

**LA LOGISTIQUE HUMANITAIRE SOUTERRAINE EN SYRIE:  
LE MOTEUR INVISIBLE DE L'ASSISTANCE MÉDICALE EN ZONES ASSIÉGÉES**



*Barrage militaire – Ville assiégée de Madaya – janvier 2016<sup>1</sup>*

<b>PRÉFACE</b>	<b>page 2</b>
<b>1- INTRODUCTION</b>	<b>page 3</b>
<b>2- HISTOIRE DES VIOLENCES FAITES SUR L'ASSISTANCE MÉDICALE EN SYRIE</b>	<b>page 4</b>
2.1 Les raisons d'une assistance médicale ciblée	
2.2 Des attaques sans précédents sur le personnel de santé	
2.3 La situation dramatique des populations assiégées	
<b>3- LES RÉSEAUX MÉDICAUX EN ZONES ASSIÉGÉES</b>	<b>Page 9</b>
3.1 Mise en place des soins d'urgence clandestins	
3.2 Les limites des organisations humanitaires internationales	
3.3 Développement des activités de support médical en zones assiégées	
<b>4- ELABORATION D'UNE LOGISTIQUE SOUTERRAINE</b>	<b>Page 15</b>
4.1 Analyse des besoins et de la faisabilité logistique	
4.2 Systèmes de commande	
4.3 Procédures d'achat	
4.4 Gestion des entrepôts	
4.5 Expéditions transfrontalières	
<b>5- LES PILLIERS D'UNE LOGISTIQUE ATYPIQUE</b>	<b>Page 19</b>
5.1 Agilité opérationnelle requise	
5.2 Prise de risque vs impact humanitaire	
5.3 Transparence opérationnelle et rigueur professionnelle	
<b>6- CONCLUSIONS</b>	<b>Page 23</b>

<sup>1</sup> Photo : Omar Sanadiki/Reuter

## PRÉFACE

Cet article tente d'apporter un regard différent sur la logistique humanitaire d'urgence (LHU) mise en place pendant la guerre de Syrie afin de porter une assistance médicale aux populations assiégées. A ce jour, plus d'un million de personnes sont regroupées dans certaines zones de Syrie, principalement dans la périphérie de Damas, où elles sont retenues prisonnières des barrages militaires. Ces populations, pour la plupart opposées au régime de Bashar Al Assad, sont régulièrement bombardées et privées d'accès à des produits essentiels comme de la nourriture ou à des médicaments. Certains syriens subissent ces pratiques barbares depuis plus de trois ans et meurent généralement de manière prématurée, soit à cause des bombardements ou encore par manque d'accès aux soins.



*Convoi humanitaire du Croissant Rouge syrien escorté par les rebelles jusqu'aux zones assiégées de Foua et Kefraya (Idlib – février 2016)  
Photo - Reuters/Ammar Abdullah.*

Depuis le début du soulèvement populaire commencé au printemps 2011, les médecins, infirmiers ou secouristes qui tentent de soigner les blessés en zones de l'opposition sont la cible d'attaques systématiques de la part des forces gouvernementales et de ses alliés.

Ces attaques sur le personnel soignant, qui sont sans précédent dans l'histoire des guerres modernes, expliquent pourquoi la prise en charge de la plupart des blessés de guerre s'organise de manière cachée dans des structures de santé clandestines ravitaillées par des réseaux logistiques souterrains. Les violences faites sur l'assistance médicale en Syrie étant toujours aussi brutales au moment où cet article est rédigé, son auteur n'a pas souhaité aborder certains aspects sensibles de cette logistique souterraine ou encore divulguer certaines sources d'information.

D'autre part, la crise syrienne est en permanente évolution et d'autres villes comme Alep qui ne sont pas assiégées au moment de la publication de l'article, le seront peut-être demain. A ses lecteurs d'adapter les propos repris dans ce document à la réalité d'un contexte qui change rapidement.

*Les propos repris dans cet article n'engagent que son auteur et ne correspondent en aucun cas à la vision ni au positionnement d'une quelconque organisation humanitaire. Ils sont davantage issus d'une expérience personnelle relative à la crise syrienne et de la volonté de la faire partager.*

## 1- INTRODUCTION

En l'espace de cinq ans, la crise syrienne a fait voler en éclats la crédibilité des instances internationales visant à la protection des nations tout en rendant inopérants les principes humanitaires et les conventions qui en découlent.

*IRIN/Patrick Gathara*



Durant cette même période, les valeurs de fraternité et de solidarité prônées par certains pays européens furent elles aussi balayées d'un revers de manche. Alors qu'il devenait urgent de mettre en application ces valeurs et d'accueillir sur son sol les victimes d'une des crises humanitaires les plus graves depuis la Seconde Guerre mondiale, l'Europe a préféré tourner le dos aux syriens en optant pour une politique du refoulement.

A l'heure où il est essentiel de repenser les fondations du Conseil de Sécurité des Nations-Unies (UNSC) ainsi que les obligations des acteurs engagés dans le conflit syrien, il n'est pas étonnant que les causes profondes de ces faillites collectives n'aient pas été adressées au Sommet Mondial Humanitaire en mai 2016. Tant que les intérêts géopolitiques resteront la première des considérations des belligérants et des états qui cautionnent leurs actes de guerre, l'impératif de protection des victimes et de ceux qui leur portent assistance restera négligé. Sans un changement de priorités, il est fort probable que les tentatives d'accord de paix engagées en Syrie seront des échecs, au même titre que toutes celles initiées durant les cinq dernières années, malgré les millions de personnes tuées, blessées ou contraintes de fuir leur maison ou leur pays.

