential Advisory Committee on Gulf War Veterans' Illnesses: Final Report (1996) Washington, DC: U.S. Government Printing Office, December. [en ligne] : <http://www.gulflink.osd.mil/gwvi/exsumm-f.html>
- RASCONA, D. (2003) The Moral Obligation of United States Military Medical Service, comment on Physician-Soldier : A Moral Dilemma in Beam, T.E; Sparino, L.R. (eds), *Military Medical Ethics*, Volume 1, Falls Church, VA: Office of the Surgeon General : 2003 p. 320-325.
- RAWLING, B. (2001) *La mort pour ennemi : la médecine militaire canadienne*. Ottawa, 310 p.
- REPINE, T. B., LISAGOR, P. & COHEN, D. J. (2005). The Dynamics and Ethics of Triage: Rationing Care in Hard Times. *Mil Med*, 170. p.505-9.
- REST, J. (1994) "Background: Theory and Research." In *Moral Development in the Professions: Psychology and Applied Ethics*, 1–26. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- REYNOLDS S.J. (2006). A Neurocognitive Model of the Ethical Decision-Making Process: Implications for Study and Practice. *J. Appl. Psychol.* 91, p.737–48.
- RITZER, G.T. (1973) Professionalism and the Individual, dans Freidson, E (dir) *The Professions and their Prospects*, Beverly Hill, CA, Sage, p. 60-73.
- ROBINSON, Paul, de LEE, Nigel, and CARRICK, D.. (2013). *Ethics Education in the Military*. Ashgate Publishing, Ltd.

- ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS (2005) *Doctors in Society: Medical Professionalism in a Changing World*. Report of a Working Party of the Royal College of Physicians of London. London, RCP. 51 p. [en ligne]
<http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/docinsoc/docinsoc.pdf>
- RUBENSTEIN, L., PROSS, C. DAVIDOFF, F. IACAPINO, V. (2005) Coercitive US Interrogation Policies : A Challenge to Medical Ethics. *JAMA*, 294 (12), p. 1544-1549.
- SANSCHAGRIN, D.R.(2006) *The Defence Ethics Program in CF Operations*, Toronto, Collège des Forces Canadiennes. 32 p. [en ligne]
<http://www.cfc.forces.gc.ca/papers/amsc/amsp9/sanschagrin.pdf>
- SANTA BARBARA, J. (2005) , Working for peace through health-ethical values and principles. *Croatian Medical Journal*, 46(6):1007-009.
- SASSOLI, M. (2007) La définition du terrorisme et le droit international. *Revue québécoise de droit international*. Hors série. p. 29-48 .[en ligne]
http://rs.sqdi.org/volumes/hs07_sassoli.pdf
- SALISBURY, D., ENGLISH, A. (2003). Pronostic 2020 : une stratégie militaire pour les Forces canadiennes. *Revue militaire canadienne*. Été, p. 45-54.
- SAVAGE, E., FORESTIER, C., WITHERS, N., TIEN, H., PANNELL, D., (2011) Tactical Combat Casualty Care in the Canadian Forces: Lessons Learned from the Afghanistan War. *J.Can.Chir.* 54. p. 118-123
- SCHAPOWAL, A. G., BAER, H. U. (2002). Medical Ethics in Peace and in the Armed Conflict. *Mil Med*, 167, p. 26-31.
- SCHAUBROECK J.M, HANNAH S.T., AVOLIO B.J., KOZLOWSKI, S.W.J, LORD R.G. (2012). Embedding Ethical Leadership within and across Organization Levels. *Acad. Manag. J.* 55 p.1053–78.
- SCHMITT, M.N (2010). Military Necessity and Humanity in International Humanitarian Law: Preserving the Delicate Balance. *Virginia Journal of International Law*. 50 (4) p. 796-837. [en ligne] : <http://ssrn.com/abstract=1600241>
- SCHWARTZ, L.; SINDING, C.; HUNT, M.; ELIT, L.; REDWOOD-CAMPBELL, L.; ADELSON, N.; RANFORD, J.; DE LAAT, S.(2010) Ethics in Humanitarian Aid Work: Learning from the Narratives of Humanitarian Health Workers. *American Journal of Bioethics: Primary Research*. 1(3) p.45-54.
- SCHWEIZER B. (2004) Moral dilemmas for humanitarianism in the era of "humanitarian" militar interventions *ICRC*. 86 (855) p. 547-564 : [en ligne]
https://www.icrc.org/eng/assets/files/other/irrc_855_schweizer.pdf

- SIDEL V.W, LEVY, B.S. (2003) Physician-Soldier : A Moral Dilemma, dans Beam, T.E; Sparino, L.R. (eds), *Military Medical Ethics*, Volume 1, Falls Church, VA: Office of the Surgeon General. 1. p. 293-312.
- SIDEL V.W, LEVY, B.S. (2003b) War Terrorism and Public Health. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 31, p. 516-523.
- SINGH, J. A. (2003). American physicians and Dual Loyalty Obligations in the "War on Terror" . *BMC Med Ethics*, 4,:E4.
- SOKOL, D.K. (2011). The Medical Ethics of the Battlefield. *British Medical Journal* 2011;343.D3877
- SSFC-SERVICES DE SANTÉ DES FORCES CANADIENNES (2003) Introduction à son histoire et son patrimoine. Groupe de santé des forces canadiennes.89p. [en ligne] : http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/dn-nd/D2-134-2002-fra.pdf
- STARR, P. (1984) *The Social Transformation of American Medicine*. Basic Books. 528 p.
- STRAUSS, A.L., CORBIN, J. (1990) *Basics of qualitative research. Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage
- SULLIVAN, W.M. (2000). Medicine Under Threat: Professionalism and Professional Identity. *CMAJ*, 162 (5) : 673-675.
- SWAN, K. G., SWAN, K. G., JR. (1996). Triage: the Past Revisited. *Mil Med*, 161. p. 448-52.
- SWANN, W.B. BOSSON, J.K. (2010) Self and Identity dans Eds. Fiske, S.T,Gilbert, D. T.et Lindzey Gardner, *Handbook of Social Psychology*, John Wiley & Sons, Inc.p.589-628
- TAJFEL, H., TURNER, J. C. (1979). An Integrative Theory of Intergroup Conflict. dans W. G. Austin & S. Worchel (Eds.), *The Social Psychology of Intergroup Relations* (pp. 33 – 47). Monterey, CA.: Brooks - Cole.
- TESCH, R. (1990) *Qualitative Research : Analysis Types and Software Tools*. Bristol, Pa : Falmer Press, pp. 77-98
- TETLOK, MITCHELL (2010) Situated Social Identities Constrain Morally Defensible Choices: Commentary on Bennis, Medin, & Bartels (2010) *Perspectives on Psychological Science*. 5: 206 p. 206-208.
- THOMSON, M. M., JETLY, R. (2014) Battlefield Ethics Training: Integrating Ethical Scenarios in High-Intensity Military Field Exercise. *European Journal of Traumatology* (5) [en ligne]. <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.23668>

- THORNE, S., KIRKHAN, S.R., O'FLYNN_MAGEE, K. (2004) The Analytic Challenge in Interpretive Description. *International Journal of Qualitative Methods*. 3 (1) .[en ligne] http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/3_1/pdf/thorneetal.pdf
- TIEN, H.C. (2006) Preparing Canadian Military Surgeon. *CMAJ*. 175 (11) p. 365-66.
- TOBIN, J. (2005). The Challenges and Ethical Dilemmas of a Military Medical OServing with a Peacekeeping Operation in Regard to the Medical Care of the Local Population. *J Med Ethics*, 31. p.571-4.
- TREASURY BOARD OF CANADA. (2011). “Values and Ethics Code for the Public Sector”. Code. <http://www.tbs-sct.gc.ca/pol/doc-eng.aspx?id=25049>
- TREVIÑO, L.K., YOUNGBLOOD,S.A. (1990) Bad Apples in Bad Barrel: A Causal Analysis of Ethical Decision-Making Behavior. *Journal of Applied Psychology*.75(4) p.378-385.
- TREVIÑO, L.K. (1986) Ethical Decision Making in Organizations: A Person-Situated Interactionist Model. *The Academy of Management Review*, 11(3). p. 601-607.
- TREVIÑO, L.K.. BUTTERFIELD, K.D.. MCCABE D.L. (1998) The Ethical Context in Organizations: Influences on Employee Attitudes and Behaviors. *Business Ethics Quarterly*, 8 (3). p. 447-476.
- United Nations Universal Declaration of Human Rights available at: <http://www.un.org/en/documents/udhr/>
- United Nations (2011) International Legal Protection of Human rights in Armed Conflict available at http://www.ohchr.org/documents/publications/hr_in_armed_conflict.pdf
- VAN DE CAMP, K., VERNOOIJ-DASSEN, M., GROU, R., BOTTEMA, B. (2004) How to Conceptualize professionalism: a qualitative study, *Medical Teacher*, 26 (8) : 696-702.
- VAN MOOK, W.N.K.A. DE GRAVE, W.S., WASS, V., O'SULLIVAN H., ZWAVELING J.H., SCHUWIRTH, L.W., VAN DER VLEUTEN, C.P.M. (2009 a). Professionalism : Evolution of the Concept. *European Journal of Internal Medicine*. 20 (4) p. 81-84.
- VAN MOOK, W.N.K.A., VAN LUIJKJIK, S.J., O'SULLIVAN H., WASS, V., ZWAVELING J.H, SCHUWIRTH, L.W., VAN DER VLEUTEN, C.P.M. (2009 b) The Concepts of Professionalism and Professional Behaviour: Conflicts in Both Definition and Learning Outcomes. *European Journal of Internal Medicine*, 20 (4) p. 85-89.
- WASS, V. (2006) Doctors in Society: Medical Professionalism in a Changing World. *Clinical Medicine*, 6 (1) . p. 109-113.

