

Johns Hopkins Center for Humanitarian Health – Lancet Commission sur la santé, les conflits et les déplacements forcés: la santé dans un monde de crises et d'impunité

Paul Spiegel*†, Esperanza Martinez‡, Orit Abraham§, Chi-Chi Undie¶, Chiara Altare, Benjamin Schmid, Aula Abbara†, Awsan Bahattab§, Ietza Bojorquez†, David Cantor†, Rosemary Jouhaud§, Kemish Kenneth Alier†, Daniel Maxwell†, Andres Moya†, Eray Ontas§, Sabina Faiz Rashid†, Malavika Rao§, Hugo Slim†, Arwa Abdelhay†, Huda Basaleem†, Ghislain Bisimwa†, Fouad M Fouad†, Joanne Liu†, Nicolas Meda†, Sara Pantuliano†, Muhammad Zaman†, Munzer Alkhalil§, Kathryn Falb§, Kerrie Holloway§, Ishrat Jahan§, Thaenpaavai Kannan§, Helen Lindsay§, Pacifique Mwene-Batu§, Farzana Misha§, Iwona Anna Bielska§, Koiti Emmily Nasunbga Modi§, Stella Muthuri§, Moumini Niaoné§, Ibrahim R Bou-Orm§, César Rodriguez§, Alina Sadaf§, Altaf Saadi§, Camila Polinori, Caroline Perrin Franck, Vinay Kampalath, Jonathan Polonsky, Mirana Michelle Randriambelonoro, Karl Blanchett†¶¶

Résumé exécutif

Un système humanitaire en échec qui coûte des vies humaines

« Ils appellent toujours au dialogue et aux réunions mais vous, qui êtes membre de la communauté, vous n'avez pas voix au chapitre. »

Femme réfugiée, Ouganda

La santé et les droits humains sont tous deux en train d'être démantelés à l'échelle mondiale, au vu et au su de tous, avec une impunité croissante. Cette dynamique est alimentée par la fragmentation géopolitique, l'érosion de l'État de droit et des approches transactionnelles de l'aide et de la sécurité qui sapent la protection et la responsabilité. Les décès liés aux conflits ont presque doublé entre 2021 et 2024 et environ 239 millions de personnes auront besoin d'une assistance humanitaire en 2026. Les systèmes de santé et l'écosystème humanitaire censés protéger la santé et la vie ploient sous l'ampleur, la durée et la complexité politique des crises contemporaines.

Le droit international et les principes humanitaires sont de plus en plus violés dans l'impunité et les populations civiles en paient le prix. En 2024, la violence contre les soins de santé ou leur entrave ont atteint leur niveau le plus élevé jamais enregistré, avec 3 663 incidents documentés. Les protections accordées aux civils, aux personnes déplacées de force et aux travailleurs humanitaires sont régulièrement bafouées. L'assistance humanitaire est instrumentalisée à des fins politiques et militaires, l'accès est manipulé comme levier de pression, et des professionnels de santé sont emprisonnés ou tués pour avoir dispensé des soins de façon impartiale.

Les besoins humanitaires non couverts ont mis en lumière un modèle de financement politisé, fragile et structurellement inadéquat. En 2025, la contribution humanitaire mondiale a été réduite en cours d'année, passant de 44 milliards de dollars à 29 milliards de dollars, avec seulement 55 % du financement obtenu à la fin de l'année. Pour 2026, un récapitulatif réduit et hyper-priorisé nécessite 33 milliards de dollars dont 23 sont nécessaires pour répondre aux besoins les plus vitaux. À titre de comparaison, cela équivaut à environ 1% des dépenses militaires mondiales annuelles. Le résultat est un rationnement par contrainte: l'assistance passe de 239 millions de personnes dans le besoin à 87 millions, sélectionnées pour leur besoin en aide vitale. Cette priorisation drastique est devenue un mécanisme qui

légitime l'abandon plutôt qu'elle n'atténue les préjudices, reflétant un système délibérément organisé autour du contrôle par les bailleurs, des priorités géopolitiques et du transfert du risque vers les populations civiles.