Ce qui explique en partie pourquoi certaines organisations comme Médecins Sans Frontières (MSF) ont préféré ne pas participer à cette grand-messe humanitaire; les discussions tenues à Istanbul furent en effet davantage orientées par des débats sur la résilience et le développement au lieu des réponses humanitaires en situation d'urgence.

Face aux difficultés extrêmes rencontrées par les organisations humanitaires pour opérer de manière indépendante en Syrie, les principes de l'action humanitaire ont vite été étouffés par les acteurs de ce conflit qui utilisent l'aide comme arme de guerre. Comme c'est souvent le cas dans les zones touchées par une catastrophe humaine ou naturelle, toute organisation qui souhaite fournir une assistance humanitaire dans le pays, y compris en zones de l'opposition, doit être préalablement accréditées par le Gouvernement Syrien (GoS). Cependant, le champ d'intervention de ces organisations officielles demeure extrêmement limité puisqu'elles n'ont pas le choix de leurs bénéficiaires ni de leur action qui est pilotée par le régime de Bashar Al-Assad. Pour celles qui ont décidé d'opérer en Syrie de manière légale, les agences humanitaires basées à Damas doivent généralement passer par une collaboration forcée avec l'organisation gouvernementale du Croissant Rouge Syrien (SARC). Quant aux organisations humanitaires « non officielles » qui tentent d'apporter une assistance dans les zones de l'opposition aux populations assimilées à des terroristes par le gouvernement syrien, elles doivent composer avec des réseaux d'activistes et des groupes de l'opposition si elles veulent atteindre les victimes les plus affectées par ce conflit. Que ce soit pour des raisons d'obstruction persistante de l'aide humanitaire en Syrie ou à cause de la forte insécurité qui règne dans le pays, le problème d'accès aux victimes de ce conflit – principalement celles qui sont prise au piège dans des zones assiégées – représente *de facto* l'enjeu majeur de cette crise ; enjeu qui ne peut être surmonté sans une logistique humanitaire adaptée à ce type de contraintes.

Cet article propose une analyse de la LHU qui a été mise en place en Syrie pour contourner les lignes de blocage des sièges militaires les plus sévères malgré les risques énormes encourus au quotidien par les acteurs de cette logistique. Au travers de réseaux d'approvisionnement souterrains, plusieurs tonnes de médicaments, de nourriture ou d'autres produits essentiels sont envoyées chaque jour pour soulager les souffrances de ces populations assiégées considérées par certains comme « terroristes » et par d'autres comme « difficilement accessibles ». Avant de décrire les conditions nécessaires à l'organisation de cette logistique très atypique ainsi

que les enjeux et limites inhérents à ce type d'opérations clandestines, l'auteur revient en premier lieu sur les spécificités du contexte syrien ainsi que les différents modes opératoires adoptés pour porter assistance aux victimes de cette guerre effroyable.

## 2- HISTOIRE DES VIOLENCES FAITES SUR L'ASSISTANCE MÉDICALE EN SYRIE



Le mouvement de contestation populaire qui naît en Syrie au printemps 2011 va se transformer, en quelques années, en l'un des conflits les plus meurtriers que le Moyen-Orient ait connu. Si, au cours de ces cinq dernières années, la violence liée à la crise syrienne a connu de multiples facettes, celle infligée principalement par le GoS à l'encontre de l'assistance médicale est, quant à elle, restée inchangée depuis les premiers jours du soulèvement de sa population.

*Personnel médical en attente de manifestants blessés, mars 2011 – hôpital de Deraa-Sud Syrie Anwar (Amro/AFP/Getty Images)*

### 2.1 Les raisons d'une assistance médicale ciblée

Dès les premiers mouvements de contestation lancés en mars 2011 depuis Deraa au sud de la Syrie, les attaques des forces militaires et des milices privées de Bachar Al Assad furent notamment dirigées contre les équipes médicales qui portaient secours aux victimes de la répression sanglante exercée contre les manifestants<sup>2</sup>. Bon nombre de médecins et secouristes furent arrêtés, torturés ou exécutés et leur famille menacée dès lors qu'ils étaient suspectés d'avoir soigné des manifestants blessés. Certains hôpitaux comme celui de Saqba ou celui de Qudssaya dans la périphérie de Damas, comme de nombreuses autres structures de santé où étaient admis les blessés, furent saccagés ou brûlés. Les attaques perpétrées contre l'assistance médicale qui ont conduits à une fuite massive des docteurs et chirurgiens hors de Syrie, faisaient partie des stratégies de répression utilisées par le gouvernement syrien. Les attaques ciblées sur les structures et personnels de santé visaient avant tout à enrayer un mouvement de contestation qui prenait rapidement une ampleur nationale<sup>3</sup>. En encerclant de manière systématique les foules de manifestants, les autorités de Damas ont, dans un premier temps, cherché à fragmenter et isoler les lieux de contestations<sup>4</sup>. Cet isolement s'est très vite accompagné du ciblage des médecins et des journalistes présents lors des manifestations afin d'éliminer toute trace écrite et témoignages des crimes commis par les forces et milices gouvernementales.

