



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

GLOBAL STUDIES INSTITUTE

GSI Working Paper PhD MED 2021/01

**« Soins palliatifs et assistance humanitaire d'urgence :
Projets spécifiques des organisations humanitaires
et vécu des expatriés y engagés »**

Martin Schneider

Global Studies Institute
10, rue des Vieux-Grenadiers
1205 Geneva
<https://www.unige.ch/gsi/fr/>

This text may be downloaded for personal research purposes only. Any additional reproduction for other purposes, whether in hard copy or electronically, requires the consent of the author(s), editor(s). If cited or quoted, reference should be made to the full name of the author(s), editor(s), the title, the working paper or other series, the year, and the publisher.

Publications in the Series should be cited as: AUTHOR, TITLE, GSI WORKING PAPER YEAR/NO. [URL].

ISSN 2624-8360

Abstract:

Humanitarian medical assistance, traditionally aiming to save lives, has started to consider palliative care in its action. This study gives a systematic overview of medical projects that integrate palliative care and finds five described projects only. It also investigates what expatriate face when confronted to clinical situations that require palliative care. Frustration and disarmament were frequent emotions, and opiates were not always available. New humanitarian guidelines have recently included palliative care into humanitarian assistance.

L'assistance humanitaire médicale vise à sauver des vies depuis sa création. Récemment, elle a commencé à intégrer les soins palliatifs dans ses actions. Ce travail comprend une revue systématique des projets médicaux qui incluent les soins palliatifs ; il n'en trouve que cinq. Il analyse le vécu des expatriés médicaux confrontés à des situations de soins palliatifs. Souvent, ils ressentent la frustration et l'impuissance. Les opiacées ne sont pas toujours disponibles. De nouvelles recommandations humanitaires tiennent depuis peu compte des soins palliatifs.

Keywords: Palliative care, pain management, relief work, noncommunicable diseases, opioids

Author: Martin Schneider*

*Ce papier présente les résultats de la thèse de doctorat soutenue par l'auteur à la Faculté de Médecine à l'Institut de Santé Globale en 2019. Cette recherche doctorale a été menée sous la direction du Prof. François Chappuis.

GSI Working Paper **PhD MED 2021/01**

1. Remerciements

Mes remerciements vont aux superviseurs, Pr François Chappuis, Pr Sophie Pautex et Dr Beat Stoll, qui m'ont accompagné lors de cette entreprise. Les professeurs Meinrad Perrez, Université de Fribourg, et Charo Rodríguez, Université de McGill, Montréal, ont fourni un soutien précieux. Je remercie les responsables des organisations humanitaires qui ont partagé leurs programmes de soins palliatifs, et les expatriés¹ médicaux qui m'ont accordé un entretien après leur mission. Merci enfin à Dr Heidi Hopkins, London School of Hygiene and Tropical Medicine, qui m'a encouragé de me lancer dans ce programme doctoral.

¹ Pour l'économie d'espace et d'encre, la forme masculine est utilisée.

Table des matières

1. Remerciements	3
2. Résumé en anglais	5
3. Résumé en français	7
4. Introduction générale	9
4.a. Soins palliatifs au niveau mondial	9
4.b. Objectifs de la recherche	12
4.c. Évidence disponible et accessibilité	13
4.d. Vécu des expatriés humanitaires confrontés aux besoins de soins palliatifs	13
5. Méthodes	15
5.a. Recherche d'information	15
5.b. Entretiens approfondis	15
6. Résultats	17
6.a. Premier article – revue systématique	17
6.b. Second article – enquête qualitative	20
7. Conclusion générale et perspectives	25
7.a. Limitations de la recherche	25
7.b. Facilitation de l'accès à l'évidence concernant des projets	25
7.c. Amélioration de la formation et de la pratique des expatriés	26
7.d. Accès aux opiacés	27
7.e. Rôle de la santé globale	27
8. Bibliographie	29

2. Résumé en anglais

Introduction: Palliative care is well established in the Western world. Patients with advanced chronic conditions can benefit from appropriate care to treat pain and other symptoms. At the global level, however, palliative care is lacking in many countries, especially in low-income countries.

Emergency humanitarian organisations often work in low-income countries, where natural disasters or armed conflicts occur. Since their creation, these organisations have aimed to save lives. More recently, their activities have expanded and now include projects aimed at improving the quality of life of the beneficiaries, such as psychosocial support programmes.

The increase in chronic diseases, also in low-income countries, and the Ebola epidemic in West Africa have led to a reflection on the place of palliative care in humanitarian action. The organisations reacted and developed initial projects that focus on analgesia, the first step to palliative care, and on palliative care itself.

In this context, it is useful to systematically summarise the experiences and potential lessons learnt from these projects that put palliative care into practice in emergency humanitarian assistance. This systematic review could facilitate information sharing among humanitarian organisations on this new area of intervention.

Currently, medical expatriates who engage in a mission of general medicine or paediatrics with an emergency humanitarian organisation still face situations that require palliative care or advanced analgesia. Often, circumstances prevent this care. A qualitative analysis could improve the understanding of the emotions that arise in such dilemmas and could help prepare expatriates better for their tasks in the field and thus facilitate their humanitarian endeavour.

Methods: Articles published on emergency humanitarian aid projects carried out with a component of palliative care or advanced analgesia were searched for in the electronic databases CINAHL, Embase, Medline and Google Scholar. Heads of major humanitarian organisations were asked if their organisation had implemented such projects.

Fifteen medical expatriates participated in in-depth individual interviews, after their engagement with the non-governmental organisation Médecins sans Frontières. A thematic analysis, based on the inductive approach, was carried out gradually during the study. Categories and themes were developed progressively during data collection.

Results: The systematic review found only one publication. This report describes an observation of patients in Sierra Leone after traumatic amputation. Their pain and mental state were followed during treatment with amitriptyline and carbamazepine and a professional reintegration programme.

Among international organisations, the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies ran a programme in Crimea, Ukraine/Russia. Médecins du Monde supported a palliative

care project in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo. Médecins sans Frontières was organising a home visiting project for chronically ill refugees in Dagahaley, Kenya.

In the qualitative analysis, all participants had encountered clinical situations that required palliative care or advanced analgesia. Lack of opiate drugs, but sometimes also insufficient specific knowledge prevented appropriate care. This led to feelings of frustration and disarmament. Expatriates wished better availability of opiates and recommended specific training on analgesics before leaving to the field.

Conclusions: There is little evidence on projects involving palliative care or advanced analgesia as part of emergency humanitarian assistance. First projects have started, but the exchange of knowledge is only just beginning.

Expatriates in general practice or paediatrics are faced with situations that require palliative care or advanced analgesia. Often, opioid medications are lacking. There are also expatriates who do not feel at ease in prescribing analgesic drugs. Better opioid availability and training on their use are desired.

The humanitarian community is aware of the need to include palliative care and advanced analgesia in its emergency assistance projects. The recent publication by the World Health Organization of a specific guide on this topic and the chapter on palliative care in the new edition of the Sphere Handbook are signs of this awareness.

3. Résumé en français

Introduction : Les soins palliatifs sont bien établis dans le monde occidental. Les patients souffrant de maladies chroniques avancées peuvent bénéficier des soins adaptés pour traiter leur douleur et d'autres symptômes. Au niveau mondial, par contre, les soins palliatifs font défaut dans beaucoup de pays, tout particulièrement dans ceux à faibles ressources.