Le paysage de la gouvernance et du financement est ouvertement politisé, les financements humanitaires et de santé mondiale étant de plus en plus façonnés par les priorités de sécurité nationale et de politique étrangère plutôt que par les besoins humanitaires. Les retraits de bailleurs, les coupes budgétaires et les financements strictement conditionnés ont encore davantage transformé le financement humanitaire et de santé publique en instrument de politique étatique. Un système gouverné de cette manière ne se corrigera pas de lui-même: l'exclusion se normalisera, la responsabilité se réduira à la conformité et la santé humanitaire deviendra de plus en plus sélective et peu fiable tandis que des besoins de grande ampleur resteront en dehors des plans de prise en charge.

Les conséquences pour la santé des populations sont immédiates et cumulatives. Dans les contextes de conflit et de déplacement, la surmortalité est moins due à la violence directe qu'à l'effondrement des services de santé essentiels, des fonctions de santé publique et des déterminants sociaux de la santé. Les interruptions de la vaccination, des soins de santé primaire, des services de santé maternelle et néonatale, ainsi que de la continuité des soins pour les maladies chroniques, transforment des maladies gérables en des handicaps et des décès évitables. Avec les progrès de la médecine, de la santé publique et de la technologie, ces résultats devraient être évitables au XXI^e siècle; ils persistent pourtant parce que les inégalités, l'affaiblissement de l'engagement politique et le sous-investissement prolongé ont érodé les systèmes nécessaires pour prévenir, absorber et surmonter les chocs.

Le résultat est prévisible: le droit international est privé d'effet, les principes humanitaires sont appliqués de manière sélective et la survie est délibérément restreinte plutôt que garantie sur la base des droits et des besoins. Un système humanitaire incapable de protéger les civils et les soins de santé conformément au droit international et aux principes humanitaires n'est plus adapté à sa mission. Ces schémas ne sont pas accidentels; ils reflètent la manière dont le pouvoir, les ressources et la responsabilité sont structurés dans l'ensemble du système humanitaire ainsi que la façon dont les décisions opérationnelles sont subordonnées aux contraintes politique.

Published Online

May 19, 2026

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(26\)00564-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(26)00564-7)

S0140-6736(26)00564-7

*Chair

†Co-Chair

‡Commissioner

§Next Generation Scholar

¶Senior author

Department of International Health and Center for Humanitarian Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, USA (Prof P Spiegel MD, O Abraham MD, C Altare PhD, K K Alier MPH, K Falb ScD, C Polinori MPI); College of Law, Governance, and Policy, The Australian National University, Canberra, ACT, Australia (Prof E Martinez MD); Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA, USA (O Abraham, A Saadi MD); Baobab Research Programme Consortium, Population Council, Nairobi, Kenya (C-C Undie PhD, S Muthuri PhD); Geneva Centre of Humanitarian Studies, Faculty of Medicine, University of Geneva, Geneva, Switzerland (B Schmid MSc, R Jouhaud MDRes, V Kampalath MD, J Polonsky PhD, Prof K Blanchet PhD); Department of Infectious Diseases, Imperial College London, London, UK (A Abbara MDRes); Department of Community Medicine and Public Health, Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Aden, Aden, Yemen (A Bahattab PhD); Center for Research and Training in Disaster Medicine, Humanitarian Aid and Global Health, Department for Sustainable Development and Ecological Transition,