Lorsque les comités locaux de coordination des manifestations décidèrent finalement de prendre les armes pour protéger les manifestants des massacres perpétrés dans certaines villes, comme à Hama en juillet 2011 ou à Houla en mai 2012, le mouvement de contestation pacifique se transforme alors en révolte armée puis en véritable guerre civile. A l'instar de la banlieue Est de Damas et des quartiers nord de Homs, certaines places de protestation furent assiégées par les forces gouvernementales qui instaurent un blocage permanent de l'approvisionnement en médicament et en matériel médical à l'intérieur de ces zones. Des bombardements intensifs – y compris à l'arme chimique comme ce fut le cas en août 2013 à Moadamyé dans la banlieue de Damas<sup>5</sup> – s'abattent sur des zones à forte densité de population ainsi que sur des structures publiques, notamment sur les hôpitaux. Malgré l'ampleur du désastre et le manque de ressources médicales pour y faire

<sup>2</sup> Cf. rapport Amnesty International – *Le gouvernement syrien cible les blessés et le personnel médical – 2011*

<sup>3</sup> Jusqu'à 800 manifestations étaient organisées dans tout le pays au cours d'une même journée

<sup>4</sup> Les réseaux téléphoniques et internet étaient généralement coupés pendant les jours de manifestation

<sup>5</sup> Des attaques au sarin furent enregistrées au matin du 21 août 2013 dans certaines zones contrôlées par l'opposition de la Ghouta en périphérie de Damas, provoquant la mort de plusieurs centaines de personnes

face, les barrages militaires et les snipers placés autour des zones bombardées empêchèrent toute évacuation des blessés et des patients les plus malades.

*Zone assiégée de Derayya, en périphérie Sud de Damas  
(Photo : Fadi Dirani/AFP/Getty Images)<sup>6</sup>*



Par la suite, les violences infligées par les forces gouvernementales et ses alliés à l'égard de toute assistance médicale qui échappe au contrôle de Damas évoluèrent en fonction de divers objectifs recherchés, mais toujours selon une brutalité d'une constance stupéfiante. On peut penser que les raisons de ces violences s'articulent principalement autour de trois effets recherchés :

- Punir les populations syriennes qui affichent leur refus de se soumettre à l'autorité de Bashar Al Assad en les privant d'accès aux soins les plus essentiels ;
- Affaiblir les groupes armés de l'opposition et ralentir leurs progressions en affectant leur capacité de soigner les blessés de guerre ;
- Eliminer toute capacité de constat médical fait sur les blessés et les cas de décès enregistrés dans les structures de santé pour pouvoir commettre des crimes à grande échelle en toute impunité.

Ces violences peuvent également être issues des dynamiques mafieuses encrées depuis plus de quatre décennies au sein du clan Assad et de ses organes de répression paramilitaire (*Shabiha*) et sécuritaire (*Muhabalat*). Toutes les demandes de libération de médecins arrêtés, les autorisations d'évacuer des blessés et des malades ou encore les demandes pour passer des médicaments dans les zones assiégées sont régulièrement monnayées au prix fort auprès de réseaux corrompus associés au régime.

Dans un mépris ouvertement affiché des conventions de Genève en matière de protection du personnel soignant et de leurs patients, ces diverses formes de violence (bombardements, assassinats, arrestations, tortures, etc.) sont perpétrées selon un mouvement de répression méthodique et systématique, d'une brutalité extrême.

## 2.2 Des attaques sans précédents sur le personnel de santé

Les objectifs des belligérants engagés dans cette guerre ont fortement évolué au cours de ces dernières années et sont aujourd'hui loin des revendications initiales exprimées lors du soulèvement de 2011. Cinq ans après les premières manifestations, ni le régime d'Assad et ses alliés, ni les forces de l'opposition, encore moins celles liées aux groupes djihadistes, ne peuvent prétendre représenter la société civile syrienne. Cette absence de légitimité à l'égard des principales victimes du conflit syrien peut expliquer pourquoi le niveau de violence perpétré à l'encontre de l'assistance médicale à ces populations est resté aussi élevé au cours de toutes ces années de guerre.

Parce que les équipes médicales suspectées d'apporter des soins aux populations dites 'terroristes' sont reconnues par le GoS comme des cibles légitimes<sup>7</sup>, le nombre d'hôpitaux bombardés en Syrie reste vraisemblablement sans précédent depuis la Seconde Guerre mondiale. Certains des hôpitaux visés - comme celui de Ma'arat Al-Numan qui fut bombardé en février 2016 - font l'objet d'attaques « à double impact » visant à faire le plus grand nombre de victimes civiles<sup>8</sup>. Après qu'une première série de roquettes ait été tirée sur un village ou une zone urbaine à forte densité de population (écoles, marchés, mosquées, etc.), une seconde

<sup>6</sup> Cf. vidéo Amnesty International - <https://www.youtube.com/watch?v=3rsfh1kAOLk>

<sup>7</sup> Loi antiterroriste votée le 2 juillet 2012 par le gouvernement syrien qui criminalise toute assistance médicale non officielle visant à apporter des soins aux populations de l'opposition

<http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session24/Documents/A-HRC-24-CRP-2.doc>

<sup>8</sup> Les attaques à double impact sont des pratiques utilisées en Syrie depuis 2011, tout d'abord par le biais de double explosion à intervalle réduit de voitures piégées (ex. Damas 23 décembre 2011) puis, avec le temps, au travers d'attaques aériennes à intervalle plus espacé



attaque est ensuite lancée sur la structure médicale la plus proche au retour des ambulances chargées de blessés. Le repérage aérien effectué par les avions de chasse et les drones permet de suivre les ambulances qui transportent les blessés de la première attaque afin de détecter la structures de santé de référence la plus proche et préparer une seconde attaque contre elle. D'autres attaques à double impact avec un deuxième missile propulsé quelques minutes plus tard sur le même lieu que la première attaque cherchent, quant à elles, à causer le plus de dégâts possible envers les personnes qui tentent d'apporter des secours aux victimes.



*Situé dans la province d'Idlib, l'hôpital de Ma'arat Al Numan a été détruit par quatre roquettes au cours de deux séries d'attaques menées à quelques minutes d'intervalle, tuant au moins dix personnes dont cinq membres du personnel*



En 2015, MSF recensait plus de 90 bombardements visant les structures de santé supportées par l'organisation médicale, qui ont tué ou blessé près de 80 membres du personnel de santé dans l'exercice de leur fonction. Entre mars 2011 et février 2016, l'organisation Physicians for Human Rights (PHR) dénombrerait plus de 720 personnels de santé tués et déclarait l'année 2015 comme la pire en matière d'attaques infligées aux hôpitaux en Syrie<sup>9</sup>.