- VEATCH, R.M. (1995) Medical Codes and Oaths. In Post, E. (ed). *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Macmillan Reference USA, 2004. P.1488-1496
- VICTOR, B. CULLEN, J.B. (1988) The Organizational Bases of Ethical Work Climates. *Adm. Sci. Q.* 33. p. 101–25.
- VIGNOLES, V.L. SCHWARTZ, S.J., LUYCKX, K. (2011) Introduction: Toward an Integrative View of Identity dans Schwartz, S.J., Luyckx, K., Vignoles V.F. *Handbook of Identity Theory and Research*. New York, Springer. p. 1-27.
- WALZER, M. (1989). “Two Kinds of Military Responsibility.” In *The Parameters of Military Ethics*, dans L.J. Matthews and D.E. Brown,(eds). Toronto: Pergamon Press Canada.p. 67–72
- WALUMBWA F.O., SCHAUBROECK J. (2009). Leader personality traits and employee voice behavior: mediating roles of ethical leadership and work group psychological safety. *J. Appl. Psychol.* 94. p.1275–86.
- WANG T. (2012) Towards a military medical ethics framework for genetic human enhancement. *Penn Bioethics Journal*;6(1) p.8–12.
- WARNER, C. H.; APPENZELLER, G.N.; MOBBS, A.; PARKER, J. R.; WARNER, C. M.; GRIEGER, T.; AND HOGE, C. W. (2011) Effectiveness of Battlefield-Ethics Training During Combat Deployment: A Programme Assessment. *Uniformed Services University of the Health Sciences*. Paper 70. [en ligne] <http://digitalcommons.unl.edu/usuhs/70>
- WEAVER, G. R (2006) Virtue in Organizations: Moral Identity as a Foundation for Moral Agency. *Organization Studies*. 27(3). p. 341–368.
- WEINSTCOK, D. (2006) *Profession Éthicien*. Les Presses de l'Université de Montréal. 59p.
- WEISFELD, N. E.; D. WEISFELD, V.D. AND LIVERMAN, C.T. (eds) (2008) *Military Medical Ethics: Issues Regarding Dual Loyalties: Workshop Summary*. The National Academies Press, pp. 33-36 .[en ligne]: <http://www.nap.edu/catalog/12478.html>
- WENDLER, D.(2010) Are physicians obligatged always to act in patients best interest ? *J Med Ethics* 2010 36: 66-70 doi: 10.1136/jme.2009.033001
- WILKS, M. (2005) A Stain on Medical Ethics. *The Lancet*. 366. p. 429-439
- WILLIAMS, B. (1994) *La fortune morale : moralité et autres essais*. Presses Universitaires de France, Paris. 358p.
- WILLIAMS, B. (1985) *L'éthique et les limites de la philosophie*. Presses Universitaires de France, Paris, 243p

- WOODGATE J. R. (2004) An Analysis of the Canadian Defense Ethics Program Decision-Making Guidance. Master of Military Art and Science, U.S. Army Command and General Staff College. 74 p. [en ligne]
<http://www.dtic.mil/cgibin/GetTRDoc?AD=ADA428670&Location=U2&doc=GetTRDoc.pdf>
- WMA, World Medical Association (2004) *Regulations in Times of Armed Conflict*. Adopted by the 10th World Medical Assembly, Havana, Cuba, October 1956, and Edited by the 11th World Medical Assembly, Istanbul, Turkey, October 1957, and Amended by the 35th World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1983 and The WMA General Assembly, Tokyo 2004, and Editorially revised at the 173rd Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 06. [en ligne]
<http://www.wma.net/e/policy/a20.htm>
- WMA, World Medical Association. 2006a. *WMA Declaration of Geneva*.
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/g1/>
- . 2006b. *WMA International Code of Medical Ethics*.
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/>
- . 2009. “WMA Manuel d’éthique médicale” 2^{ième} ed. [en ligne]
http://www.wma.net/fr/30publications/30ethicsmanual/pdf/ethics_manual_fr.pdf
- WYNIA, M. K. (2007). Breaching Confidentiality to Protect the Public: Evolving Standards of Medical Confidentiality for Military Detainees. *Am J Bioeth*, 7. p.1-5.
- XENABIS, S. (2006) Military Medical Ethics Under Attack. *Journal of Ambulatory Care Management* 29(4) p.343-344.
- ZWI, A. B. (2004) How Should the Health Community Respond to Violent Political Conflict ? *PloS Medicine*, 1, (1), p.33-36

ANNEXE 1 : PLAN ET QUESTIONNAIRE D'ENTREVUE

PLAN D'ENTREVUE

Au plan individuel :

- Nombre d'années au sein de l'armée
- Rang dans l'armée
- Nombre d'années de pratique médicale
- Expérience de travail (civil/militaire).
- Trajectoire (dans les grandes lignes) d'étude et de carrière (où ont été faites les études, les études ont-elles été payées par l'armée ou non, et si la médecine a été pratiquée dans le civil et/ou l'armée).
- Comment il (elle) se définit, militaire et/ou médecin (identité sociale).
- Sentiment d'appartenance à l'organisation, à la profession : y en a-t-il un qui prime ?

Au plan contextuel :

- Contexte de travail :
 - équipe de travail, attentes des supérieurs, compétition pour des ressources rares, infrastructure de travail, niveau de stress, comparaison entre l'armée et les hôpitaux, etc.
- Contexte organisationnel :
 - les valeurs et normes organisationnelles, système de récompense et punition, code de conduite formel et informel, comparaison entre les deux milieux, leadership du médecin dans l'organisation (dans l'armée relié au rang).
- Contexte externe : politique, légal, code d'éthique professionnel (militaire vs médical) etc. Concernant les opérations de paix en général et la mission à laquelle il ou elle a participé :
 - Quel type de mission : en Afghanistan, mission de paix, humanitaire, de sécurité ;
 - Liens entre la défense, la diplomatie et le développement ;
 - Possibilité d'intervenir auprès de la population civile : contraintes, défis, insécurité, etc.;
 - Compréhension et connaissance des différentes lois (du droit) sur les conflits armés et les droits humains fondamentaux (droit à la santé et aux soins de santé, par exemple). Identification des intérêts individuels vis-à-vis les intérêts collectifs;
 - Influence des perceptions quant à la pertinence d'une intervention sur les dilemmes.

Sur les dilemmes éthiques vécus :

Si le médecin a vécu des conflits entre l'éthique militaire et l'éthique médicale et comment il a réagi au niveau :

- Des soins aux patients : soldats canadiens, afghans, prisonniers, population civile
- Du droit des patients : consentement éclairé, confidentialité, droit à l'autodétermination;
- Du triage : besoin militaire vs besoin médical. Secret médical et non-délation. Distinction entre laisser mourir et tuer des soldats ou des civils;
- De la neutralité médicale : participation à l'effort de guerre, solidarité institutionnelle, immunité médicale, impartialité et soins aux civils, statut de non-combattant;
- De façon générale comment il ou elle perçoit la participation des médecins au niveau de l'effort de guerre : les obligations professionnelles, torture ou mauvais traitement, utilisation des données médicales, utilisation des connaissances pour le développement d'armes chimiques, la médecine et le pacifisme, intérêts individuels vs intérêts politiques.