Università del Piemonte Orientale, Novara, Italy (A Bahattab); Department of Population Studies, El Colegio de La Frontera Norte, Tijuana, Mexico (Prof I Bojorquez PhD); Refugee Law Initiative, School of Advanced Study, University of London, London, UK (Prof D Cantor PhD); Feinstein International Center, Friedman School of Nutrition Science and Policy, Tufts University, Boston, MD, USA (Prof D Maxwell PhD); School of Economics, Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia (A Moya PhD); Department of Public Health, Ankara University Faculty of Medicine, Istanbul, Türkiye (E Ontas MD); BRAC James P Grant School of Public Health and Center of Excellence for Gender, Sexual and Reproductive Health and Rights, BRAC University, Dhaka, Bangladesh (Prof S F Rashid PhD, I Jahan MSc); Cambridge Centre for Environment, Energy and Natural Resource Governance, University of Cambridge, Cambridge, UK (M Rao PhD); Las Casas Institute for Social Justice, Blackfriars Hall, University of Oxford, Oxford, UK (H Slim PhD); Chemical and Pharmaceutical Engineering Department, School of Applied Medical Sciences, German Jordanian University, Amman, Jordan (Prof A Abdelhay PhD); Department of Community Medicine and Public Health, Faculty of Medicine and Health Science, University of Aden, Aden, Yemen (Prof H Basaleem PhD); Ecole Regionale de Santé Publique, Université Catholique de Bukavu, Bukavu, Democratic Republic of Congo (Prof G Bisimwa PhD, P Mwene-Batu PhD); International Public Health, Liverpool School of Tropical Medicine, Liverpool, UK (Prof F M Fouad MD, I R Bou-Orm MD); Department of Epidemiology and Population Health, Faculty of Health Sciences, American University of Beirut, Beirut, Lebanon (Prof F M Fouad); School of Population and Global Health, McGill University, Montreal, QC, Canada (Prof J Liu MD); Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine, University of Montreal, Montreal, QC, Canada (Prof J Liu); Département de Santé Publique, Unité de Formation

Ce que propose cette Commission et le changement de pouvoir qu'elle impose

Cette Commission poursuit trois objectifs majeurs: diagnostiquer les obstacles systémiques et les conditions favorables qui façonnent l'action sanitaire humanitaire; placer les priorités et la dignité des communautés touchées par les conflits et les déplacements forcés comme point de référence principal du changement; formuler des recommandations fondées sur des données probantes et à caractère prospectif, ancrées à la fois dans le réalisme et l'ambition.

Ces objectifs sont poursuivis avec urgence. Cette Commission n'est pas un nouvel appel à «faire mieux»; c'est une exigence à faire autrement, et à le faire maintenant. Des décennies de diagnostics, de cadres et d'engagements n'ont pas réussi à enrayer l'aggravation des crises, l'expansion de l'impunité et l'effondrement de l'engagement politique. Le récapitulatif humanitaire mondial 2026 confirme que, même à son niveau d'ambition maximal, le système fonctionne désormais comme un tri de survie plutôt que comme une protection universelle. Dans les moments présents, la réforme progressive n'est pas seulement inadéquate; elle est dangereuse.

Cette Commission propose un programme de transformation audacieux, intégré, séquencé et orienté vers l'action, fondé sur un transfert délibéré du pouvoir et des ressources vers les populations affectées et les acteurs locaux légitimes. Il ne s'agit pas d'un menu sous forme d'options mais d'un cadre cohérent, conçu pour être opérationnel, mesuré et appliqué, en tenant explicitement compte des résistances politiques et des rapports de pouvoir inégaux. Ce cadre est mis en œuvre au moyen d'une matrice décisionnelle, structurée et spécifique au contexte, qui guide la prise de décision selon les contextes de crise, les conditions de gouvernance et les niveaux de capacité du système. Les communautés sont placées au centre et la protection, la responsabilité, le risque climatique et les obligations éthiques sont considérés comme non négociables. La décolonisation devient concrète grâce à une localisation dotée d'autorité.

Le cadre de la Commission repose sur une typologie rationalisée des crises: urgences aiguës, urgences aiguës sur fond de crise prolongée, et urgences prolongées. Il reconnaît que la plupart des besoins de santé humanitaire surviennent désormais lors des urgences aiguës sur fond de crise prolongée et des urgences prolongées. La gouvernance, le financement et l'engagement externe doivent donc être calibrés conjointement pour chaque type de crise en utilisant la matrice décisionnelle afin d'éviter les modèles présentant des défauts de coordination, de financement ou de mise en œuvre. Cette typologie sert d'ancrage organisationnel pour définir et rendre opérationnel le pouvoir, la responsabilité, le financement et les responsabilités des systèmes de santé tout au long de la Commission.