Le nombre de logisticiens arrêtés ou tués lors de l'achat, du stockage ou du transport du matériel médical destiné aux structures clandestines de santé est, quant à lui, plus difficile à évaluer. Néanmoins, de janvier à avril 2015, les rapports d'incidents enregistrés par certains réseaux médicaux situés en zones assiégées soulignaient que pour un staff médical tué, deux fois plus de victimes étaient comptabilisées parmi les logisticiens. Quand ils ne sont pas arrêtés par les forces pro-gouvernementales, les personnes qui transportent illégalement des médicaments sont fréquemment victimes des tirs de snipers ou d'explosions de mines lors du franchissement des lignes de démarcation des sièges.

Le recours aux stratégies de siège s'est accéléré à partir de 2013. Près de un million et demi de syriens prisonniers dans les zones assiégées furent recensés en 2016. Le nombre de personnes assiégées en Syrie – déjà hors de proportion comparé à d'autres sièges comme celui de Sarajevo lors du conflit bosnien<sup>10</sup> – risque d'encore grossir fortement avec, notamment, le possible encerclement de la ville d'Alep<sup>11</sup>. La sévérité de ces sièges a – elle aussi – augmenté drastiquement durant cette période avec des restrictions de plus en plus nombreuses aux barrages, interdisant la plupart des mouvements de personnes et des marchandises. Le passage de médicaments en zones assiégées est certainement un des mouvements les plus exposés à ces restrictions. Pendant la période de pseudo suspension des hostilités négociée entre Américains et Russes en février 2016, il

<sup>9</sup> [https://s3.amazonaws.com/PHR\\_syria\\_map/web/index.html](https://s3.amazonaws.com/PHR_syria_map/web/index.html)

<sup>10</sup> Avant les sièges de Syrie, celui de Sarajevo était reconnu comme le plus long de la guerre moderne (avril 92, février 96)

<sup>11</sup> Les familles qui restent dans les zones exposées aux sièges et aux bombardements intenses sont généralement des personnes âgées, blessées ou qui n'ont plus les moyens financiers de fuir

été convenu au sein du groupe de support international pour la Syrie (ISSG) d'autoriser les convois humanitaires organisés par le SARC, les UN et le CICR depuis Damas à destination des populations assiégées. Malgré tout, les zones jugées trop sensibles par le gouvernement syrien furent exclues de cet accord et certains médicaments furent – et sont encore à ce jour – interdits par le GoS. D'autres articles généralement liés aux activités chirurgicales, aux accouchements ou à la malnutrition, furent enlevés des camions par les services de sécurité du Bashar Al Assad avant d'entrer dans les zones assiégées<sup>12</sup>. La qualité de distribution de ces donations humanitaires aux populations les plus nécessiteuses demeure par conséquent largement questionnable.

Les bombardements des structures de santé ont – eux aussi – été maintenus pendant cette période de cessez-le-feu, touchant notamment deux hôpitaux et une école situés dans la Ghouta orientale. Durant ces attaques, 38 personnes furent tuées et 67 blessées, principalement des civils dont cinq personnels de santé. De manière générale, durant les trop rares et trop brèves périodes de cessez-le-feu décidées en Syrie, la pratique de la médecine demeure tout autant dangereuse pour ceux qui continuent de prodiguer des soins aux victimes de guerre. En avril 2016, le Dr Khou, dernier médecin qui opérait dans la zone assiégée de Zabadani, proche de la frontière libanaise, fut tué d'une balle dans la tête par un sniper alors qu'il sortait de l'hôpital dans lequel il venait d'opérer un patient blessé à la jambe, lui aussi victime d'un tir de sniper. Quelques semaines plus tard, c'était au tour du Dr Moaz – un des derniers pédiatres de la zone d'Alep – de mourir sous les bombes en plein exercice de sa fonction de médecin, comme six autres membres du personnel de santé de l'hôpital d'Al-Quds.

Quant aux évacuations médicales des zones assiégées, elles sont systématiquement refusées même lors des pics de famine comme celui enregistré dans la zone de Madaya assiégée par le GoS et ses alliés depuis juillet 2015. Les seules évacuations possibles sont généralement celles négociées avec l'opposition armée lors d'un échange de prisonniers ou après le versement d'une rançon aux assiégeurs.