Sur le processus de résolution du dilemme :

- Prise de conscience : Données pour identifier le dilemme, nature du problème visé;
- Jugement : Contexte général de l'intervention : composantes, objectifs, ressources, événements critiques. Évaluation des risques : enjeux, conséquences, option spontanée, options. Éléments contextuels considérés dans la prise de décision : intérêt collectif vs intérêt individuel;
- Intention : Réflexion éthique et valeurs en jeu : respect de l'autonomie et de l'autodétermination, justice, équité et solidarité, bienfaisance, respect de la vie, non-malfaisance, confidentialité et vie privée. Justification du choix;
- Comportement : Décision finale et aboutissement du dilemme.

QUESTIONNAIRE D'ENTREVUE

Le but de notre étude est d'explorer l'expérience de médecins ayant vécu une mission sur le terrain, afin de mieux comprendre le contexte et les tensions qui peuvent exister pour le médecin militaire. Ce qui nous importe est d'obtenir une description de votre expérience ainsi que vos perceptions sur la réalité de votre profession. Les propos individuels demeurent strictement confidentiels et seules les grandes lignes de pensée seront dégagées des entretiens, afin d'identifier des concepts ou faire des rapprochements conceptuels.

Prenez le temps de lire le formulaire de consentement et de poser toutes les questions qui vous semblent nécessaires sur le processus de recherche.

Autorisation d'enregistrer l'entrevue : initiales du (de la) participant (e) _____

Questions principales de recherche

1. Quel est votre cheminement de carrière ? Études/expérience de travail.
2. Dans quel type de mission avez-vous participé? Quand et pendant combien de temps? Quelles étaient vos fonctions ? Comment était organisé votre travail ? Décrivez votre expérience.
3. Certains pensent qu'il est difficile de concilier deux professions, d'être à la fois militaire et médecin, qu'en pensez-vous ?
4. Si vous aviez à hiérarchiser les professions, soit la profession médicale et la profession militaire, laquelle placeriez-vous en premier pour vous définir ?
5. Comment voyez-vous votre rôle de médecin dans une situation de conflit armé ?
Par rapport aux autres fonctions dans l'armée (fonctions de commandement, combattants)
Par rapport aux combattants, à la population locale.
Par rapport aux lois internationales (Convention de Genève, LOAC) et au code d'éthique des médecins (CMM)
6. Y a-t-il selon vous des situations particulières aux missions qui peuvent engendrer des défis éthiques ?
Si oui : Pouvez-vous donner des exemples de situations représentant un défi éthique, ou une situation qui représente bien les défis éthiques auxquels peuvent être confrontés les médecins travaillant dans un contexte d'opérations militaires ?

Pourquoi cela constituait-il un défi ? Comment vous sentiez-vous (frustration, colère, détresse....)?

Comment avez-vous réagi ? Comment avez-vous abordé le problème, quels ont été les facteurs qui vous ont mené à répondre de la façon que vous avez choisie (insistez sur les valeurs, principes etc.)

7. Quelles sont les particularités propres à ce type de situation qui ne se retrouvent pas dans un contexte clinique habituel ? Y a-t-il selon vous des conflits éthiques particuliers aux médecins militaires ? Quels sont-ils ? *Comment voyez-vous la transition des militaires qui font de plus en plus d'interventions humanitaires ? Est-ce que cela peut causer des conflits ? Est-ce possible ? Y a-t-il un conflit entre le fait d'être militaire et de travailler au niveau humanitaire ? Comment le travail d'un militaire humanitaire diffère-t-il des grands ONG qui font de l'humanitaire ?*
8. Étiez-vous préparé pour faire face à ces défis éthiques ?
 - a. *Vos attentes étaient-elles différentes de la réalité ?*
 - b. *Avez-vous reçu une session de formation pré-départ dans ce domaine ?*
 - c. *Quels principes ou directives vous ont été utiles pour décider de la manière d'agir ?*
 - d. *Avez-vous eu du support pour faire face aux tensions éthiques ? En auriez-vous eu besoin ?*
 - e. *Est-ce que ces situations ont influencé votre désir de participer à d'autres missions de même type ? Est-ce qu'elles vous ont mieux préparé pour d'autres missions ?*
9. Le code d'éthique de l'Association Mondiale Médicale dit que l'éthique de la médecine en temps de conflit est le même qu'en temps de paix. Qu'en pensez-vous ?
10. L'institution militaire a un code d'éthique et la médecine aussi. Voyez-vous des similitudes et des différences dans ces codes ?
 - a. *Vous est-il déjà arrivé d'avoir à trancher entre les deux ? Dans quelle circonstance ?*
 - b. *Qu'est-ce qui vous a aidé dans votre prise de décision ?*
11. Dans l'ensemble, avez-vous des principes ou des valeurs fondamentales personnelles qui vous permettent de répondre aux tensions éthiques de cette nature ?
 - a. *Pourquoi sont-ils importants ?*
 - b. *Quels sont les conseils que vous donneriez à un médecin avant qu'il quitte pour une opération similaire ?*
12. La préoccupation d'un médecin est l'intérêt d'un patient, alors que la mission militaire vise l'intérêt collectif (i.e. la sécurité des troupes). Y a-t-il des situations où, selon vous, ces deux visées sont en conflit lors de mission sur le terrain ? Si oui lesquelles, et en tant que médecin militaire comment arrivez-vous à résoudre ce dilemme ?
13. Les professionnels de la santé au sein de l'armée américaine ont fait l'objet d'une controverse au cours de ces dernières années, ceci pour avoir participé à des

interrogatoires auprès de prisonniers. **Qu'en pensez-vous ?** Selon vous, comment peut-on prévenir ce genre de comportement ?

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

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

Debriefing

Y a-t-il autre chose que vous voudriez ajouter sur ce sujet ? Y a-t-il des points particuliers qui n'ont pas été touchés et qui vous semblent important de mentionner ?

Merci de m'avoir consacré du temps pour répondre à ces questions. Vos propos et votre perspective sont vraiment éclairants pour mieux comprendre les dilemmes éthiques en médecine militaire.

Pour les entrevues exploratoires

1. Qu'est-ce qui n'a pas été traité dans le questionnaire et que vous croyez qu'il aurait fallu inclure ?
2. Y a-t-il des éléments importants qui auraient dû être approfondis, qui n'ont tout simplement pas été saisis ?
3. Comment qualifieriez-vous l'ambiance générale de l'entrevue ?
4. Avez-vous d'autres commentaires ou suggestions sur l'interview elle-même (les questions etc.) ou sur les habiletés de l'interviewer ?

Interview Guide for Qualitative Interviews on Professional Ethics and Conflicts of Role for HCP Working in Military/Humanitarian Contexts

Pre-interview briefing

The goal of this interview is to explore the experience of HCP in a military context to better understand the ethical challenges they may face. We would like to investigate the types of ethical situations encountered, how HCP respond to these challenges and what means and strategies factor into their decisions.

What is important is to get a description of your experience and your perceptions about the reality of your profession. Your responses, identifying information, and other names mentioned will be kept confidential and anonymous. Only the major lines of thought that emerge from the interviews will be used to identify important concepts.

Please feel free to look over the consent form and ask any questions that you may have about the process.