Cette Commission réexamine les principes humanitaires comme des instruments pratiques d'action plutôt que comme une doctrine abstraite. L'humanité et l'impartialité sont réaffirmées comme non négociables. La neutralité et l'indépendance sont traitées comme des moyens contextuels, fondés sur le mandat, permettant l'accès et l'acceptation dans de nombreux environnements opérationnels; elles doivent être appliquées selon le contexte et le risque et ne pas servir à

exclure les acteurs qui fournissent une assistance impartiale. Parallèlement, la Commission met en avant le principe de ne pas nuire, la solidarité et la responsabilité comme principes contemporains fondamentaux supplémentaires guidant la prise de décision opérationnelle et son application. La responsabilité dépasse les obligations juridiques pour inclure la responsabilité d'action fondée sur les preuves, l'efficacité, la continuité des soins et des résultats mesurables. Ces principes guident la prise de décision opérationnelle et son application.

La santé est définie de façon extensive, englobant les soins cliniques, la santé publique et les déterminants sociaux de la santé car les résultats sanitaires humanitaires sont indissociables des droits, de la dignité, du sexe, de la culture et des conditions d'existence.

La Commission traduit ce cadre en actions à travers cinq vecteurs stratégiques: le droit international, les principes humanitaires, la gouvernance, le financement et les systèmes de santé. Chaque vecteur comprend des recommandations actionnables, conçues pour convertir les engagements en changements applicables dans des contextes marqués par la résistance politique, la coercition et l'impunité.

Pouvoir, décisions et responsabilité: une théorie pragmatique du changement

La Commission affirme clairement que les idées seules ne transformeront pas le système; le pouvoir le fera. Le moment actuel - caractérisé par la contraction budgétaire, le financement contrôlé par les bailleurs et le repli institutionnel - crée à la fois un risque aigu et une fenêtre étroite de transformation. Les réformes passées ont été diluées ou neutralisées parce qu'elles n'ont pas affronté la manière dont les incitations des bailleurs, les mandats institutionnels et les priorités géopolitiques façonnent les décisions en pratique. À titre d'innovation, cette Commission propose donc un ensemble de quatre recommandations transversales de transformation, interdépendantes et qui se renforcent mutuellement; elle traite la résistance au changement comme une condition structurelle du système, et non comme une anomalie; elle intègre explicitement les contraintes politiques et les structures d'incitation dans sa théorie du changement.

Premièrement, inverser le pouvoir en transférant la gouvernance, le financement et la prise de décision aux communautés affectées et aux acteurs localement légitimes et en transformant les structures humanitaires existantes. Deuxièmement, mettre fin à l'impunité en imposant la responsabilité envers les populations affectées par le droit, l'éthique, les principes humanitaires et l'action, en reconnaissant la responsabilité comme une fonction continue à travers la gouvernance, le financement, la coordination et la mise en œuvre. Troisièmement, restaurer le financement en veillant à ce que le financement humanitaire soit fondé sur les besoins, équitable, flexible et favorable à une prise de décision localement responsable afin de produire des résultats sanitaires équitables et de protéger l'allocation des ressources contre les distorsions politiques. Quatrièmement, faire respecter la santé pour toutes et tous comme un droit non négociable en fournissant, dans les contextes de crise, des soins équitables, sûrs, résilients au climat et ancrés localement, avec des approches ciblées pour les populations exposées à des risques et des vulnérabilités accrus.

Encadré 1 : Cinq vecteurs stratégiques pour transformer la santé humanitaire

Droit international et impératif de santé en situation de conflit : des engagements à la redevabilité et à la responsabilité

Le droit international est essentiel pour protéger les civils et les soins de santé dans les conflits ; pourtant, les violations affectant la santé sont généralisées et restent largement sans conséquence. Les mécanismes d'application sont faibles, la responsabilité est fragmentée et les obligations juridiques sont rarement évaluées au regard des résultats sur la santé des populations ou de la continuité des soins. La voie à suivre consiste à traiter le droit international comme un outil opérationnel, à renforcer la documentation et l'application, à relier les violations à des conséquences politiques et financières et à utiliser les résultats de santé comme indicateurs concrets de conformité.