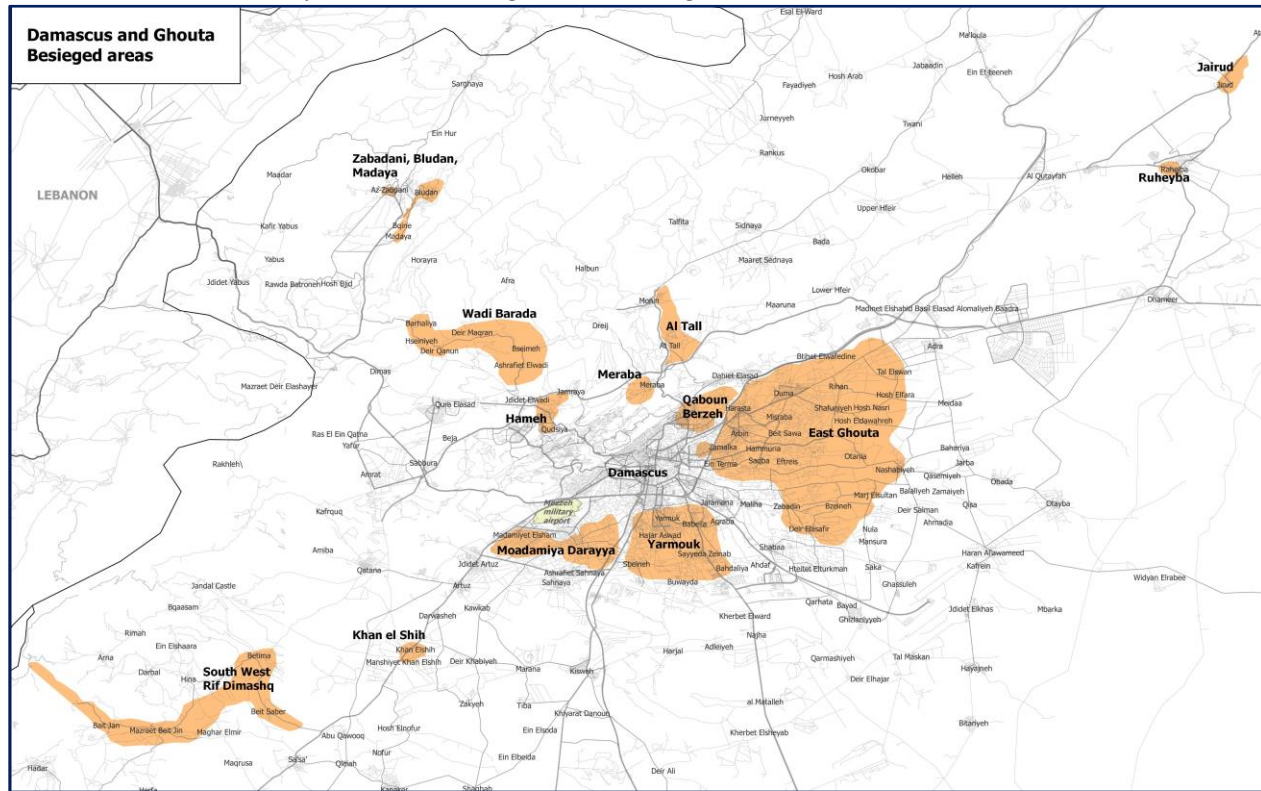
La détermination du GoS à vouloir effacer les traces de ses crimes est également restée aussi intacte qu'au moment des manifestations. En effet, certains hôpitaux en zones assiégées sont périodiquement menacés d'être bombardés s'ils continuent d'enregistrer les cas de blessés et de malnutrition dans leur établissement. De fait, les violences infligées à une grande partie de la population syrienne sont commises à huis clos et en toute impunité, loin des regards du monde extérieur.

---

<sup>12</sup> La plupart des produits humanitaires retirés des convois sont généralement vendus par la suite aux personnes assiégées à prix d'or. Les responsables militaires des barrages sont remplacés régulièrement pour que cette pratique puisse bénéficier au plus grand nombre

### 2.3 La situation dramatique des populations assiégées

#### Principales zones assiégées dans la région de Damas – Janvier 2015



Le recours à de sièges militaires à l'encontre des populations opposées à l'autorité d'Assad a été initié dès les premières heures de la contestation nationale – comme ce fut le cas en mars 2011 à Deraa, dans le Sud de la Syrie. Mais ce n'est qu'à partir de 2012 que cette tactique se transforma en véritable arme de guerre avec des effets dévastateurs plus visibles et plus durables sur les populations assiégées. D'abord utilisée par l'armée syrienne et ses forces alliées, cette pratique d'enfermement de populations entières a été ensuite adoptée avec le temps par les groupes de l'opposition ainsi que les forces d'ISIS selon une échelle, une intensité et une étendue toutefois plus limitées. Si les stratégies de siège militaire sont conformes aux lois de la guerre et aux conventions de Genève, les mesures punitives à l'encontre des populations civiles assiégées ne sont – quant à elles - pas autorisées par les instances juridiques internationales. Toute privation systématique de soins, de nourritures et des mouvements de personnes non combattantes imposée durant une situation de siège relève d'une claire violation du droit humanitaire international.

Au début de l'année 2016, sous forte pression politique, les Nations-Unies estimaient un peu moins de 400.000 victimes de sièges imposés par les différentes forces militaires qui combattent en Syrie. Ces chiffres - bien que largement sous-estimés - furent néanmoins repris comme référence par le Conseil de Sécurité alors même que d'autres agences humanitaires actives en zones assiégées reconnaissent trois à quatre fois plus de personnes assiégées durant cette période.

Les effets combinés de l'épuisement graduel des ressources médicales et de l'impossibilité d'organiser des évacuations des patients les plus critiques expliquent pourquoi la principale cause de mortalité à l'intérieur des zones assiégées est liée au manque d'accès aux soins essentiels. Même durant les périodes de bombardement intensif et pendant les pics de malnutrition, les personnes assiégées continuent de mourir principalement de maladies aiguës ou chroniques. Dans les zones assiégées les plus peuplées situées en périphérie de Damas, des milliers de personnes meurent chaque année du manque d'accès à des structures médicales de qualité qui sont parfois situées à quelques minutes seulement de leur domicile, de l'autre côté des barrages.



Ces stratégies d'asphyxie de populations entières assimilées à des terroristes s'accompagnent également de mesures de représailles au travers de campagnes de bombardements intensifs sur les places publiques des zones assiégées (marchés, écoles, mosquées, hôpitaux, etc.). Entre janvier et décembre 2015, un certain nombre d'hôpitaux recensaient entre 30% et 40% de femmes et d'enfants tués par les bombardements dans les zones assiégées de la périphérie de Damas et de la région nord d'Homs<sup>13</sup>. Lors des pics de bombardement, ce chiffre pouvait atteindre 80%, comme ce fut le cas lors de l'attaque d'une aire de jeux à Al Waer (périphérie Est d'Homs) par des avions de combat en septembre 2015.