Authorisation to record the interview: participant's initials: _____

Main research questions

1. Describe briefly your career path. Education/Work experience.
2. In what types of missions have you participated? When and for how long? What were your duties? How was your work organized? Describe your experience.
3. Some think it is difficult to reconcile two professions, to be both military and HCP. What do you think?
4. If you had to prioritize occupations, which would place you first to define yourself: military or HCP?
5. How do you see your role as a HCP in a situation of armed conflict?
 - *Compared to other work in the army?*
 - *Towards the fighting forces, the local population?*
 - *With regards to international laws (Geneva convention) and codes of ethics (medical codes of ethics) ?*

6. In your view are there specific situations in the work of a military physician that can create ethical challenges?
 If so : Can you give examples of situations that you think are most challenging or that best exemplify the challenges that you faced while working in a military operation?
- *Why was it a challenge, a struggle? How did the experience make you feel (anger, frustration, distress...)?*
 - *How did you respond? What was the thinking process/decision making factors that led to your response? (insist on values)*
 - *How did you feel after the decision? Do you think you could of have responded differently?*
7. What are the particular challenges faced in a military or humanitarian context that are not found in a typical clinical setting?
- *Are there ethical conflicts that are specific to military doctors ? what are they ? how do you see the transition of the military doing more humanitarian work? Is this a conflict? Is this possible?*
 - *Is there a conflict between being in the military and trying to do humanitarian work?*
8. Did you feel prepared to deal with the ethical challenges that arose?
- *How did your expectations differ from reality?*
 - *Did you receive any preparatory training in this area?*
 - *What material (principles, guidelines, etc.) did you rely on in figuring out how to respond?*
 - *What kind of support did you have? Did you wish you had?*
 - *Did this situation have an effect on future missions? Specifically, did it help you prepare for future missions? Did it deter you from wanting to participate in a future mission?*
9. The World Medical Association code of ethics dictates that ethical medicine in times of conflict is the same as in peacetime. What do you think about this statement?
10. Both the military and your profession have a code of ethics. Do you see similarities and differences in these codes?
- *Have you ever had to decide between the two? In what circumstances?*
 - *What helped you in your decision?*
11. Overall, do you have a sense of values or principles that are important for dealing with ethical challenges of this nature?
- *Why are they important?*

- *What advice would you give to other HCP who are preparing for work in military operations?*

12. The concern of HCP is the interest of the patient while the military mission is more oriented towards the collective interest (security of troops, etc.). In your view, are there any situations where these two goals can create a conflict for HCP? If so, how can HCP resolve the conflict?

13. HCP in the U.S. military have been the subject of controversy in recent years for taking part in interrogations with prisoners of wars. What is your view on this situation? In your opinion, how can this kind of behaviour be prevented?

14. Some people believe that a doctor should be neutral, even a pacifist, and should not participate in any way in the war effort while others think it is a physician's duty as well as a civic responsibility to treat the wounded. What do you think ?

15. Are there any tools (policies, codes or models) that could be helpful to facilitate the resolution of ethical challenges facing HCP? What could be done by the military institution to facilitate HCP work and minimize the ethical challenges or conflicts?

Debrief

Is there anything else that you would like to say about anything discussed today?

Thank you very much for your time. We have learned a lot from your story and appreciate gaining your perspective on these topics.

Pilot Interview-Suggestions

1. What didn't we talk about that you thought would have been important to include?
 - Were there any questions that you felt should have been included/excluded?
 - Anything that you said, that I should have further asked about?
2. Where there any important cues that were not picked up on?
3. How was the overall feel of the interview?
4. Do you have any other suggestions for me (both interviewing skills and questions asked)?

ANNEXE 2 : LETTRES D'INVITATION ET FORMULAIRES DE CONSENTEMENT

COURRIEL D'INVITATION

English message follows

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'une thèse de doctorat en bioéthique qui porte sur l'éthique de la médecine militaire, nous invitons les médecins militaires ayant eu une expérience d'affectation en Afghanistan ou ailleurs, à participer sur une base volontaire, à une entrevue d'environ une heure et demie afin de partager leur expérience.

Ce projet a reçu une autorisation de la part du CERSS. Vous trouverez d'ailleurs en attachement, une lettre d'invitation donnant plus de précision sur le projet, ainsi qu'une lettre de soutien de l'étude de la part du médecin-chef adjoint, le Colonel Bernier, et qui vous encourage à y participer.

Vous pouvez déterminer le moment qui vous convient le mieux, soit au mois d'octobre ou novembre 2010.

Nous apprécierions recevoir une réponse de la part des personnes répondant aux critères mentionnés précédemment (soit être médecin militaire et avoir eu une expérience d'affectation) dans les dix prochains jours, c'est-à-dire d'ici le vendredi le 8 octobre prochain et ce, par retour de courriel.

Merci de votre collaboration,

Sir or Madam,

As part of a PhD in bioethics studying the subject of ethics in military medicine, we wish to invite military physicians, on a voluntary basis, with an experience in the field in Afghanistan or elsewhere, in an interview lasting about an hour and a half to share their experience.

This project was approved by SSRRB. You will find attached an invitation letter that provides more information on the project. Also attached is a letter from Deputy Surgeon General, Colonel Bernier, encouraging you to support this study.

You can determine the date and time of interview that suits you, ideally in October or November 2010.

We would really appreciate an answer from participants that meet our selection criteria (military physicians with field experience in Afghanistan or elsewhere) within the next ten days or before Friday October 8th 2010.

Thank you for your cooperation,

Christiane Rochon, MPs, MBA

LETTRES D'INVITATION

September 23rd, 2010

Subject: Invitation to participate in a bioethics research on military medicine

Dear Sir or Madam,

As part of a PhD in bioethics studying the subject of ethics in military medicine, I wish to invite you to participate, on a voluntary basis, in an interview lasting about an hour and a half to share your experience as a medical officer in the field.

The research project aims to study the ethical tensions that may be experienced by physicians during Canadian military missions, including Afghanistan, both in their role with patients and their role within the mission and how these tensions were resolved. More specifically, the project aims to: 1) better understand the ethical tensions that may be experienced by military doctors in situations of armed conflict, and 2) develop a model of ethical analysis that could be used by military doctors, but also by other physicians in dual loyalty professional roles, and/or for pre-departure training in peacekeeping missions.

You can determine the date and time of interview that most suits you, ideally in October or November 2010. Interviews may be held in your office, institutional offices or elsewhere as you prefer. A few months later, those who are amenable will be invited to participate in an individual meeting, for no more than half an hour, to discuss initial interpretations or to deepen some elements from the interviews. I would appreciate a response from you within ten days.

Please contact the undersigned for any additional information regarding this project or the thesis supervisor, Dr. Bryn Williams-Jones, Associate Professor in the Bioethics Programme of the Department of Social and Preventive Medicine, at xxxxxxxx extension xxxxx or at the following address: xxxxxxxx

Thank you for your attention and cooperation.

Christiane Rochon, MPs, MBA
Étudiante-chercheur
xxxxxxxxxxxxxxxxxx

Director General Military Personnel Research and Analysis authorized this research at DND/CF, as required by CANFORGEN 198/08 CMP 084/08 271214Z Oct 08. Approbation number: 852/10



1745 Alta Vista Dr
Ottawa, ON K1A 0K6

1180-1 (S&T)

17 Sep 10

Distribution List

SURGEON GENERAL HEALTH RESEARCH STUDY: BIOETHICS RESEARCH ON
MILITARY MEDICINE

1. The Surgeon General's Health Research Program supports the generation of new health knowledge and the continual assessment of health training and practices in order to ensure the delivery of optimal health services.
2. Ms Christiane Rochon, a student at the Université de Montréal, will be conducting a study examining ethics in military medicine. This topic is relevant to CFHS interests given clinical experience and dilemmas in Afghanistan. You are therefore encouraged to support Ms Rochon in this study. It will require approximately 90 minutes of your time, sharing your experience as a CF medical professional in operations.
3. Questions related to the study should be directed to Ms Rochon

Deputy Surgeon General

Distribution List

Action

All Medical Officers

Canada

Le 23 septembre, 2010

Objet: Invitation à participer à une recherche sur la bioéthique et la médecine militaire

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'une thèse de doctorat en bioéthique qui porte sur l'éthique de la médecine militaire, nous vous invitons à participer sur une base volontaire, à une entrevue d'environ une heure et demie afin de partager votre expérience en tant que médecin militaire en affectation.

Le projet de recherche vise à étudier les tensions éthiques qui peuvent être vécues par les médecins militaires canadiens dans les missions, notamment en Afghanistan, tant au niveau de leur rôle auprès des patients que dans leur rôle au sein de la mission et comment ils les ont résolus. Plus spécifiquement, le projet a pour but 1) de mieux comprendre les tensions éthiques qui peuvent être vécues par les médecins militaires dans les situations de conflits armés; 2) de développer un modèle d'analyse éthique qui pourrait être utilisé par les médecins militaires, mais aussi par d'autres médecins en situation de double allégeance professionnelle et/ou dans le cadre de formation pré-départ dans des missions de paix.

Vous pouvez déterminer le moment qui vous convient le mieux, soit au mois d'octobre ou novembre 2010. Les entrevues se dérouleront si possible à votre bureau, dans les bureaux institutionnels ou ailleurs si vous le préférez. Quelques mois plus tard, ceux qui le désirent seront invités à participer à une réunion individuelle, d'au plus une demie heure, pour discuter des premières interprétations ou pour approfondir certains éléments issus des entrevues. Nous apprécierions recevoir une réponse de votre part dans les dix prochains jours.