Les organisations humanitaires d'urgence travaillent principalement dans les pays à faibles ressources, régions où des catastrophes naturelles ou conflits armés ont lieu. Par leurs interventions, les organisations visent depuis leur création à sauver des vies. Au fur et à mesure, leurs activités se sont élargies et incluent dorénavant des projets destinés à améliorer la qualité de vie des bénéficiaires, comme des programmes de soutien psychosocial.

L'augmentation des maladies chroniques, également dans les pays à faibles ressources, et l'épidémie d'Ebola en l'Afrique de l'Ouest ont provoqué une réflexion sur la place des soins palliatifs dans l'action humanitaire. Les organisations ont réagi et développé des projets initiaux qui focalisent sur l'antalgique, premier palier des soins palliatifs, et sur les soins palliatifs proprement dits.

Dans ce contexte, il est utile de résumer de manière systématique les expériences et les potentielles leçons apprises par ces projets qui mettent en pratique les soins palliatifs dans l'assistance humanitaire d'urgence. Cette revue systématique pourrait favoriser l'échange d'informations parmi les organisations humanitaires sur ce nouveau domaine d'intervention.

À l'état actuel, en pratique, les expatriés médicaux qui s'engagent dans une mission de médecine générale ou de pédiatrie avec une organisation humanitaire d'urgence, sont toujours confrontés à des situations qui demandent des soins palliatifs ou une antalgie avancée. Souvent, les circonstances ne permettent pas ce type de soins. Mieux connaître, par une analyse qualitative, les émotions qui surgissent dans de tels dilemmes pourrait permettre de mieux préparer les expatriés à leurs tâches sur le terrain et de leur faciliter l'engagement humanitaire.

Méthodes : Des articles publiés sur des projets d'aide humanitaire d'urgence réalisés avec une composante de soins palliatifs ou d'antalgie avancée ont été recherchés dans les banques de données électroniques CINAHL, Embase, Medline et Google Scolar. Les responsables des grandes organisations humanitaires ont été demandés si leur organisation avait mis en pratique de tels projets.

Quinze expatriés médicaux ont participé à des entretiens individuels approfondis, au retour de leur engagement avec l'organisation non-gouvernementale Médecins sans Frontières. Une analyse thématique, basée sur l'approche inductive, s'est réalisée progressivement pendant l'étude. Des catégories et des thèmes ont été développés au fur et à mesure pendant le recueil des données.

Résultats : La revue systématique n'a trouvé qu'une publication. Celle-ci décrit une observation de patients au Sierra Leone après amputation traumatique. Leur douleur et leur état psychique étaient suivis lors d'un traitement avec amitriptyline et carbamazépine et un programme de réinsertion professionnelle.

Parmi les organisations internationales, la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge gérait un programme en Crimée, Ukraine/Russie. Médecins du Monde soutenait un projet de soins palliatifs à Kinshasa, République démocratique du Congo. Médecins sans Frontières organisait un projet de visites à domicile pour les réfugiés souffrant de maladies chroniques à Dagahaley, Kenya.

Dans l'analyse qualitative, tous les participants avaient rencontré des situations cliniques qui demandaient des soins palliatifs ou une antalgie avancée. C'était souvent le manque des médicaments opiacés, mais parfois aussi de connaissances spécifiques qui empêchaient les soins appropriés. Ceci conduisait à des émotions de frustration et de découragement. Les expatriés souhaitaient une meilleure disponibilité des opiacés et proposaient des formations ciblées sur l'antalgique avant le départ sur le terrain.

Conclusions : Il n'y a que peu d'évidence disponible sur des projets impliquant les soins palliatifs ou l'antalgie avancée dans le cadre de l'assistance humanitaire d'urgence. De premiers projets ont commencé, mais l'échange des connaissances qui n'est qu'à ses débuts.

Les expatriés engagés pour une activité clinique en médecine générale ou en pédiatrie sont confrontées à des situations qui demandent des soins palliatifs ou une antalgie avancée. Souvent, les médicaments opiacés font défaut. Il y aussi des expatriés qui ne se sentent pas à l'aise dans la prescription des médicaments antalgiques. Une meilleure disponibilité des opiacés et une formation sur leur utilisation sont souhaités.

La communauté humanitaire a pris connaissance de la nécessité d'inclure les soins palliatifs et l'antalgie avancée dans ses projets d'assistance d'urgence. La publication récente par l'Organisation mondiale de la santé d'un guide spécifique à ce sujet et le chapitre sur les soins palliatifs dans la nouvelle édition du Manuel Sphère en témoignent.

4. Introduction générale

“The failure to ensure access to controlled medications for pain and suffering threatens fundamental rights to health and to protection against cruel, inhuman and degrading treatment.”(1)

4.a. Soins palliatifs au niveau mondial

C'est au Royaume Uni que Cicely Saunders (2) a créé en 1967 le St Christopher's Hospice. Cet événement est considéré le début des soins palliatifs, destinés à traiter les symptômes, tout particulièrement les douleurs, des patients avec maladies chroniques avancées. Les soins palliatifs visent à améliorer la qualité de vie des patients atteints d'une maladie avancée et leur entourage, en traitent les douleurs physiques, psychiques et spirituelles (3) :

Les soins palliatifs améliorent la qualité de vie des patients et des familles confrontés à une maladie engageant le pronostic vital, en soulageant les douleurs et les symptômes, en apportant un soutien spirituel et psychologique depuis le moment où le diagnostic est posé jusqu'à la fin de la vie et au cours de la période de deuil.

Les soins palliatifs:

- *soulagent la douleur et les autres symptômes pénibles;*
- *soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal;*
- *ne visent ni à hâter ni à différer la mort;*
- *intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins au patient;*
- *offrent un système d'assistance pour aider les patients à vivre aussi activement que possible jusqu'à leur décès;*
- *offrent un système d'accompagnement pour aider la famille à faire face pendant la maladie du patient et au cours de la période de deuil;*
- *ont recours à un travail d'équipe pour répondre aux besoins des patients et de leur famille, y compris en matière de conseil lié au deuil, si c'est indiqué;*
- *vont améliorer la qualité de vie et peuvent également influer positivement sur le cours de la maladie;*
- *sont mis en œuvre précocement au cours de la maladie, en conjonction avec d'autres thérapies visant à prolonger la vie, telles une chimiothérapie ou une radiothérapie, et comprennent les analyses nécessaires pour mieux comprendre et prendre en charge les complications cliniques pénibles.*

Dans la suite, ces soins se sont développés, sont devenus une spécialité médicale reconnue et se sont répandus principalement dans le monde occidental.

Or, dans les autres régions du monde, les soins palliatifs font encore défaut. C'est aussi le constat provenant des rapporteurs spéciaux des Nations Unies pour la santé et la torture (1) qui décrit un manque de prise en charge avancée de la douleur et des autres composants des soins palliatifs dans de nombreux pays. Comme ces rapporteurs, des journalistes ont rendu compte que dans beaucoup de

régions du monde, le traitement de la douleur est très insuffisant (4), sans tenir compte des autres composants de la définition des soins palliatifs. Cette inégalité se voit au niveau régional dans la distribution très hétérogène de l'utilisation d'opiacés (illustration 1 ; 5).