Ces campagnes de représailles à l'encontre des populations assiégées sont généralement conduites à la suite de la prise de territoires stratégiques par des forces de l'opposition. Après la conquête de certaines zones dans les provinces d'Idlib et de Deraa par la coalition de forces de l'opposition en mai 2015, les zones assiégées de la Ghouta orientale furent massivement bombardées. Durant 21 jours consécutifs, les bombardements aériens causèrent plus de 400 morts et 4.200 blessés, principalement dans la ville de Douma. Ces représailles peuvent également s'accompagner de stratégies d'affamement, comme ce fut le cas à Madaya à partir de la fin de l'année 2015. Les cas de famine enregistrés en Syrie sont généralement consécutifs à une sévérité extrême imposée à des zones assiégées de superficie limitée, d'accès plus faciles à contrôler. La situation de malnutrition aiguë est parfois liée à une rapide surpopulation d'une zone assiégée. Cette saturation géographique peut être causée à la suite de déplacements forcés des familles suspectées d'être affiliées à des combattants de l'opposition comme ce fut le cas à Moadamayé en octobre 2013, dans le camp de réfugiés palestiniens de Yarmouk début 2014 ou encore à Madaya fin 2015.

Enfin, la conduite d'actions punitives et de représailles sur des milliers de personnes, dont certaines sont assiégées depuis plus de trois ans, se fait généralement par le biais de largages réguliers de barils d'explosifs. Ces bombardements indiscriminés, largués depuis des hélicoptères à haute altitude, visent à maintenir un climat permanent de terreur sur des populations entières et à affaiblir leur capacité de résilience mentale. L'asphyxie d'une population – quand elle se fait à grande échelle et de manière prolongée – affecte inévitablement son sens de la solidarité et d'entraide mutuelle ; ce qui explique les tensions croissantes observées depuis 2015 entre certaines communautés et groupes assiégés ainsi que la corruption galopante qui sont bien loin des dynamiques d'entraides des premiers jours de la révolution syrienne.



*Populations assiégées du camp de Yarmouk qui attendent une distribution de nourriture –  
Février 2014, Photo: Rami Al Sayyed / UNRWA / flickr*

<sup>13</sup> [http://www.msf.fr/sites/www.msf.fr/files/syria\\_2015\\_war-dead\\_and\\_war-wounded\\_report\\_fr.pdf](http://www.msf.fr/sites/www.msf.fr/files/syria_2015_war-dead_and_war-wounded_report_fr.pdf)

### 3- LES RÉSEAUX MÉDICAUX EN ZONES ASSIÉGÉES

#### 3.1 Mise en place des soins d'urgence clandestins

L'échelle et l'intensité des violences sur l'assistance médicale en Syrie expliquent pourquoi, dès le début des manifestations, des associations médicales se sont regroupées pour organiser des équipes soignantes volantes et des réseaux d'approvisionnement souterrains afin d'opérer dans des structures de santé cachées. Des réseaux clandestins de médecins opérant principalement dans les grandes villes comme Damas, Hama ou Homs, vont s'appuyer sur le support à distance proposé par certaines organisations médicales internationales. Chaque jour, des centaines de kits chirurgicaux et matériels de première urgence furent envoyés dans les zones de manifestations pour permettre à ces réseaux de médecins d'organiser une assistance médicale clandestine d'urgence. Des formations de chirurgie de guerre sont également fournies dans les pays voisins pour mettre à niveau des équipes médicales pointues, mais peu expérimentées en matière de blessures liées à un conflit.

Les premiers soins d'urgence furent tout d'abord prodigués dans des « points médicaux » aménagés dans des salles de bains, des caves, ou dans d'autres pièces cachées, pour accueillir les équipes de médecins arrivées la veille des manifestations, généralement le vendredi<sup>14</sup>. Face à la montée de violence lors des manifestations et des tirs à l'arme lourde dans la foule, le nombre des victimes augmente rapidement, saturant les points médicaux en activité tout en les exposant davantage. Pour faire face aux afflux massifs de blessés de plus en plus nombreux, des hôpitaux furent improvisés généralement dans des mosquées<sup>15</sup> ou dans les sous-sols de bâtiments désaffectés pour ne pas mettre en danger leurs habitants.

Au cours de l'année 2012, les stratégies de siège militaire se font plus pressantes. Elles s'accompagnent de restrictions plus importantes sur les mouvements de biens et de personnes principalement dans les banlieues périphériques de Damas. Les réseaux de transport souterrains se multiplient pour tenter de contourner les barrages militaires et continuer d'approvisionner les équipes médicales prises au piège dans ces zones. Pour répondre à des situations de siège d'une ampleur et d'une sévérité rarement atteintes dans un conflit, les réseaux souterrains médicaux vont prendre une nouvelle dimension en s'appuyant sur un support médical et des dynamiques logistiques adaptées à ce type de situations extrêmes.

En votant en juillet 2012 une loi antiterroriste qui criminalise toute assistance médicale destinée à l'opposition syrienne, le GoS décide d'imposer un contrôle sévère sur l'aide humanitaire en général, sur l'assistance médicale en particulier. Durant cette période, les structures sanitaires publiques et privées reçoivent des instructions de la part des autorités de Damas leur interdisant de soigner les familles déplacées qui ont fui les zones reprises par l'armée syrienne. Au risque de leur vie, certains médecins pourtant opposés au mouvement d'insurrection, décidèrent de ne pas obéir à ces injonctions discriminatoires et de soigner en toute clandestinité des familles entières privées de soins.