N'hésitez pas à communiquer à la soussignée pour tout besoin d'information supplémentaire concernant ce projet ou au superviseur de thèse, M. Bryn Williams-Jones, professeur associé aux programmes de bioéthique au département de médecine sociale et préventive au xxxxx poste xxxxx, ou à l'adresse suivante:

En vous remerciant à l'avance de votre attention et de votre collaboration, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Christiane Rochon, MPs, MBA
Étudiante-chercheur

La Direction générale – Recherche et analyse (Personnel militaire) autorise cette recherche au sein du MDN/des FC, conformément au CANFORGEN 198/08 CMP 084/08 271214Z Oct 08. No d'autorisation : 852/10



1745 promenade Alta Vista
Ottawa, ON K1A 0K6

1180-1 (S&T)

17 Sept 2010

Liste de distribution

ÉTUDE DE RECHERCHE DU MÉDECIN-CHEF SUR LA SANTÉ : RECHERCHE
BIOÉTHIQUE SUR LA MÉDECINE MILITAIRE

1. Le Programme de recherche du Médecin-chef sur la santé soutient la génération de la nouvelle connaissance sur la santé et l'évaluation continue de l'entraînement et de pratique de santé pour assurer la prestation de soins de santé optimaux.
2. Mme Christiane Rochon, étudiante à l'Université de Montréal, va mener une étude sur l'éthique dans la médecine militaire. Ce sujet est en rapport avec les intérêts des SSFC, étant donné l'expérience clinique et les dilemmes en Afghanistan. Vous êtes, par conséquent, encouragés à aider Mme Rochon dans cette étude. Cela prendra environ 90 minutes de votre temps, où vous partagerez votre expérience de professionnel médical des FC dans les opérations.
3. Toute question relative à cette étude devrait être adressée directement à Mme Rochon

Médecin-chef adjoint

Liste de distribution

Action

Tous les médecins militaires

Canada

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

LA BIOÉTHIQUE ET LES CONFLITS ARMÉS: LA RÉFLEXION ÉTHIQUE DES MÉDECINS MILITAIRES

Étudiante-chercheur

Christiane Rochon, étudiante au PhD, Sciences humaines appliquées, option bioéthique UdeM. Bourse de doctorat en recherche du Fond québécois de recherche en science et culture (FQRSC) (# 135755)

Responsable du projet et directeur de recherche

Bryn Williams-Jones, PhD, Programmes de bioéthique, UdeM

La Direction générale – Recherche et analyse (Personnel militaire) autorise l'administration de cette recherche au sein du MDN/des FC, conformément au CANFORGEN 198/08 CMP 084/08 271214Z Oct 08. Numéro d'autorisation : 852/10

Les points de vue exprimés dans le présent document sont ceux de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement ceux du ministère de la Défense nationale et des Forces canadiennes.

Description du projet

La recherche vise à comprendre les tensions éthiques qui peuvent être vécues par les médecins militaires dans les situations de conflits armés. Plus particulièrement, cette étude a pour objectif d'analyser les défis éthiques spécifiques posés par le travail dans le cadre des conflits armés, tant dans la relation avec les patients que dans le rôle au sein de la mission, et comment ils ont été résolus. Le but de la recherche est de développer un modèle d'analyse éthique qui pourrait être utilisé par les médecins militaires, mais aussi par d'autres médecins qui travaillent dans des contextes de double profession. *Nous vous invitons à bien lire ce formulaire et à poser des questions avant d'y apposer votre signature.*

Modalités de participation

En tant que médecin militaire, nous vous invitons à participer à notre étude pour discuter en détail de situations dans lesquelles vous avez eu à faire face à un dilemme éthique dans le cadre d'une mission internationale, et comment vous l'avez géré ou résolu. Votre participation à cette étude comprend :

- À votre convenance, une entrevue individuelle d'environ une heure et demie dans votre contexte de travail ou tout autre lieu qui vous convient. Avec votre permission, cette entrevue sera enregistrée;
- Vos commentaires sur l'interprétation dégagée de l'ensemble des entrevues. Cette deuxième étape d'une durée d'environ une demi-heure peut se faire en face à face, au téléphone ou par échange de courriel. Dans les deux premiers cas et toujours avec votre permission, l'entrevue serait enregistrée. Dans le dernier cas, vos commentaires seraient fournis par écrit.

Inconvénients

Nous n'anticipons aucun risque majeur dans le cadre de la recherche, mais plutôt certaines difficultés dans l'organisation des entrevues. Nous sommes conscients que la majorité des médecins ont un horaire très chargé. Des conflits d'horaire et des contraintes de temps sont à prévoir, notamment pour planifier l'entrevue individuelle et prendre le temps nécessaire pour les commentaires concernant l'interprétation des entrevues et l'outil qui en découlera. Par ailleurs, nous sommes conscients que certaines situations qui ont été plus éprouvantes au plan éthique peuvent engendrer un malaise. La participation à l'entretien pourrait provoquer une réaction émotionnelle. Pour certains, cette réaction pourrait éveiller d'autres sentiments négatifs liés à un événement traumatisant. Si vous vous sentez inconfortable de discuter d'un élément ou d'un événement, vous pouvez en tout temps, interrompre ou même arrêter l'entrevue. De plus, si vous le désirez, à la fin de l'entrevue, l'étudiante-chercheur pourra vous fournir des renseignements concernant les ressources de soutien disponibles, auxquelles vous pourriez décider de faire appel.

Avantages

L'institution militaire, plus particulièrement les Services de santé des Forces canadiennes, bénéficieront des résultats de la recherche, car les dilemmes identifiés et l'analyse qu'elle suscitera peuvent servir à améliorer les plans de soutien logistique et de formation pré-départ des professionnels de la santé dans le contexte d'opérations militaires. Les médecins eux-mêmes pourront bénéficier du modèle de réflexion lors d'opérations futures. De plus, le fait que la recherche porte sur la réalité canadienne peut certainement contribuer à enrichir la discussion scientifique sur la médecine militaire qui, ces dernières années, a surtout été alimentée par les controverses suscitées par la médecine militaire américaine.

Participation volontaire et possibilités de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer et vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous devez simplement en aviser l'étudiante-chercheur, Mme Christiane Rochon, ou le directeur, M. Bryn Williams Jones. En cas de retrait précoce de l'étude, les données recueillies ainsi que les enregistrements audio seront détruits immédiatement. Par ailleurs, vous serez avisés de toute nouvelle information susceptible de vous faire reconsidérer votre participation à l'étude.

La participation à cette étude peut être interrompue par l'étudiante-chercheur si elle croit que c'est dans l'intérêt du participant ou pour toute autre raison.

Confidentialité

Tous les renseignements recueillis, tant audio que papiers, seront conservés dans un dossier de recherche et demeureront strictement confidentiels. Aucun participant ne sera expressément identifié. Un numéro de code sera assigné à chacun des participants, auquel seule la responsable de la recherche aura accès. La clé du code, reliant le nom du participant à son dossier de recherche, sera conservée sur l'ordinateur professionnel de l'étudiante-chercheur responsable et sera cryptée et protégée par un mot de passe connu d'elle seule. Tout document papier identifiable (ex. le présent feuillet) sera conservé sous clé dans un classeur dans le

bureau de l'étudiante-chercheur responsable. Les données de recherche et les enregistrements sonores seront conservés sous clé pendant sept ans, après la fin de l'étude et seront détruits par la suite (déchetés et effacés). Pour des raisons de surveillance et de contrôle de la recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Toutefois, ces personnes adhèrent à une politique de stricte confidentialité. La confidentialité des informations recueillies au cours de cette recherche sera garantie selon les limites prévues par la loi.

Les données générales pourront être publiées dans des revues scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier en tant qu'individu. Aucun détail spécifique ou instance qui pourrait permettre d'identifier un individu ne sera divulgué.

Compensation et indemnisation

Vous ne recevrez pas d'argent pour votre participation à ce projet de recherche. En signant le présent feuillet d'information et de consentement, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, l'organisme subventionnaire ou l'établissement, de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

Communication des résultats

Les participants pourront communiquer avec l'étudiante-chercheur et/ou son directeur afin d'obtenir de l'information sur l'avancement des travaux ou les résultats du projet de recherche. L'état d'avancement des travaux sera communiqué par courriel aux responsables des Services de santé des Forces canadiennes. Sur simple demande, nous vous transmettrons les résultats généraux de cette recherche, une fois l'étude terminée.