Action humanitaire fondée sur les principes : naviguer entre idéaux et réalités émergentes

Les principes humanitaires sont fondamentaux mais ils sont de plus en plus invoqués de manière rhétorique alors que, dans la pratique, ils sont appliqués de façon incohérente. Les pressions politiques, les contraintes de sécurité et l'aversion institutionnelle au risque ont vidé ces principes de leur substance, en particulier la neutralité et l'indépendance, permettant souvent l'exclusion ou l'inaction. La voie à suivre est d'opérationnaliser les principes pour en faire des règles de décision, de réaffirmer l'humanité et l'impartialité comme non négociables, d'appliquer la neutralité et l'indépendance de manière contextuelle pour permettre l'accès et l'acceptation et d'intégrer le principe de ne pas nuire, la solidarité et la responsabilité dans l'application et la pratique.

Passer de l'héritage du passé à la légitimité : une nouvelle architecture pour la gouvernance humanitaire et sanitaire

La gouvernance humanitaire et sanitaire demeure dominée par des institutions héritées du passé, dont l'autorité manque souvent de légitimité locale et de responsabilité. La prise de décision centralisée, les systèmes parallèles et les mandats flous fragmentent les responsabilités et affaiblissent le leadership national et local, en particulier dans les crises prolongées. La voie à suivre consiste à inverser le pouvoir en faveur des communautés affectées et des acteurs légitimes localement, à clarifier les rôles et les responsabilités

selon les typologies de crise et à établir des modalités d'entrée, de transition et de sortie, limitées dans le temps pour les acteurs internationaux.

Financer l'action humanitaire future : d'un court-termisme politisé à un financement équitable, prévisible et fondé sur les besoins

Le financement humanitaire est façonné par la concentration des bailleurs, les priorités politiques et les cycles de court terme plutôt que par les besoins de santé des populations. L'affectation des fonds, la volatilité et l'imprévisibilité déforment les priorités, compromettent la continuité des soins et transfèrent le risque vers les populations affectées et les systèmes de santé fragiles. La voie à suivre consiste à réorganiser le financement pour qu'il s'ajuste aux besoins évalués et à l'équité, à réduire la concentration des bailleurs et l'affectation rigide des fonds et à développer des financements prévisibles, pluriannuels et mutualisés qui soutiennent une prise de décision localement responsable.

Systèmes de santé en contexte de crise : de la prestation d'urgence à la préparation, la continuité, la restauration et l'innovation

L'action sanitaire humanitaire reste trop centrée sur la prestation de services à court terme plutôt que sur le maintien des systèmes de santé tout au long des cycles de crise. La fragmentation, l'interruption des financements, la perte de personnels, la faible intégration et des bases numériques insuffisantes compromettent la continuité, la qualité et la résilience, surtout lors des crises prolongées. Les technologies émergentes et l'intelligence artificielle offrent des possibilités importantes pour améliorer l'alerte précoce, le tri, les chaînes d'approvisionnement, l'aide à la décision clinique et la planification des systèmes; mais sans accès équitable, réglementation et responsabilité, elles peuvent aussi renforcer l'exclusion et les risques. La voie à suivre consiste à prioriser la protection des systèmes de santé, à assurer la continuité et la qualité des soins, à intégrer les systèmes humanitaires et nationaux lorsque cela est possible et à investir dans la préparation, les capacités du personnel, les services résilients au climat et des capacités numériques et d'intelligence artificielle régulées de manière éthique afin de soutenir des systèmes de santé plus résilients, adaptatifs et responsables.