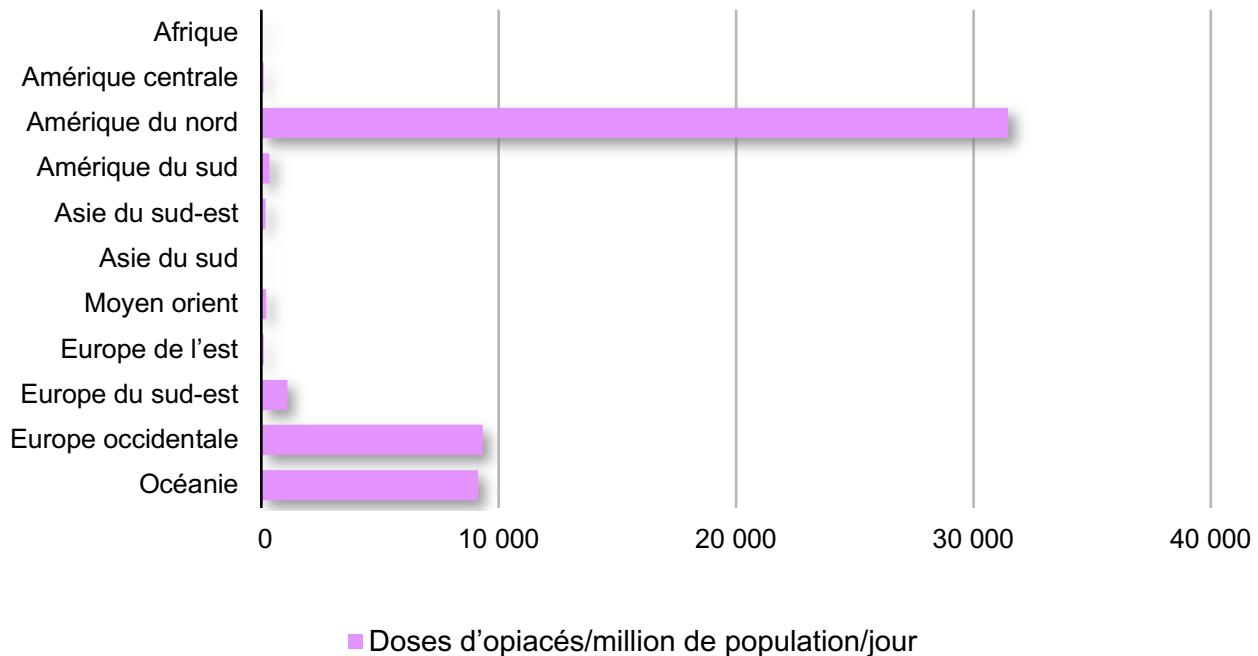
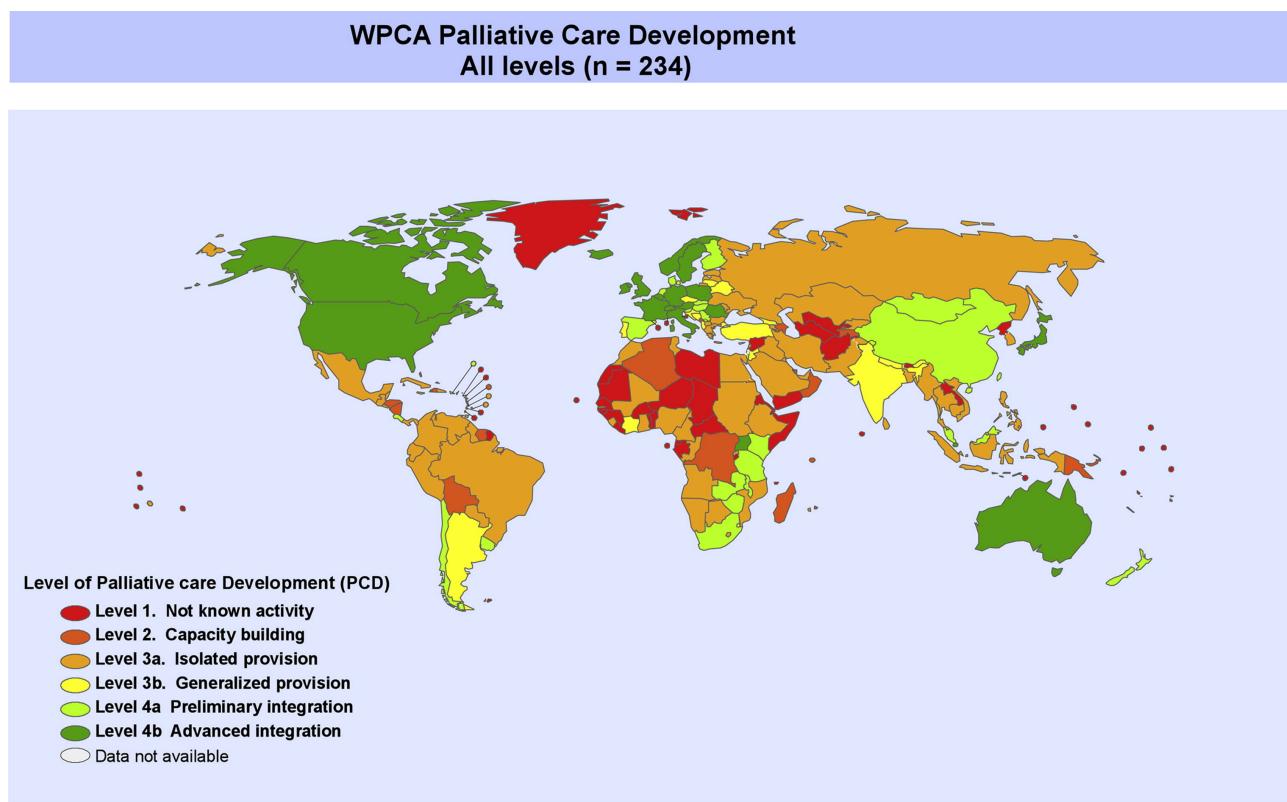


Illustration 1 : Utilisation des médicaments opiacés par région géographique (5)

La Worldwide Hospice Palliative Care Alliance a répertorié le niveau de soins palliatifs au plan mondial (illustration 2 ; 6). Des organisations internationales pour les soins palliatifs appellent à agir contre les inégalités constatées (7). Aussi, l'Assemblée générale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a récemment reconnu cette situation et recommande alors l'intégration des soins palliatifs dans la couverture sanitaire universelle (8).



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the WPCA concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.



© WPCA 2011. All rights reserved.

Illustration 2 : Niveau de développement des soins palliatifs dans le monde (6)

En même temps, plusieurs projets ont montré qu'il était possible de mettre en place une offre de soins palliatifs malgré des ressources limitées, et quelques-uns des pays les moins développés ont réalisé des progrès considérables dans la mise à disposition de soins palliatifs à leur population. Une approche favorisant l'intégration des soins palliatifs dans le système de santé déjà en place, une décentralisation et la prise en compte de la communauté paraît la méthode la plus appropriée, comme l'indiquent des exemples réalisés en Inde et en Ouganda (9).

Tous ces développements s'appliquent aux pays à faibles ressources qui présentent une certaine stabilité. **L'aide humanitaire d'urgence** par contre s'engage dans des contextes instables, en général suite à des catastrophes naturelles ou des conflits armés. Ces situations volatiles se retrouvent souvent dans les pays avec des systèmes de santé peu performants, qui, entre autres, manquent de soins palliatifs (6).

L'aide humanitaire vise traditionnellement à sauver des vies. Les organisations humanitaires ont ainsi développé une expertise médicale pour la prise en charge de la santé maternelle et infantile et des maladies infectieuses ainsi que la chirurgie de guerre (10). Plus récemment, elles ont ajouté des programmes de santé mentale et soutien psychosocial ou de prise en charge de la violence liée au genre à leurs activités. Par contre, la plupart n'ont commencé la réflexion sur les soins palliatifs que dans le cadre de la récente épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest quand leurs centres de traitement n'arrivaient plus à soigner le nombre croissant de patients (11). La transition épidémiologique avec

comme conséquence l'augmentation des maladies chroniques dans les pays à faibles ressources demande une adaptation des interventions médicales d'urgence qui ne peuvent plus se limiter aux maladies aiguës, souvent infectieuses (12).