Personnes-ressources

Si les participants ont des questions au sujet de cette étude, ils peuvent communiquer (avant, pendant et après l'étude) avec :

Christiane Rochon

ou

Bryn Williams-Jones

Université de Montréal
XXXX

Université de Montréal
XX XXX

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone xxxxxxxxx ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca. (L'ombudsman accepte les appels à frais virés).

CONSENTEMENT ET SIGNATURES

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant ce projet de recherche et on y a répondu à ma satisfaction. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour réfléchir

et prendre ma décision. Je sais que je pourrai me retirer en tout temps. Je certifie qu'on m'a remis une copie datée et signée du présent formulaire.

Je soussigné(e) accepte de participer à cette étude.

Nom du participant

Signature du participant

Date

Engagement et signature de l'étudiante-chercheur

Je certifie qu'on a expliqué au signataire les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le signataire avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation à tout moment, et ce, sans aucune conséquence négative. Je m'engage avec l'équipe de recherche à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'informations et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

Nom de l'étudiante-chercheur

Signature de l'étudiante-chercheur

Date

Informations de type administratif :

L'original du formulaire sera conservé au bureau de l'étudiante chercheuse et une copie signée sera remise au participant

Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le CERFM le (date) : 8 avril 2010

No de référence : CERFM 2009-104#390

Letter of Information/Consent

BIOETHICS AND ARMED CONFLICTS: ETHICAL REFLECTION BY MEDICAL OFFICERS

Student-researcher

Ms Christiane Rochon, University of Montreal (PhD student), applied human sciences, bioethics
Research sponsor: Fonds québécois de recherche en sciences et culture (FQRSC: # 135755)

Research Director

Dr Bryn Williams Jones, Bioethics programs, University of Montreal

Director General Military Personnel Research and Analysis has authorized the administration of this research within DND/CF, in accordance with CANFORGEN 198/08 CMP 084/08 271214Z Oct. 08 (authorization number: 852/10)

Purpose of the Study

In this study, we want to better understand the ethical challenges that might be faced by medical officers providing care in contexts of military/peacekeeping operations. The purpose of this research project is to examine the ethical tensions felt by Canadian medical officers in armed conflicts, particularly in Afghanistan, relative to their relations with patients and their role in the mission and how they dealt with this tension. The goal of the research is to develop an ethical analysis model that could be used not only by medical officers but also by other physicians in situations involving conflicting professional loyalties. *We invite you to read this form carefully and to ask any questions before signing it.*

Procedures Involved in the Research

We invite you as a medical officer to participate in our study so you can offer us detailed descriptions of situations where you were confronted with an ethical dilemma on an international mission and explain how you were able to manage or resolve that dilemma. Your participation in this study includes:

- At your convenience, an individual interview lasting about an hour and a half in your work environment. With your permission, this interview will be recorded;
- Your comments on the interpretation gleaned from the full series of interviews. This second stage, lasting about one-half hour, may be completed face to face, by telephone or through an exchange of emails. In the first two cases, and again with your permission, the interview will be recorded. In the last case, your comments would be provided in writing.

Potential Harms, Risks or Discomforts

We do not anticipate any major risks associated with the research, but we do anticipate certain problems in organizing the interviews. We are aware that most physicians have an extremely busy schedule. Scheduling conflicts and time constraints are to be expected, particularly in planning the individual interviews and finding time for the medical officers to comment on the

interpretation of the interviews and the resulting tool. And we are aware as well that certain situations that were extremely trying from an ethical perspective may generate some discomfort. Should you feel uncomfortable about discussing a particular event or aspect of that event, you will have the option of interrupting or even stopping the interview at any time. The interviewer will have information about support resources you may choose to access following the interview.

Potential Benefits

The military institution, more specifically, Canadian Forces Health Services, will benefit from the results of this research, since the dilemmas it identifies and the analysis it fosters may lead to improved plans for the pre-departure logistics and training of health professionals serving on military operations. Medical officers may benefit personally from the reflection model during future operations. In addition, the fact that this research focuses on Canadian realities will certainly help enrich the scientific discussion surrounding military medicine, which in past years has been fed mainly by controversies generated by American military medicine.

Voluntary participation and possible withdrawal

Your participation in this research project is completely voluntary. You are therefore free to decline to take part in it, and you may also withdraw from the project at any time without having to explain why. We simply ask that you advise the student-researcher in charge of the project or one of the team members. Should you decide to withdraw early from the study, the collected data and the audio recordings will be destroyed without delay. You will also be advised of any new information that might cause you to reconsider your involvement in the study.

Your participation in this study may be interrupted by the student-researcher if she feels it would be in the interest of the participant or for any other reason.

Confidentiality

All information, both audio recordings and printed copies, will be stored in a research file and remain strictly confidential. No participants will be individually identified. Each participant will be assigned a code number to which only the person responsible for the research will have access. The coding key, linking the participant's name to his/her research file, will be stored on the professional computer of the student-researcher in charge, where it will be encrypted and protected by a password known only to her. All identifiable paper documents (eg, this form) will be kept under lock and key in a filing cabinet in the office of the student-researcher in charge. The research data and sound recordings will be kept anonymously under lock and key for seven years following the study and then destroyed (shredded and erased). For the purpose of research oversight and control, your file may be consulted by a person mandated by the *Comité d'éthique de la recherche* of the Faculty of Medicine of *l'Université de Montréal*. However, these persons adhere to a policy of strict confidentiality.

The general data may be published in scientific journals, but no one will be able to identify you as an individual. No specific details or events that could be used to identify an individual will be divulged.

Payment or Reimbursement

You will not receive any compensation for your participation in this research project. By signing this information sheet and consent, you do not waive any of your rights nor release the investigators, the funding agency or establishment of their civil and professional responsibilities.

Information About the Study Results

Participants may contact the student-researcher or research director to obtain information on the progress or results of the research project. The result of the project will be emailed to those responsible for Health Services of the Canadian Forces. On request, we will send you the overall results of this research, once the study is completed.

Information about Participating as a Study Subject

If you have questions or require more information about the study itself, please contact:

Christiane Rochon
University of Montreal
[REDACTED]

or Dr Bryn Williams-Jones
University of Montreal

|

If you have concerns or questions about your rights as a participant or about the way the study is conducted, you may contact:

Ombudsman, University of Montreal

CONSENT

I have read and understood the contents of this consent form. I certify that I had it explained to me verbally. I have had the opportunity to ask questions about my involvement in this study, and to receive any additional details I wanted to know about the study. I understand that I may withdraw from the study at any time, if I choose to do so, and I agree to participate in this study. I have been given a copy of this form.

I, the undersigned, accept to participate in this study.

Participant's name

Participant's signature

Date

Commitment and signature of the researcher

I certify that the terms in the present information and consent sheet have been explained, that the participants' questions have been answered and that it was clearly stated that the participant is able to withdraw their participation in this study at any time, without negative consequences. I agree, with the research team, to observe what was agreed to in the information and consent sheet, and to submit a signed and dated copy to the participant.

Researcher's name

Researcher's signature

Date

Administrative information:

The original consent form will be kept in the office of the student-researcher and a copy will be given to the participant.

ANNEXE 3 : CERTIFICATS D'ÉTHIQUE

DÉFENSE NATIONALE ET DES FORCES CANADIENNES

DÉCISION DU COMITÉ D'EXAMEN DE LA RECHERCHE EN SCIENCES SOCIALES (CERSS)

Date : 28 juillet 2010

Numéro d'autorisation : 852/10

Titre : La bioéthique et les conflits armés : la réflexion éthique des médecins militaires

Chercheur : Christiane Rochon

Organisation : Université de Montréal

Examen et discussion :

1. Votre projet de recherche a été examiné, et le CERSS vous autorise à aller de l'avant. Le numéro d'autorisation de votre projet est le suivant : 852/10.
2. L'autorisation est valide pour la période du 28 juillet 2010 au 31 décembre 2010. La participation des sujets doit être terminée d'ici cette date, sinon le protocole devra être réexaminé. Tous documents doivent être distribués dans les deux langues officielles afin de respecter les droits linguistiques des participants.
3. Le texte suivant doit figurer à la page couverture de votre recherche et des formulaires de consentement :

La Direction générale – Recherche et analyse (Personnel militaire)

autorise l'administration de cette recherche au sein du MDN/des FC, conformément au CANFORGEN 198/08 CMP 084/08 271214Z Oct 08.