*Salle chirurgicale, hôpital improvisé.  
Avril 2013, Province de Lattaquié  
(Photo : Robin Meldrum-MSF)*

<sup>14</sup> Certaines manifestations spontanées comme celles de Lattaquié survenues entre mars et avril 2011, se déroulèrent non pas les vendredis mais sur plusieurs semaines consécutives avant d'être réprimées par les forces de l'ordre et les milices privées d'Assad

<sup>15</sup> Le premier hôpital improvisé fut monté dans une mosquée de Deraa avant d'être pris d'assaut quelques semaines après par les forces de l'ordre

Au fur et à mesure que l'Armée Libre Syrienne (ASL) conquiert des territoires principalement au nord et au sud de la Syrie, des structures de santé furent mis en place dans les zones de l'opposition considérées comme « libérées ». De nombreux hôpitaux, cliniques, maternités et postes de santé deviennent opérationnels grâce à des approvisionnements transfrontaliers organisés depuis les pays limitrophes. Jugées illégales par les autorités de Damas, les structures sanitaires les plus imposantes, comme les hôpitaux et les maternités, sont montées de manière cachée. Ces structures de santé - dont certaines sont construites dans des grottes - n'arborent généralement pas de signes distinctifs apparents pour se prémunir des largages à répétition de barils d'explosifs par les hélicoptères de l'armée syrienne.

Le montage des structures médicales en zones contrôlées par l'ASL s'est parfois fait sous la pression des multitudes de katibas (garnisons rebelles) qui voient dans ces structures de santé un moyen d'asseoir leur pouvoir. Un hôpital en zone de guerre fait en effet partie des plus importants employeurs de la région et symbolise, pour un groupe armé, sa capacité à prendre soin d'une population concernée à la place du gouvernement. Ce pouvoir militaire tend à se radicaliser à partir de fin 2012. Avec la montée en puissance des mouvements djihadistes, certains groupes poussent pour transformer les hôpitaux « révolutionnaires » en hôpitaux islamiques, imposant aux structures de santé des modes de gestion compatibles avec leur vision de la *charia* (tenue vestimentaire du personnel soignant, séparation homme/femme dans les services de l'hôpital, protocoles relatifs aux certificats de naissance/décès et pour les enquêtes médico-légales, etc.). La prise de pouvoir progressive des forces d'ISIS, en 2013, dans certaines zones du nord de la Syrie, modifia à nouveau la réalité médicale de ces zones. La création de leur état islamique est fondée sur une administration unique ainsi que sur un contrôle répressif brutal de l'application de la *charia* à l'encontre des équipes médicales, pouvant aboutir à l'assassinat ou à l'enlèvement de certains membres de personnel de santé.

### 3.2 Les limites des organisations humanitaires internationales

Les restrictions imposées par le gouvernement syrien à l'égard de l'assistance médicale aux populations opposées à son autorité s'appliquent en premier lieu aux organisations humanitaires internationales qui travaillent depuis Damas. Malgré les résolutions votées à l'unanimité en 2014 par le Conseil de Sécurité, le GoS continue d'interdire aux agences humanitaires l'accès aux zones qu'il assiège. Pour justifier ce refus d'appliquer les résolutions des UN, le gouvernement de Bashar Al Assad invoque deux raisons principales :

- L'aide humanitaire, en particulier l'aide médicale, pourrait servir les intérêts des combattants terroristes ;
- Les travailleurs humanitaires pourraient faire face à des risques sécuritaires en entrant dans une zone assiégée.

En conséquence, les distributions des produits humanitaires acheminés depuis Damas sont généralement négociées lors des fameux « Comités de réconciliation » organisés avec des représentants locaux des zones assiégées sous la direction des services de sécurité de Bashar Al-Assad. Les agences humanitaires internationales basées à Damas qui fournissent pourtant l'essentiel des produits humanitaires, ne sont pas conviées à ces comités, permettant ainsi au régime de Bashar Al Assad d'utiliser leur aide comme arme de persuasion pour reprendre le contrôle sur une population assiégée.



Comités, permettant ainsi au régime de Bashar Al Assad d'utiliser leur aide comme arme de persuasion pour reprendre le contrôle sur une population assiégée.

*Convoi humanitaire en direction de la zone assiégée de Madaya organisé par le SARC, janvier 2016  
(Photo Abdulaziz Al-droubi / SARC)*

S'agissant des zones non assiégées contrôlées par le GoS, l'accès y est parfois autorisé aux agences internationales mais le choix des bénéficiaires – surtout quand il s'agit de fournir une assistance aux personnes déplacées – leur est imposé. Le régime refuse en effet de laisser une organisation internationale gérer de manière indépendante une structure de santé ou même de distribuer de l'aide humanitaire sans passer par le Croissant Rouge Syrien (SARC)<sup>16</sup>. En l'absence de représentants des agences internationales lors des distributions, l'aide humanitaire acheminée dans les zones contrôlées par le gouvernement est généralement allouée de manière discriminatoire aux bénéficiaires en fonction de leur présumée affiliation à des groupes de combattants ou à d'activistes.



*Rapport dénonçant le manque d'impartialité  
des Nations-Unies en Syrie-Juin 2016<sup>17</sup>*

Face aux blocages répétés du GoS concernant l'assistance médicale aux personnes les plus vulnérables, la plupart des organisations internationales basées à Damas ont purement et simplement jeté l'éponge. Elles préfèrent logiquement orienter leur assistance vers d'autres types de programmes que la santé, généralement dédiés à l'eau et l'assainissement, à l'éducation ou à l'agriculture.