Le cadre conceptuel et la matrice décisionnelle spécifique à chaque contexte définis par cette Commission, ainsi que les recommandations propres à chacun des cinq vecteurs stratégiques, sous-tendent une logique d'action délibérément séquentielle. Le pouvoir doit d'abord être transféré aux communautés affectées et aux acteurs légitimes localement car leur exclusion de la prise de décision en compromet la justice, l'équité, l'efficacité et la durabilité. Ce transfert ne peut être durable sans des processus de responsabilité, crédibles et des conséquences applicables

tout au long de la chaîne des acteurs, y compris les États, les autorités de facto, les bailleurs, les agences des Nations unies et les organisations humanitaires. Sans engagement et volonté politiques soutenus, la responsabilité elle-même ne peut être exercée ; en leur absence, le changement reste performatif.

Le financement doit ensuite être réorienté pour s'ajuster aux besoins plutôt qu'aux intérêts politiques ou institutionnels au moyen de mécanismes justes, flexibles et responsables qui soutiennent une prise de décision exercée

et de Recherche en Sciences de la Santé, University of Ouagadougou, Ouagadougou, Burkina Faso (Prof N Meda PhD, M Niaoné MD); ODI Global, London, UK (S Pantuliano PhD); Center on Forced Displacement, Department of Biomedical Engineering, Boston University, Boston, MA, USA (Prof M Zaman PhD, H Lindsay MPH); David Nott Foundation Analysis, David Nott Foundation, London, UK (M Alkhalil MD); Syria Public Health Network, London, UK (M Alkhalil); Humanitarian Policy Group, ODI Global, London, UK (K Holloway PhD); Care and Public Health Research Institute, Department of Health, Ethics and Society, Maastricht University, Maastricht, Netherlands (I Jahan); Fletcher School of Law and Diplomacy, Tufts University, Boston, MA, USA (T Kannan MA); BRAC James P Grant School of Public Health and Climate Change, Environment and Health Hub, BRAC University, Dhaka, Bangladesh (F Misha PhD); Department of Health Policy and Management, Institute of Public Health, Jagiellonian University, Krakow, Poland (I A Bielska PhD); Department of Health Research Methods, Evidence and Impact, McMaster University, Hamilton, ON, Canada (I A Bielska); Juba Strategic Consulting, Juba, South Sudan (K E Nasunbga Modi MD); Department of Health Behavior and Society, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, USA (M Niaoné); Higher Institute of Public Health, Faculty of Medicine, Saint Joseph University of Beirut, Beirut, Lebanon (I R Bou Orr); Department of Health Sciences, Universidad de las Américas Puebla, San Andrés Cholula, Puebla, Mexico (C Rodriguez PhD); Department of Paediatric Oncology, Shaikat Khanum Memorial Cancer Hospital and Research Centre, Lahore, Pakistan (A Sadat MBBS); Geneva Digital Health Hub, Faculty of Medicine, University of Geneva, Geneva, Switzerland (C Perrin Franck PhD, M M Randriambelonoro PhD); Department of Pediatrics, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, USA (V Kampalath)

Correspondence to:
Prof Paul Spiegel, Department of
International Health and Center
for Humanitarian Health,
Johns Hopkins Bloomberg
School of Public Health,
Baltimore 21205, MD, USA
pbspiegel@jhu.edu

Encadré 2 : Quatre recommandations fondamentales et interdépendantes pour transformer le système d'action humanitaire

Inverser le pouvoir

Transférer la gouvernance, le financement et la prise de décision aux communautés affectées et aux acteurs légitimes localement et transformer les structures humanitaires existantes.

- Instituer les personnes affectées comme les décideurs et les points de référence.
- Placer la légitimité perçue par les communautés au centre de la gouvernance.
- Rendre le leadership externe exceptionnel, limité dans le temps et conditionnel.
- Construire et soutenir des systèmes nationaux de santé et de protection sociale dirigés au niveau national.
- Repenser l'architecture humanitaire pour la mettre au service de l'autorité locale et la responsabilité.

Mettre fin à l'impunité

Imposer la redevabilité envers les populations affectées par le droit, l'éthique, les principes humanitaires et l'action, en reconnaissant la responsabilité comme une fonction continue à travers la gouvernance, le financement, la coordination et la mise en œuvre.