Numéro d'autorisation : 852/10

« Les points de vue exprimés dans le présent document sont ceux de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement ceux du ministère de la Défense nationale et des Forces canadiennes. »

4. Notez que toute modification du protocole approuvé ou tout incident ou accident fâcheux découlant de la participation d'une personne donnée à cette étude doit être porté à l'attention de Louise Soucy XXXXXXXX, Coordonnatrice du Comité d'examen de la recherche en sciences sociales.

5. Veuillez nous faire parvenir les documents suivants à la fin de votre recherche :
 - a. une copie électronique de tous les rapports de recherche établis à la suite de cette demande/ce projet,
 - b. des copies électroniques des données utilisées pour produire les résultats indiqués.

7. Veuillez accepter nos remerciements pour votre contribution à cette recherche au sein des Forces canadiennes et du ministère de la Défense nationale.

Kelly Farley
Président CERSS

The Social Science Research Review Board (SSRRB)
Professional Ethics and Conflicts of Role for Healthcare Professionals
Working in Military Contexts *2nd Review*

Dr. Bryn Williams-Jones

November 30th, 2011

The Social Science Research Review Board (SSRRB) reviewed your purposed research and has approved your research submission in accordance with CANFORGEN 198/08. The SSRRB approval # is 1054/11- F.

If you have any questions please feel free to contact the SSRRB Coordinator: Penny Wood at XXXXX .

Please forward an electronic copy of any research reports arising from this request/project to the SSRRB coordinator (please put a BF in your calendar to this affect).

| Board's Observations | Researcher's Response |
|---|-----------------------|
| A. The Board recommends the researcher amend, throughout the submission, the proposed length of time required for participation to state two hours. | |
| B. The Board recommends the researcher provide an explanation for what will take place if a participant does not provide their consent to be audio recorded. | |
| C. The Board has approved this submission. | |

Penny Wood,
Research Coordinator
DGMPRA, Chief Military Personnel

Dist List

Info
DGMPRA
DDG; CMS Research Coord; CLS Research Coord; CAS Research Coord; ADM (PA) Rep

Faculté de médecine
Vice-décanat à la recherche

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE (CÉRFM)

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine, selon les procédures en vigueur et en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la *Politique sur la recherche avec des êtres humains* de l'Université de Montréal :

Titre du projet :

La bioéthique et les conflits armés : la réflexion éthiques des médecins militaires
REQUÉRANT : **Christiane Rochon, Candidate au PhD en bioéthique,
Département de médecine sociale et préventive (ESPUM),
FdM, UdeM, CP :**

**SOUS LA DIRECTION DE Bryn Williams-Jones, professeur adjoint aux programmes
de bioéthique, Département de médecine sociale et
préventive (ESPUM), FdM, UdeM**

Tout changement anticipé au protocole de recherche devra être communiqué au CÉRFM qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave devra être immédiatement signalé au CÉRFM.

Selon les exigences éthique en vigueur, un **suivi annuel** est minimalement requis pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi vous sera transmis par courriel avant l'échéance du présent certificat et peut être consulté sur la [page Web du CERFM](#).

Dianne Audet, coordonnatrice
CÉRFM

Isabelle Boutin-Ganache, présidente
CÉRFM

Approuvé : 8 avril 2010

Certificat valide jusqu'au 1^{er} mai 2011

Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine (CÉRFM), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

| Projet | |
|---------------------|--|
| Titre du projet | Éthique professionnelle et conflits de rôles des professionnels de al santé travaillant dans les contextes militaires/humanitaires |
| Chercheur requérant | Bryn Williams-Jones (25064) Professeur agrégé Faculté de médecine, Département de médecine sociale et préventive |

| Financement | |
|--------------------------------|--|
| Organisme | IRSC |
| Programme | Subvention de fonctionnement |
| Titre de l'octroi si différent | Professional ethics and conflicts of role for healthcare professionals working in military/humanitarian contexts |
| Numéro d'octroi | EOG-107578 |
| Chercheur principal | |
| No de compte | n.d. |

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CÉRFM qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CÉRFM.

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CÉRFM.

Isabelle Ganache, présidente
Comité d'éthique de la recherche de la Faculté
de médecine (CÉRFM)
Université de Montréal

2 mars 2011
Date de délivrance

1er septembre 2013
Date de fin de validité

adresse postale

C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

Département de kinésiologie
Cepsum
2100 Boul. Édouard-Montpetit
7^e étage, bur. 7213
Montréal QC H3T 1J4

Téléphone : 514-343-6111
Télécopieur : 514-343-2181
cerfm@umontreal.ca

ANNEXE 4 : LISTE DES CODES

Nodes

| Name |
|---|
| ETHICAL CHALLENGES |
| Dilemmas |
| Diagnosis and Treatment |
| Capacity of patient |
| Consent by patient |
| Violation of patient rights |
| Controversial practices |
| Assisted death - medical aid in dying |
| Withholding Treatment |
| Mercy killings |
| Experimental treatment |
| Medically unnecessary treatments |
| Poor use of medical resources for patient |
| Images of human suffering, injuries |
| Patient Autonomy |
| Standard of care related to location |
| End of life - Palliation |
| Professionalism |
| Conflict of interest |
| Scope of practice |
| Competence |
| Inter-force challenges |
| Intra-force challenges |
| Inter-professional challenges |
| Standard of care for patients |
| Dual loyalties |
| Intra-professional challenges |
| International collaborations |
| Local collaborations |
| Similarities and differences |
| Cultural and social challenges |
| Gender |
| Poverty Context |
| General cultural challenges |
| Differing value of life and death |
| International issues |
| patriotism |
| Physical security issues |
| Detainees |
| Complicity in Interrogation |
| Mandate and medical rules of eligibility |
| Triage out |
| Triage in |

| |
|--|
| Scarcity |
| Resource allocation |
| Expectations |
| Expectations by healthcare provider |
| Expectations by community |
| Expectations by person receiving care |
| CASES |
| Context of mission |
| Conflict context |
| Humanitarian context |
| Resolution process for ethical challenges |
| Moral courage |
| Process |
| Ethical resource |
| Support |
| Professional |
| Informal |
| Institutional |
| Debrief |
| Post-incident briefing |
| Decompression |
| Post-mission debrief |
| Failed or lack of support |
| Chain of command |
| Coping mechanisms |
| ETHICS TRAINING |
| Perceived importance |
| 1 Pre-departure |
| 2 During |
| 3 Debrief |
| 1 Ethical training during post-incident briefing |
| 2 Ethical training during decompression |
| 3 Ethical training during post-mission debrief |
| Perceived effectiveness |
| Absence of Training |
| Suggestions |
| Accountability mechanisms and policies |
| Ethics training |
| Case scenarios |
| Policies and practices |
| Vacation and leave policy |
| Increased Involvement in Decision Making |
| Improved Workplace Leadership |
| Improved Support and Resources |
| Mental health support 2 |
| Mental health support |
| Technical training and support |
| Personnel support |

| |
|------------------------------------|
| Pre-departure screening |
| Team decision making |
| Improved communication |
| Improved post-incident debriefings |
| Pre-departure training |
| Adequate pre-departure training |
| Improved pre-departure training |
| Preventing impunity |
| OUTCOMES AND IMPACTS |
| Mental health |
| Depression |
| Post-traumatic Stress Disorder |
| Support |
| Isolation |
| Positive |
| Moral eustress |
| Moral enhancement |
| Negative |
| Moral residue |
| Post-deployment challenges |
| Moral distress |
| Initial Moral Distress |
| Long-term Moral Distress |
| Compassion Fatigue |
| General psychological impact |
| Stigma surrounding support |
| Neutral - Undecided |
| Effect on military career |
| Identity |
| Identity as soldier |
| Identity as HCP |
| Moral identity |
| Coping Mechanisms |
| NEUTRALITY |
| Consequences |
| Human rights |
| RESPONDENTS |
| Prioritization of identity |
| Motivation for joining military |
| Reconciling professions |
| Education experience |
| Financing of education by military |
| Technical training |
| Continuing medical education (CME) |
| Work experience |
| Type |
| Military |
| Team work |

| |
|---|
| Civilian |
| Place |
| Domestic |
| Deployment |
| Duration |
| Location |
| Time with Canadian Forces |
| Role |
| Duties |
| Titles |
| Professional Responsibilities |
| Motivation for professionalization |
| ETHICS RESOURCES |
| Personal values |
| Codes of ethics and legal doctrine |
| Military |
| Rules of engagement |
| Medical Rules of Eligibility |
| Medical |
| General-International |
| IHL - Geneva Conventions |
| Human Rights Instruments |
| Similarity and Differences |