Dans ce contexte de besoins croissants en soins palliatifs et au vu du plaidoyer qui associe les soins palliatifs au droit à la santé (13) et à la couverture sanitaire universelle (14), les organisations humanitaires ont entamé des premiers projets qui tiennent compte des soins palliatifs et/ou de la prise en charge avancée des douleurs. Dans ce contexte, l'utilisation de médicaments antalgiques autres que le paracétamol, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et le tramadol qualifie comme antalgie avancée. Étape essentielle dans les soins palliatifs, la prise en charge des douleurs adéquate est considérée un marqueur utile pour la mise en place des soins palliatifs (15).



Illustration 3 : Hôpital rural avec Médecins sans Frontières

La prise de conscience que les soins palliatifs ont leur place dans l'assistance humanitaire d'urgence est récente (16). En conséquence, la recherche dans ce domaine est encore dans un stade initial. Les publications disponibles sont principalement des plaidoyers et des réflexions générales ou éthiques sur les soins palliatifs dans l'action humanitaire. Les informations sur des projets incluant les soins palliatifs sont rares et dispersées. En même temps, les expatriés humanitaires engagés sur le terrain sont confrontés à des situations cliniques qui demandent une prise en charge selon les principes des soins palliatifs.

4.b. Objectifs de la recherche

L'objectif général de la recherche est de répertorier comment les organisations humanitaires intègrent les soins palliatifs dans leurs activités d'urgence et de mieux connaître comment réagissent

les expatriés médicaux confrontés aux situations cliniques nécessitant une antalgie avancée ou des soins palliatifs indisponibles sur place.

Comme **objectifs spécifiques**, la recherche vise à

- Établir une revue systématique de l'évidence disponible sur l'intégration des soins palliatifs dans la pratique humanitaire d'urgence,
- Explorer de manière descriptive et qualitative le vécu d'expatriés médicaux confrontés aux situations nécessitant des soins palliatifs et/ou une antalgie avancée,
- Identifier des lacunes dans la préparation des expatriés à leur engagement et proposer des améliorations dans leur encadrement,
- En fonction des résultats, tirer des leçons et développer des suggestions comment mieux tenir compte des soins palliatifs dans l'urgence humanitaire.

4.c. Évidence disponible et accessibilité

Des réflexions et recommandations générales sur la nécessité de tenir compte de l'antalgie et des soins palliatifs dans l'action humanitaire ont été initiées et aussi publiées (16). Par contre, une éventuelle expérience accumulée dans la réalisation de projets qui tiennent compte des soins palliatifs reste difficile à identifier. Dans ce contexte, il faudra aussi considérer le fait que l'objectif principal des organisations humanitaires dans la production de documents n'est pas la publication scientifique, mais l'évaluation interne et parfois externe de leurs projets ainsi que les échanges avec les bailleurs de fonds.

Dans ces circonstances d'informations limitées et d'expérience pratique débutante, le partage des observations faites lors de la préparation de projets, des difficultés rencontrées dans le cadre de leur mise en œuvre et des conclusions tirées après une éventuelle évaluation sera utile afin d'améliorer de futurs projets et de donner à la pratique humanitaire des bases fondées sur les preuves (17).

C'est ainsi que la première partie de cette recherche vise à établir un inventaire ou une revue systématique des projets d'assistance humanitaire d'urgence qui contiennent une antalgie avancée ou directement des soins palliatifs.

4.d. Vécu des expatriés humanitaires confrontés aux besoins de soins palliatifs

De l'autre côté, la recherche s'intéresse à ce que vivent les expatriés humanitaires qui s'engagent dans le terrain. Dans leur travail clinique, ils peuvent faire face à des patients qui ont besoin de soins palliatifs ou d'une antalgie avancée. Cependant, les circonstances peuvent les empêcher de prodiguer ses soins. Cette impossibilité de soigner représente un dilemme personnel et éthique qui peut

provoquer de différentes émotions qui s'ajoutent aux difficultés rencontrées lors de l'engagement humanitaire.

Parmi les facteurs qui contribuent aux difficultés rencontrées par les expatriés lors de leur engagement figurent une situation sécuritaire tendue, la confrontation à une culture différente et à un travail peu familier, mais aussi les relations avec les membres de l'équipe. Des dilemmes éthiques survenant dans le travail peuvent peser lourd (18). C'est aussi l'impossibilité de pratiquer les soins palliatifs qui peut poser un dilemme éthique aux expatriés.

Davantage connaître leur vécu pendant l'engagement humanitaire et leur réaction émotionnelle pourra aider à mieux préparer les expatriés à leurs tâches. Cette connaissance permettra aussi de développer des approches pour améliorer leur pratique médicale. Une bonne préparation est un moyen de réduire leur stress.

La deuxième partie de cette recherche recueille par des méthodes qualitatives (19) les expériences faites par des expatriés pendant leur engagement avec une organisation humanitaire. Elle s'intéresse à leurs émotions et à la manière comment ils les ont gérées. Enfin, elle touche aussi leurs conclusions ou recommandations établies de manière rétrospective après l'expérience gagnée.

5. Méthodes

5.a. Recherche d'information

La revue systématique suivait les recommandations recueillies dans PRISMA (20).

La recherche ciblait des études d'intervention ou d'observation de projets de soins palliatifs ou d'antalgie avancée dans l'urgence humanitaire. Elle était définie comme assistance médicale dans des désastres naturels ou situations de conflit. Des projets réalisés dans des pays pauvres mais stables n'étaient pas considérés. La recherche ne visait pas à intégrer des récits d'expériences personnelles, des recommandations ou expressions d'opinions.

Une recherche dans les bases de données électroniques CINAHL, Embase et Medline ainsi que dans Google Scholar a utilisé les mots-clés suivants. Les termes liés aux soins palliatifs, à gauche, ont été combinés avec ceux à droite, décrivant des situations humanitaires, en utilisant le lien *et* (&) logique. La combinaison a été réalisée avec ces termes comme textes libres et comme mots-clés. La recherche a couvert la période du 1^{er} janvier 1990 au 1^{er} décembre 2016 :

analgesia	conflict
pain management	humanitarian
pain/drug therapy	refugee
palliative care	relief work
palliative medicine	war

Les biographies des publications retenues ont été passées en revue afin d'identifier d'éventuelles études supplémentaires. Il n'y avait pas de restrictions concernant la langue.

Les responsables médicaux des grandes organisations internationales actives dans l'urgence médicale (Comité international de la Croix-Rouge [CICR], Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge [FICR], International Medical Corps [IMC], International Rescue Committee [IRC], Médecins du Monde [MdM], Médecins sans Frontières [MSF], Save the Children Fund [SCF], Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés [UNHCR]) ont été contactés pour obtenir des informations sur d'éventuels projets en lien avec les soins palliatifs et/ou l'antalgie avancée. L'organisation non-gouvernementale spécialisée Douleurs sans Frontières a aussi contribué des renseignements sur ses programmes.

5.b. Entretiens approfondis

Concernant les entretiens avec des expatriés médicaux, la commission cantonale d'éthique de la recherche a conclu que l'étude n'avait pas besoin de son accord.

Quinze expatriés médicaux, de retour après un engagement clinique avec MSF (Genève), ont accordé des entretiens approfondis. Ces entretiens se focalisaient sur les circonstances et activités dans le cadre de leur engagement, sur des situations cliniques rencontrées qui demandaient une antalgie

avancée ou des soins palliatifs, et les réactions et émotions face à l'impossibilité de prodiguer ces soins. À la fin, les participants pouvaient suggérer comment ils auraient pu être mieux préparés à leur engagement.