- Rendre la redevabilité envers les populations affectées, centrale, continue et contraignante.
- Traiter les attaques menées par des acteurs étatiques et non étatiques contre les civils et les soins de santé, ainsi que les violations des principes humanitaires, comme des manquements à des obligations.
- Utiliser les résultats de santé et la continuité des soins comme mesures de la conformité.
- Renforcer et relier les mécanismes de redevabilité nationaux, internationaux et politiques.
- Appliquer la redevabilité à l'ensemble de la chaîne des acteurs et des décisions.

Restaurer le financement

Veiller à ce que le financement humanitaire soit fondé sur les besoins, juste, flexible et favorable à une prise de décision localement responsable, afin de produire des résultats sanitaires équitables et de protéger l'allocation des ressources contre les altérations politiques.

- Dissocier le financement, de la politique et le réancrer dans les besoins, le risque et l'équité.
- Utiliser le financement pour corriger les asymétries de pouvoir dans la prise de décision.
- Aligner les horizons de financement sur la réalité des crises prolongées.
- Traiter le financement comme un outil de responsabilité et de protection.
- Veiller à ce que le financement soutienne la résilience future et pas seulement la réponse immédiate.

Réaffirmer la santé pour toutes et tous comme un droit non négociable

Fournir, dans les contextes de crise, des soins de santé équitables, sûrs, résilients au climat et ancrés localement selon des approches ciblées sur les populations exposées à des risques et des vulnérabilités accrus.

- Faire du droit à la santé une règle de décision opérationnelle.
- Donner la priorité à l'équité et aux services essentiels pour les personnes les plus exposées au risque.
- Faire de la continuité des soins et de l'intégration des systèmes la norme par défaut.
- Considérer la protection des soins de santé et des personnels de santé comme un droit non négociable.
- Intégrer la résilience climatique et la responsabilité numérique dans les systèmes de santé.

localement. Ce n'est que sur cette base que la santé pour toutes et tous peut être défendue en pratique comme un droit non négociable, en orientant les choix concrets relatifs à la prestation des services, à l'intégration des systèmes, à la protection, à la continuité des soins et à l'utilisation responsable de la technologie dans les contextes fortement contraints associés aux différents types de crises.

La Commission a volontairement conçu ces recommandations selon une vision multisectorielle, ancrée dans l'expérience des praticiens et des personnes affectées par les conflits ou les déplacements forcés, afin de répondre au défi simultané de l'accroissement des besoins humanitaires et d'un système de santé humanitaire qui n'est plus adapté à sa mission ni durable.

Cet agenda de transformation reconnaît explicitement l'évolution et la complexité croissante du paysage géopolitique, financier et environnemental, qui exigent des changements en profondeur et multiformes.

L'analyse et les recommandations de cette Commission s'adressent aux États, aux acteurs non étatiques, aux bailleurs, aux institutions multilatérales, ainsi qu'aux responsables

humanitaires, sanitaires et locaux dont les décisions déterminent si la protection, les soins et la responsabilité sont offerts ou refusés aux populations affectées par les conflits armés et les déplacements forcés. Bien que tous les éléments de ces recommandations ne puissent pas être pleinement réalisés dans les dynamiques politiques et de pouvoir, actuelles, la profondeur de l'échec systémique rend l'ajustement progressif ni crédible, ni suffisant. Cet agenda exige donc une ambition tempérée par le réalisme et une action calibrée sur ce qui est politiquement possible sans renoncer à ce qui est moralement nécessaire.

La mise en œuvre nécessitera un séquençage et une priorisation réfléchis, guidés par l'urgence, la faisabilité politique, les implications en matière de ressources et le potentiel de levier pour l'ensemble du système plutôt que par une tentative de changements simultanés à l'échelle de tout le système. Même dans un paysage politique fracturé, des progrès significatifs restent possibles si celles et ceux qui détiennent du pouvoir agissent avec davantage de courage, de cohérence et de responsabilité.