ANNEXE 5 : TABLEAUX ANALYSE LIENS ENTRE CATÉGORIES

DILEMMES – IDENTITÉ

| Dilemmes évoqués | Participants | Identité |
|--|---|--|
| Pas de dilemme, peu ou sans conséquence | 2,4,7,9 10,14 | 2 médecins 4 médecins militaires (MM) |
| Différence de standards dans le traitement et les soins pour les Afghans | 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 13,14 | 6 médecins 3 MM (mais 2 qui n'ont pas vécu de dilemmes eux-mêmes) |
| Triage ne pas pouvoir offrir de soin à la population locale triage à la sortie triage Afghan/Canadien | 1, 2, 3, 5, 7, 11, 12, 14 5, 6, 10, 13 3,4,12 | 5 médecins/3 MM 3 médecins/1MM 1 médecin/2MM |
| Limite des ressources (difficulté à donner le maximum aux patients, allocation des ressources) | 1, 2,8,10,12 | 2 médecins/3MM |
| Activités médicales visant à gagner les cœurs et les esprits | 3,6,14 | Tous médecins |
| Qualifier le retour au combat des soldats | 1, 3,4,7 | 3 médecins, l'autre MM a été témoin |
| Problèmes dans les relations professionnelles <ul style="list-style-type: none"> • Besoins patient vs besoins de l'institution • Identification aux combattants ou motivation autre que les soins • Attentes et jugements sur leur travail • Avec autres forces • Avec collègues qui manquent d'expérience | 2, 8, 10, 12 1, 3, 5 1, 3, 6, 14 8 1, 5, 14 | Tous MM Tous médecins Tous médecins MM Tous médecins |
| Traitement des détenus | 3,6,13 | Médecins |
| Confidentialité | 1, 3, 4,7, 8, 12, 13 | 4 médecins 3 MM |
| Consentement et Acharnement sur un soldat canadien | 8 | Médecins |

RÔLE ET IDENTITÉ

| Rôle | Participants | |
|---|--|--|
| Fournir des soins aux soldats | 1,2,3,5,7,8,3,11,12,13,14 | 8 médecins/3 MM |
| Appuyer la mission et maintenir la force de combat (prévention, limitations, recommandations, etc.) | 1, 2, 7,13,14 | 4 médecins/1MM |
| Rôle militaire (va de la protection des patients, à l'entraînement, à la défense en cas d'attaque) | 1, 2, 4, 8, 9, 11, 12 | 2 médecins/ 5 MM |
| Faire partie d'activités, gagner les cœurs et les esprits (vu négativement) | 2, 3, 5, 12, 14 | 3 médecins /2MM |
| Ne pas nuire | 1, 3, 4, 7, 8, 9, 13,14 | 6 médecins/2 MM |
| Militaire vs humanitaire <ul style="list-style-type: none"> Mêmes défis (ressources) Ont fait de l'humanitaire | 2,3,4,7,10,12 3, 6, 11 | 2 médecins/4 MM |
| Neutralité politique n'est pas exigée, c'est la neutralité envers les patients qui l'est | 1, 2, 3, 4,6, 8, 10, 11,12, 13,14 | 6 médecins/5 MM |
| Éthique (la même en temps de conflit qu'en temps de paix) : <ul style="list-style-type: none"> Ressources qui changent Jugement qui change : Conséquences des décisions qui changent (plus graves) | Unanimité #2, 4, 9, #3 #8 | Tous médecins militaires médecins médecins |

Mécanisme de résolution de dilemmes et identité

| Mécanisme de résolution | Participants | Identité |
|-------------------------------|--------------------|------------------|
| Discussion | 3,4,7,10,11,12,14 | 3 médecins/4 MM |
| Propre jugement | 1,3,4,7,8,11,13,14 | 6 médecins/ 2 MM |
| Propre code d'éthique | 8,11,14 | 2 médecins/ 1MM |
| Règles d'engagement | 2,3,4,5,6,7,11,14 | 5 médecins/ 3 MM |
| N'identifie pas leurs valeurs | 2,6,8,10 | 2 médecins/2 MM |

IDENTITÉ, CODES ET STANDARDS DE TRAITEMENT

| Identité participants | Différence code Médical/militaire | Différence de traitement C/A | Traitement de la population |
|--|--|--|--|
| Médecin | Celui du médecin prime (il aurait fallu ROE médicaux) | Un dilemme | Certains jugeaient médecins car ils ne traitaient pas population locale, d'autres car ils traitaient Afghans |
| Les deux (avant plus militaire) | Ce sont les ROE les + importantes | Permet de savoir quoi faire | N'a pas vécu le dilemme mais d'autres oui |
| Médecin (avec formation militaire) | Mêmes codes et valeurs Importance ROE claires | Sentiment d'injustice | Dilemme : ne pas pouvoir traiter la population locale |
| Les deux | Importances des ROE médicales Choix est sur le collectif aussi | Permet de savoir quoi faire | C'était de la faiblesse de la part des gens de ne pas accepter cette réalité |
| Plus médecin (avec hésitations) | Hôpital administré de façon militaire | Un dilemme | Surtout axé sur les enfants. Les tours précédents traitaient la population et adoraient |
| Médecin | Les deux sont vagues et ils ne sont pas toujours connectés (moins coercitif militaire) | Différence de traitement par rapport au Canada pour tous les patients (+Afghans) | Plus axé sur les enfants avec favoritisme (traiter l'enfant d'un commandant allié) |
| Médecin (l'armée le paye pour ça) | Situation différente mais même principes éthiques | Devoir abandonner les soins à une femme enceinte afghane | Difficile mais reconnaissent qu'ils n'avaient pas les ressources |
| Médecin (Ajoute qui travaille dans le militaire) | Militaire service avant soi mais médecin ne peut pas se brûler ainsi | N'en parle pas | N'en parle pas |
| Les deux | Même éthique faut s'adapter au contexte. DART les militaires appuient médical. En conflit c'est l'inverse. | On doit composer avec ressources disponibles. Différence est comme entre urbain et région au Canada. | N'en parle pas |
| Les deux (une catégorie en soi) | Travaille avec les deux sachant que un est axé sur la | Un problème de sous développement et de manque de | On peut mais pas au détriment de la mission |

| | | | |
|---|--|--|--|
| | nation l'autre sur l'individu. Pas de conflit entre les deux. Axé sur le patient est une approche limitée de la médecine. | ressources. A créé un dilemme pour plusieurs. Mais OSM reconnaît cette disparité (ex : pas d'intubation garde ressources pour vaccins) | |
| Les deux : avant mission plus médecin aujourd'hui plus militaire (utilise les valeurs médicales comme compas moral) | Codes et ROE tous bons. Mais aucun guide ou cours d'éthique ne peut aider si on n'a pas la volonté de faire la bonne chose. | A aidé à sauver des vies d'enfants qui n'auraient pas reçu les soins selon les standards afghans (brûlures) | Dilemme et difficulté à ne pas pouvoir aider la population locale quand on sait qu'on pourrait aider Mais a fait de l'aide humanitaire |
| Les deux ne peuvent dissocier | Les codes sont basés sur les mêmes valeurs. Conflits potentiels compromis(triage). Plus on est proche du patient plus de conflits (i.e., santé publique) | N'en parle pas | Dilemme lorsque les militaires se servent de services médicaux auprès de la population |
| Médecin (Un médecin militaire mais un médecin) | Ne voit pas de gros conflit mais parle de confidentialité plus libérale dans militaire. Mieux pour le patient car tient compte de son travail. | Traitement d'un détenu qu'on voulait libérer trop rapidement. Différence de standard aussi | N'en parle pas |
| Médecin Aujourd'hui plus médecin avant plus militaire | Code similaire. Focus patient ou institution mais intention la même | Ressources limitées pour faire le suivi médical approprié Arrêt des soins assez rapide. | N'a pas apprécié la pression de donner des soins à la pop pour gagner cœurs et esprit : dilemme |
| 8= Médecins 6=Médecins militaires | Codes pareilles 5 ajoutent les ROE (3MM et deux médecin) | 8 oui dilemme(médecins) 6 non (6MM) | 6 dilemmes (5 Médecins) 6 pas dilemme (4MM) 2 ambigus (2MM) |