Les entretiens ont eu lieu dans les bureaux de MSF à Genève, dans une petite salle qui préservait la sphère privée des expatriés. Ils se déroulaient en anglais ou en français, selon la préférence de l'expatrié. Après consentement informé écrit, l'entretien était enregistré à l'aide d'un ordinateur portable. Un fichier de tableur recueillait les données démographiques et des notes pour capter les points principaux des entretiens.

L'analyse thématique s'est réalisée progressivement pendant l'étude, à l'aide du logiciel «Atlas.ti®» (21). Basé sur des codes initiaux, des catégories et des thèmes ont été développées au fur et à mesure pendant le recueil des données. Dans la suite, l'analyse continue a affiné les thèmes. Cette approche inductive, utilisée principalement dans cette analyse des entretiens, développe les thèmes en provenance des données, une méthode particulièrement adaptée aux contextes émergents (22, 23).

6. Résultats

6.a. Premier article – revue systématique

La recherche a retrouvé 291 publications, dont 5 ont été analysées de façon approfondie. Les autres ont été écartées à base du titre clairement sans lien avec la recherche ou de l'abstract. Parmi les cinq publications analysées, une seule a pu être retenue (24). Il s'agissait d'une observation de 223 patients au Sierra Leone après amputation traumatique, dont la douleur et l'état psychique étaient suivis lors d'un traitement avec amitriptyline et carbamazépine et un programme de réinsertion professionnelle. L'observation trouvait une meilleure antalgie et humeur parmi les patients qui prenait leur traitement médical pour une période prolongée. Ces patients trouvaient aussi plus facilement un emploi. L'étude concluait que des projets d'antalgie avancée étaient nécessaires et difficiles, mais tout à fait possible dans une situation post-conflictuelle.

Les quatre autres publications étaient une description de deux cas de soins palliatifs en Palestine (25), un récit d'une expérience personnelle comme chirurgien après le séisme en Haïti (26), une recommandation de ne pas oublier les besoins en soins palliatifs parmi les réfugiés récemment arrivés en Europe (27) et une évaluation des conséquences de l'ouragan Katrina auprès de patients avec des douleurs chroniques pré-existantes (28). Aucune ne remplissait donc les critères de recherche, à savoir des descriptions de projets humanitaires d'urgence intégrant les soins palliatifs ou une antalgie avancée.

Une recherche supplémentaire limitée pour des raisons de temps et de simplicité à Google Scholar le 31 mars 2018 n'a pas identifié de nouvelles publications.

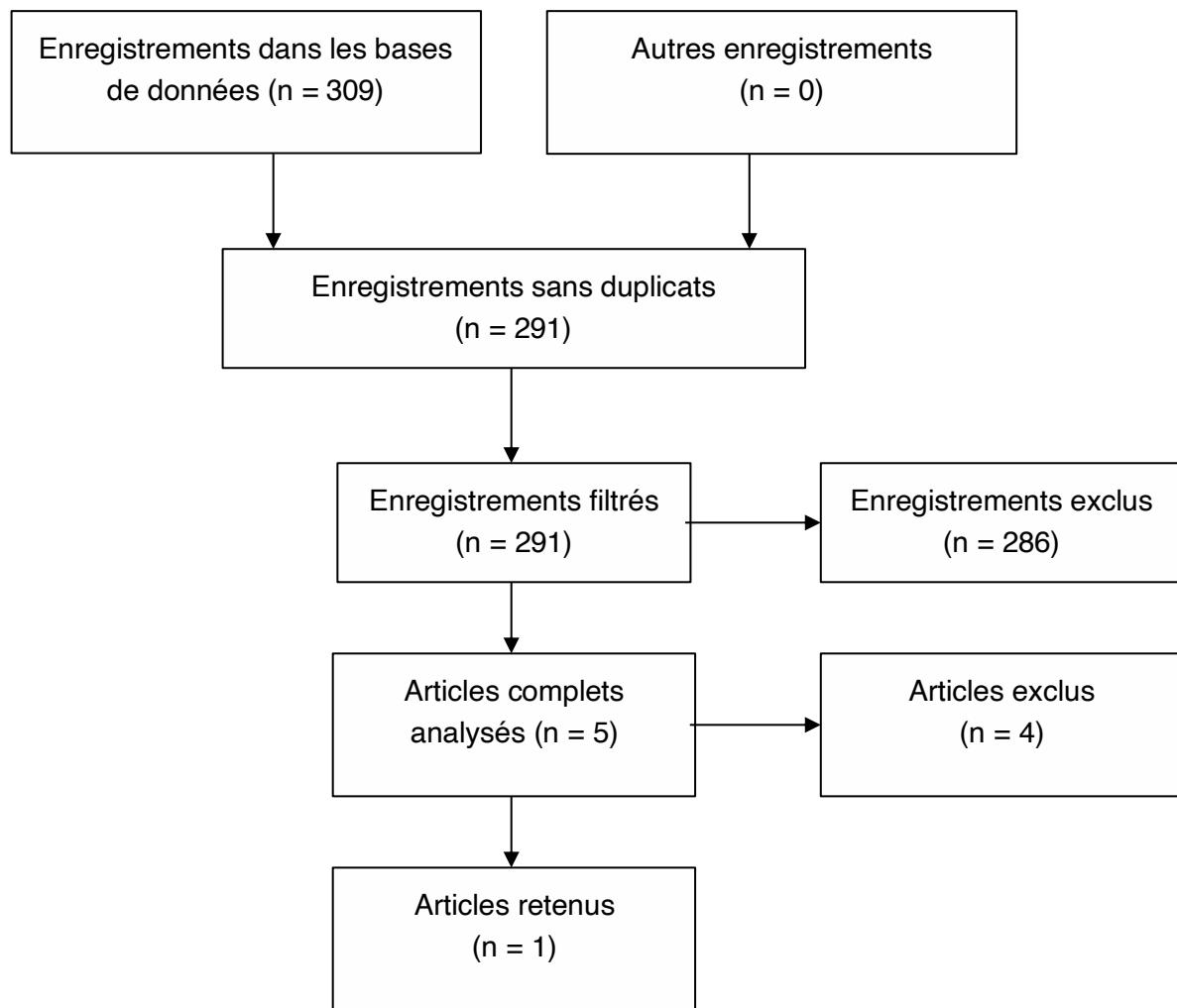


Illustration 4: Résultat de la recherche d'information

Les experts contactés n'étaient pas au courant de publications ou rapports additionnels. Quelques organisations avaient commencé des projets qui tenaient compte d'antalgie avancée ou de soins palliatifs, résumés dans le tableau 1.

Enfin, des contacts avec des experts internationaux du domaine n'ont pas pu mettre en évidence d'autres rapports ou notes de projets. Il en ressortait, par communication directe, que la FICR soutenait des personnes vivant avec le VIH en Crimée, Ukraine/Russie. MdM partageait une expertise technique pour un projet de soins palliatifs à domicile à Kinshasa, République démocratique du Congo. MSF organisait un projet de visites à domicile pour les réfugiés souffrant de maladies chroniques à Dagahaley, Kenya, afin d'améliorer leur antalgie.

Caractéristique	Douleurs sans frontières	CICR	FICR	IRC	MdM	MSF-CH	SCF	UNHCR*
Localisation	Port-au-Prince, Haïti	Aucune	Crimée, Ukraine/Russie	Aucune	Kinshasa, DRC	Dagahaley, Kenya	Aucune	Aucune
Contexte	Hôpital de référence; séisme		Pauvreté, instabilité		Urgence chronique	Camp de réfugiés		
Niveau de soins	Secondaire		Premier recours		Premier recours	Premier recours		
Bénéficiaires	Patients avec douleurs		Personnes vivant avec le VIH		Enfants	Réfugiés		
Maladie	indéterminée		VIH		Cancer	Cancer, maladies chroniques		
Intervention	Enseignement d'antalgie		Visites à domicile, soutien médical et psychologique		Antalgie, Gestion de deuil; étude anthropologique	Visites à domicile, antalgie (avec morphine)		
Résultats analysés	–		–		Étude anthropologique	Prévus		

Tableau 1 : Projets identifiés mettant en pratique une antalgie avancée ou des soins palliatifs

CICR: Comité international de la Croix-Rouge; FICR: Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge; IRC: International Rescue Committee; MdM: Médecins du Monde; MSF: Médecins sans Frontières; SCF: Save the Children Fund; UNHCR Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés

*Le HCR ne met pas directement en œuvre des projets de santé

Parmi les organisations spécialisées, l'International Children's Palliative Care Network coopérait avec une organisation non-gouvernementale syro-américaine qui dispensait des soins médicaux en Syrie. La Worldwide Hospice Palliative Care Alliance prévoyait un projet pour les réfugiés syriens en Jordanie et la population hôte. Aucune publication sur ces projets n'était disponible.

6.b. Second article – enquête qualitative

Quinze entretiens approfondis ont eu lieu avec des expatriés au retour de leur mission, 11 femmes et 4 hommes. Le tableau 2 résume leurs caractéristiques.

Caractéristique	Valeurs
Âge (moyenne, rangée)	34 (30 – 39) ans
Sexe	11 femmes, 4 hommes
Pays d'origine	Afrique du Sud, Allemagne, Australie, Brésil, Corée du Sud, Espagne, États-Unis d'Amérique, Haïti, Italie, Madagascar, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Slovaquie, Suisse
Pays d'engagement	Cameroun, Irak, Liban, Myanmar, Niger, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Soudan du Sud, Tanzanie
Durée d'engagement (moyenne, rangée)	22 (4 – 51) semaines
Nombre de missions avec MSF (médian, rangée)	1 (1 – 18)
Profession	Infirmière, gynécologue, médecin généraliste, pédiatre, sage-femme
Environnement de travail	Camp de réfugiés, clinique VIH, cliniques mobiles, hôpital de district, hôpital de référence, soins de santé primaires
Participants avec expérience préalable en antalgie	11
Participants avec expérience préalable en soins palliatifs	5

Tableau 2 : Caractéristiques des participants

Six thèmes principaux ont émergé de l'analyse, illustrés par une sélection des citations des entretiens :

Thème 1 :

- Origines géographiques et parcours personnels variés des expatriés
- Expérience variable avec antalgie et/ou soins palliatifs



«Moi personnellement, je n'ai jamais eu l'occasion de pratiquer la thérapie [avec opiacés]. Nous avons toujours peur d'utiliser la morphine. On a peur d'aller plus loin dans l'utilisation de la morphine..»

(Médecin généraliste, RDC)

“We did do ultrasound-guided epidural blocks, for example, or chronic pain management and the whole psychosocial aspect of managing pain, you know, getting over anger. There were different components rather than just medication. I spent maybe two months in the pain clinic.”

(Médecin généraliste, Soudan du Sud)

“I did some palliative care clinically when I was a nurse.”

(Infirmière, Soudan du Sud)

Thème 2 :

- Restrictions légales d'importation d'opiacés
- Limitations dans l'utilisation d'opiacés



“Even the tramadol, when we ran short, you had to get special permission [from the medical supervisor] for the tramadol. [...] I know that some of the clinical officers [local medical staff] found it very annoying.”

(Médecin généraliste, Soudan du Sud)

“There was no tramadol. It is part of the problem with the law.”

(Médecin généraliste, Liban)

«Six semaines de rupture [de morphine]. Alors là, c'était dur, pour toute l'équipe.»

(Pédiatre, Niger)

Thème 3 :

- Différences culturelles rencontrées par les expatriés avec les patients
- Adaptation de la manière de communiquer au contexte local
- Imprégnation culturelle des collaborateurs locaux



«Souvent, j'ai entendu dire par le staff médical: <Mais chez nous, ça ne se fait pas comme ça. On n'a pas cette culture.›»

(Pédiatre, RCA)

Et j'ai vraiment remarqué qu'il y a comme un «tabou». Soins palliatifs, pour eux [collaborateurs locaux], c'était un peu difficile à faire direct. [...] Ils préféraient beaucoup plus dire «c'est dans les mains de Dieu», de prendre un peu la religion, «on va voir...»»

(Pédiatre, Niger)

“We were implementing the morphine protocol for neonates, and I didn’t have as much resistance from the [local medical] staff as I expected, as I would have had, for example, in the United States.”

(Médecin généraliste, Irak)

Thème 4 :

- Émotions comme frustration et désarmement face à l'impossibilité de soigner
- Compassion, propre vécu de l'expatrié
- Rôle humain du soignant



“[The pain] was very distressing for her [a patient], and also a bit upsetting for the staff. We felt a bit helpless.”

(Médecin généraliste, Tanzanie)

«Devant un enfant qui souffre, devant un décès, moi, à chaque fois pendant mes premiers deux mois, je pleure. Ça me fait mal de voir ça.»

(Médecin généraliste, RDC)

«Je sais imaginer les douleurs que moi-même j'avais, comment l'autre, il sent.»

(Sage-femme, Niger)

“Sometimes, you can get quite frustrated because, you know, if you had access to some better pain control...”

(Médecin généraliste, Tanzanie)

“If you cannot do anything against the pain, [be there]. They [the patients] will feel that they are not left alone. That is most important.”

(Infirmière, Irak)

Thème 5 :

- Soutien dans l'équipe
- Acceptation ou rejet des approches et de la culture de l'organisation



“Palliative care cannot be done in every patient that needs it, in these places, in walk-in clinics.”

(Médecin généraliste, Myanmar)

“I told my medical team leader [about patients with chronic diseases]. He said he would consider it but he said MSF’s role was acute diseases.”

(Pédiatre, Soudan du Sud)

“I understand the nature of MSF and that it’s called emergency. But we are moving towards treating HIV and TB [tuberculosis] and are moving towards treating diabetes and hypertension rather than just gun shots and block bombings, you know. Why can’t we also palliate if we are going into this direction?”

(Médecin généraliste, Soudan du Sud)

«Elle m'a réconfortée et rassurée pour que je n'aie pas peur de la morphine et proposé de l'augmenter lentement.»

(Médecin généraliste, RDC)

Thème 6 :

- Critiques concernant le manque de préparation pour le traitement de la douleur
- Recommandations pour davantage de formation et mise à disposition de conduites à tenir



«On ne répète pas beaucoup [le traitement de la douleur] dans les séances de formation.»

(Sage-femme, Niger)

“Yes, it might have been good to have a guideline for palliative care.”

(Médecin généraliste, Tanzanie)

“Training. Training and sensitisation at the field level, the same way we have, for example, a gynae [-cology] specialist, we can have a palliative care/pain treatment specialist. And this person can go to the field and raise some awareness. At the HQ [headquarters] level, we can have training and talk a lot about it.”

(Infirmière, Irak)

7. Conclusion générale et perspectives

La revue systématique, à la recherche d'évidence concernant la pratique de l'assistance humanitaire avec volet antalgie/soins palliatifs, a trouvé une seule publication et des résumés non publiés sur quelques projets réalisés par des organisations internationales. Dans les entretiens approfondis, les expatriés ont souvent constaté une prise en charge sous-optimale de la douleur. Les raisons principales pour ce manque sont une formation insuffisante des expatriés, l'absence de médication, tout particulièrement des opiacés, et la concentration des projets sur d'autres priorités. Ces expériences ont souvent été difficiles à gérer.

7.a. Limitations de la recherche

En choisissant des critères de sélection strictes, la revue systématique n'a trouvé qu'une seule publication. C'était le prix à payer pour la concentration sur une évidence claire, sans intégrer les réflexions générales ou éthiques sur le sujet qui ont tout à fait leur place dans la discussion des soins palliatifs dans l'action humanitaire d'urgence.

De même, les contacts avec les grandes organisations humanitaires visaient principalement celles installées à Genève. Cette sélection couvrait la majorité des acteurs, mais peut avoir omis des organisations qui auraient développé leur projet de soins palliatifs. Afin de limiter ce risque d'omission, des experts de l'expansion mondiale des soins palliatifs ont été contactés.

L'enquête qualitative s'est limitée aux entretiens approfondis avec des expatriés au retour d'un engagement avec Médecins sans Frontières. Elle n'a pas pris en compte les expériences et avis d'expatriés ayant travaillé pour d'autres organisations, ceci pour des raisons pratiques, car à Genève, il n'y a pas d'organisation humanitaire internationale qui envoie un nombre comparable d'expatriés pour des missions cliniques de médecine générale ou de pédiatrie.

Également pour des raisons pratiques, mais aussi afin de préserver une homogénéité dans l'échantillon, il n'y a pas eu d'entretiens avec des employés locaux d'organisations humanitaires d'urgences. Impossibles à organiser avec les moyens disponibles, de tels entretiens auraient introduit une variation trop importante à l'analyse qualitative inductive.

7.b. Facilitation de l'accès à l'évidence concernant des projets

Il est possible que la recherche n'ait pas identifié tous les rapports élaborés à ce sujet car les évaluations internes ou destinées aux bailleurs de fonds ne sont pas accessibles au public. Les projets trouvés, eux, paraissaient isolés, développés sans concertation parmi les organisations. Souvent, il n'y avait pas d'évaluation formelle pour tirer des leçons de l'expérience de projet.

Une revue récente sur les soins palliatifs et l'action humanitaire a appliqué une stratégie de sélection moins spécifique que la recherche présentée ici. Elle arrive pourtant à des conclusions similaires,

c'est-à-dire au constat d'un manque d'évidence sur le sujet et la nécessité d'une meilleure préparation des organisations d'urgence aux soins palliatifs (29).

Dans l'approche de la recherche opérationnelle (30) et de l'objectif d'une gestion ouverte d'information pour l'action humanitaire fondée sur des preuves (17), un meilleur partage des expériences des leçons apprises pourrait être utile pour l'avancement de l'antalgique avancée et des soins palliatifs dans l'assistance humanitaire d'urgence. Un tel partage d'information pourrait être exigé par les bailleurs de fonds comme condition pour financer des projets. Il serait souhaitable les résultats de l'énergie considérable mise dans la rédaction de rapports destinés aux bailleurs soit accessibles publiquement. Similaire aux réflexions qui ont abouti aux publications scientifiques «open access» (31), ces informations, récits et observations d'expériences facilement accessibles pourraient aider le développement de projets humanitaires, aussi en lien avec les soins palliatifs.

7.c. Amélioration de la formation et de la pratique des expatriés

Au moment de la prise de conscience que la prise en charge adéquate de la douleur et les bases des soins palliatifs font partie de l'action humanitaire médicale d'urgence, elle ne s'est pas encore traduite dans tous les projets sur le terrain.

L'analyse des récits des expatriés montre qu'ils procèdent souvent à une attribution externe de l'impossibilité de pratiquer une bonne antalgie, comme le fait ce médecin généraliste au Myanmar :

“You are working in a setting that is so constricted. What can you do?”

Des attributions internes sont plus rares :

«J'aurais pu comprendre ça [l'antalgie appropriée aux circonstances] un peu plus vite.»
(Pédiatre, Niger)

Ce phénomène est en accord avec la théorie d'attribution (32). En bref, elle indique que la gestion psychologique d'une difficulté est plus facile si on l'attribue à des facteurs externes plutôt qu'à des facteurs internes. Néanmoins, cette difficulté de ne pas pouvoir prodiguer des soins adéquats persiste et peut contribuer au stress que rencontrent les expatriés pendant leur engagement (33). Elle représente aussi un défi d'ordre moral, comme a témoigné un travailleur humanitaire (34) :

“If you don't provide something for pain, and you don't do the little things then – then you're losing a little bit of why you're even there and the whole moral piece to it ... the humanitarian piece. Otherwise you're just a bunch of medics running around in the field, trying to... stop the bleeding, but when – if you're gonna be humanitarians, then you have to really look at that human piece...”

Les expatriés ont souvent exprimé dans leurs récits qu'ils auraient apprécié disposer de conduites à tenir sur l'emploi de la médication antalgique. La formation générale des professionnels sur l'antalgie reste à améliorer (35). Ceci sera d'autant plus le cas dans les régions où une antalgie avancée ne se

pratique pas (5), mais dont ressort un nombre croissant d'expatriés qui ont souvent commencé leur engagement humanitaire en tant qu'employé local d'une organisation internationale (36).

L'OMS a répondu à ce besoin de conduites à tenir et information pratique par la publication d'un fascicule sur l'intégration des soins palliatifs dans l'action humanitaire d'urgence (37). Le guide résume des réflexions sur la place et la nécessité des soins palliatifs dans l'urgence, propose une préparation des acteurs et définit des actes médicaux, les médicaments et le matériel nécessaires.

De même, la toute récente édition du Manuel Sphère (38) a intégré les soins palliatifs en leur consacrant un chapitre qui définit les standards applicables dans les situations d'urgence.

7.d. Accès aux opiacés

Une raison fréquente pour le manque d'opiacés sont les restrictions légales de l'importation et l'utilisation de ces médicaments. Trop d'états focalisent sur les interdictions de la Convention unique sur les stupéfiants (39) et oublient leur devoir de mettre suffisamment de médicaments à disposition de leur population (40). Des organisations de soins palliatifs appellent au plaidoyer pour remédier à ce manque de traitement (7). Le guide de l'OMS (37) recommande explicitement la disponibilité des opiacés dans l'urgence.

Cette recherche a montré que l'intégration des soins palliatifs dans l'action humanitaire d'urgence est à ses débuts. Une prise de connaissance a bien commencé (16), mais sa mise en pratique prend encore du temps. Les mentalités des acteurs humanitaires sont en train de s'adapter. L'élaboration de manuels et recommandations pratiques pour ce domaine a commencé (37, 38). Les récentes conduites à tenir pour la prise en charge des malades d'Ebola mentionnent spécifiquement les soins palliatifs (41). Il reste d'ailleurs à espérer que les effets négatifs d'une prescription inadaptée d'opiacés, comme constatés aux États-Unis (42), ne renverseront pas les avances obtenus.

7.e. Rôle de la santé globale

D'un point de vue de santé globale (43) qui tente à développer une vision large en intégrant différents points de vue scientifiques et géographiques, et avec une approche interdisciplinaire (44), une matrice peut résumer des disciplines potentiellement impliquées dans le développement et le plaidoyer pour l'intégration de soins palliatifs dans l'action humanitaire d'urgence (tableau 3). Elle pourra servir aux différents acteurs à l'organisation de mesures visant à améliorer la prise en charge de la douleur et la réponse aux besoins de soins palliatifs dans l'action humanitaire. Ainsi, dans un futur pas trop lointain, l'assistance humanitaire sera capable de mieux répondre au «droit au traitement de la douleur» postulé (45).

Discipline	Domaine et rôle
Médecine clinique	Former du personnel dans les soins palliatifs; développer des approches cliniques adaptées aux urgences humanitaires
Pharmacologie	Mettre à disposition des médicaments en galénique approprié
Droit et relations internationales	Améliorer la réglementation raisonnable des opiacés; renforcer le droit au traitement de la douleur
Sociologie/psychologie	Sensibilisation du personnel international aux soins palliatifs
Anthropologie	Trouver des approches culturellement adaptées pour les soins palliatifs au niveau mondial
Sciences économiques	Éviter des ruptures à l'aide d'une logistique améliorée

Tableau 3: Approche interdisciplinaire pour les soins palliatifs dans l’assistance humanitaire

8. Bibliographie

1. Nowak M, Grover A. Letter to Her Excellency Ms. Selma Ashipala-Musavyi, Chairperson of the 52nd Session of the Commission on Narcotic Drugs. Geneva 2008.
2. Richmond C. Dame Cicely Saunders. BMJ. 2005;331(7510):238.
3. WHO definition of palliative care 2017 [<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>].
4. End-of-life care: How to have a better death. Economist. 2017 29 April:9.
5. Berterame S, Erthal J, Thomas J, Fellner S, Vosse B, Clare P, et al. Use of and barriers to access to opioid analgesics: a worldwide, regional, and national study. Lancet. 2016;387(10028):1644-56.
6. Connor SR, Sepúlveda Bermedo MC. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. WHO. London: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; 2014.
7. Knaul FM, Bhadelia A, Ornelas HA, de Lima L, del Rocio Sáenz Madrigal M. Closing the pain divide: the quest for effective universal health coverage. Lancet Glob Health. 2015;3:S35.
8. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. WHA67.19. Geneva: WHO; 2014.
9. Grant L, Downing J, Namukwaya E, Leng M, Murray SA. Palliative care in Africa since 2005: good progress, but much further to go. BMJ Support Palliat Care. 2011;1(2):118-22.
10. Giannou C, Baldan M. War surgery. Geneva: International Committee of the Red Cross; 2009.
11. Liu J. MSF International President United Nations Special Briefing on Ebola. New York 2014.
12. Slama S, Kim HJ, Roglic G, Boulle P, Hering H, Varghese C, et al. Care of non-communicable diseases in emergencies. Lancet. 2017;389(10066):326-30.
13. Radbruch L, de Lima L, Lohmann D, Gwyther E, Payne S. The Prague Charter: urging governments to relieve suffering and ensure the right to palliative care. Palliat Med. 2013;27(2):101-2.
14. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. Lancet. 2018;391(10128):1391-454.
15. Gilson AM, Maurer MA, Lebaron VT, Ryan KM, Cleary JF. Multivariate analysis of countries' government and health-care system influences on opioid availability for cancer pain relief and palliative care: more than a function of human development. Palliat Med. 2013;27(2):105-14.
16. Smith J, Aloudat T. Palliative care in humanitarian medicine. Palliat Med. 2017;31(2):99-101.
17. Blanchet K, Ramesh A, Frison S, Warren E, Hossain M, Smith J, et al. Evidence on public health interventions in humanitarian crises. Lancet. 2017;390(10109):2287-96.
18. Hunt MR. Moral experience of Canadian healthcare professionals in humanitarian work. Prehosp Disaster Med. 2009;24(6):518-24.
19. Green J, Thorogood N. Qualitative Methods for Health Research. 3rd ed. London: Sage; 2014.
20. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. PLoS Med. 2009;6(7):e1000097.
21. ATLAS.ti. Berlin: Scientific Software Development GmbH; 2016.
22. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77-101.
23. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Chicago: Aldine; 1967.
24. Lacoux PA, Lassalle X, McGoldrick PM, Crombie IK, Macrae WA. Field research in humanitarian medical programmes. Treatment of neuropathic pain in Sierra Leone. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2003;97(6):619-21.
25. Cherny NI. Palliative care in situations of conflict: lessons from Jerusalem. Am J Hosp Palliat Care. 2006;23(6):469-74.
26. Huffman JL. Surgical Palliative Care in Haiti. Surg Clin North Am. 2011;91(2):445-57.
27. Marston J, De Lima L, Powell RA. Palliative care in complex humanitarian crisis responses. Lancet. 2015;386(10007):1940.

28. Potash MN, West JA, Corrigan S, Keyes MD. Pain management after Hurricane Katrina: outcomes of veterans enrolled in a New Orleans VA pain management program. *Pain Med.* 2009;10(3):440-6.
29. Nouvet E, Sivaram M, Bezanson K, Krishnaraj G, Hunt M, de Laat S, et al. Palliative care in humanitarian crises: a review of the literature. *J Int Humanitarian Action.* 2018;3(1):5.
30. Ogden T, Fixsen DL. Implementation Science. *Z Psychol.* 2014;222(1):4-11.
31. Budapest Open Access Initiative [<http://www.budapestopenaccessinitiative.org>].
32. Weiner B. An attributional theory of motivation and emotion. New York: Springer; 1986.
33. Dahlgren AL, Deroo L, Avril J, Bise G, Loutan L. Health risks and risk-taking behaviors among International Committee of the Red Cross (ICRC) expatriates returning from humanitarian missions. *J Travel Med.* 2009;16(6):382-90.
34. Hunt M, Chénier A, Bezanson K, Nouvet E, Bernard C, de Laat S, et al. Moral experiences of humanitarian health professionals caring for patients who are dying or likely to die in a humanitarian crisis. *J Int Humanitarian Action.* 2018;3(1):12.
35. Hoang HT, Sabia M, Torjman M, Goldberg ME. The importance of medical education in the changing field of pain medicine. *Pain management.* 2014;4(6):437-43.
36. Fox RC. Doctors Without Borders: Humanitarian Quests, Impossible Dreams of Médecins Sans Frontières. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2014.
37. Integrating palliative care and symptom relief into responses to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide. Geneva: WHO; 2018.
38. The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response. 4th ed. Geneva: Sphere Association; 2018.
39. Single convention on narcotic drugs, 1961, as amended by the 1972 protocol amending the single convention on narcotic drugs, (1972).
40. Husain SA, Brown MS, Maurer MA. Do national drug control laws ensure the availability of opioids for medical and scientific purposes? *Bull World Health Organ.* 2014;92(2):108-16.
41. Lamontagne F, Fowler RA, Adhikari NK, Murthy S, Brett-Major DM, Jacobs M, et al. Evidence-based guidelines for supportive care of patients with Ebola virus disease. *Lancet.* 2018;391(10121):700-8.
42. Webster F, Bremner S, Oosenbrug E, Durant S, McCartney CJ, Katz J. From Opiophobia to Overprescribing: A Critical Scoping Review of Medical Education Training for Chronic Pain. *Pain Med.* 2017;18(8):1467-75.
43. Wernli D, Tanner M, Kickbusch I, Escher G, Paccaud F, Flahault A. Moving global health forward in academic institutions. *J Glob Health.* 2016;6(1):010409.
44. Repko AF, Szostak R, Buchberger MP. Introduction to interdisciplinary studies. Los Angeles: Sage; 2013.
45. Cousins MJ, Brennan F, Carr DB. Pain relief: a universal human right. *Pain.* 2004;112(1-2):1-4.