Ces mesures dissuasives expliquent pourquoi, depuis plus de quatre ans, les structures de santé actives dans les zones assiégées ne peuvent compter que sur le support clandestin des organisations humanitaires non officielles. Même durant l'organisation des convois inter-agences négociés pendant la suspension des hostilités en février 2016, les restrictions à l'encontre de l'assistance médicale et les distributions discriminatoires par l'intermédiaire du SARC persistent. Les quelques donations médicales qui furent autorisées par le GoS durant cette période ont été constituées de manière aléatoire, sans réelle concertation avec les organisations actives en zones assiégées. Certains médicaments furent également retirés des camions par les assiégeurs au niveau des barrages militaires pour être ensuite revendus à des prix exorbitants à l'intérieur de zones assiégées. Dans certains cas, ces restrictions sont appliquées à d'autres denrées vitales comme la nourriture ; la population vivant dans la zone de Darayya, au sud de Damas, assiégée depuis 2012, a eu la mauvaise surprise de recevoir en juin 2016 de la part du premier convoi inter-agence du shampoing ou des moustiquaires mais aucune nourriture.

Au final, le détournement à grande échelle de l'aide humanitaire perpétré par le GoS a fortement diminué l'impact sur la mortalité des populations assiégées des convois organisés depuis Damas. Les personnes assiégées de Madaya continuèrent de mourir de faim malgré l'envoi de plusieurs convois humanitaires dans cette zone entre octobre 2015 et janvier 2016.

Sous l'effet des frustrations générées par le blocage persistant de l'aide internationale de la part des autorités de Damas, des propositions d'interventions incongrues furent envisagées par certains gouvernements. Des schémas de largage aérien sont proposés entre janvier et juin 2016 malgré les risques habituellement associés à ce type de pratique en l'absence de contrôle au sol (confusion militaro-humanitaire, tensions dans les zones de largage, distributions aléatoires, etc.)<sup>18</sup>.

<sup>16</sup> En 2013, des représentants des Nations Unies avouaient ne contrôler que pour 6 à 7% l'affectation finale des distributions de produits humanitaires

<sup>17</sup> <https://www.documentcloud.org/documents/2861241-Taking-Sides-the-United-Nations-Loss-of.html>

<sup>18</sup> <http://www.aljazeera.com/news/2016/06/syria-airdrop-aid-besieged-areas-160603161852473.html>



S'agissant de l'assistance médicale apportée en Syrie par les agences humanitaires au travers d'opérations transfrontalières, principalement depuis la Turquie, elle aussi est limitée à plus d'un titre. Tout d'abord parce que peu d'organisations humanitaires sont capables de proposer des services de santé en situation de crise aiguë, plus particulièrement en matière de chirurgie de guerre. De fait, la plupart des ONG internationales sont obligées d'intervenir en Syrie par procuration en travaillant uniquement avec du personnel syrien dans des structures médicales déjà existantes, ou encore en sous-traitant l'assistance médicale à des organisations locales ou issues de la diaspora syrienne.

En servant de relais de financement entre les bailleurs institutionnels et les ONG locales, certaines de ces ONG internationales ont – en quelques années – décuplé leur budget de manière exponentielle sans avoir pour autant la capacité logistique pour contrôler leur croissance. Cette forte croissance non contrôlée a inévitablement exposé certaines organisations humanitaires à des fraudes de grande envergure<sup>19</sup>.

Quant aux rares organisations internationales capables à partir de juin 2012 d'offrir de manière indépendante des soins de santé dans les zones de l'opposition, elles ont été obligées deux ans après de réduire drastiquement leur présence sur le sol syrien. L'escalade des bombardements mais surtout la succession d'enlèvements enregistrés dans le nord de la Syrie et la décapitation mise en scène par ISIS de certains travailleurs humanitaires et journalistes sont les principales causes de ce retrait humanitaire. Face à la volatilité des groupes armés et la fragmentation de leurs chaînes de commandement, les organisations humanitaires n'ont eu d'autres choix que de limiter leur présence dans le nord de la Syrie pour se concentrer sur un support à distance, qu'il soit matériel, financier ou technique.

S'agissant des organisations humanitaires qui sont actives dans les zones assiégées, elles ont pour la plupart su s'adapter à une réalité d'intervention souterraine en s'allégeant des contraintes bureaucratiques et financières imposées par les bailleurs de fonds institutionnels. Ces agences ont également dû résister à la pression de leurs banques soumises aux lois de contre-terrorismes de leur pays.

A quelques exceptions près, la polarisation du contexte syrien combinée aux intransigeances du régime de Bashar Al-Assad ne permettent pas aux agences humanitaires d'être actives à la fois dans les zones contrôlées par le GoS et également d'intervenir dans les zones qu'il assiège. Ces restrictions sont encore plus importantes pour les agences humanitaires qui sont mandatées par des Etats membres. A cause de leur mandat respectif, il est par exemple difficile pour des organisations comme le CICR et les agences des Nations-Unies, d'aller contre la volonté d'un Etat souverain en développant des opérations humanitaires clandestines.

Cette polarisation de l'aide humanitaire en Syrie continue aujourd'hui encore de créer de vives tensions au sein de la communauté humanitaire. Les agences internationales qui opèrent en zones gouvernementales sont accusées de collaboration passive avec le régime syrien et de fournir l'essentiel de leur aide aux populations favorables ou soumises à l'autorité d'Assad dont les besoins humanitaires sont loin d'être les plus criants<sup>20</sup>. Les agences des Nations-Unies basées à Damas sont tout particulièrement dans le collimateur des critiques. Entre 2012 et 2015, elles auraient notamment passé des contrats d'approvisionnement juteux – plus de 4 milliards de dollars au total – avec des fournisseurs proches du régime, y compris ceux blacklistés par les US et l'Union Européenne. Ces critiques sont d'autant plus exacerbées par le peu de transparence et la manque de dénonciation des agences humanitaires basées à Damas concernant la manipulation et le détournement à grande échelle de leur action par le GoS.

Quant aux organisations internationales qui travaillent dans les zones de l'opposition, elles sont accusées de sous-traiter massivement l'aide à des organisations humanitaires locales ou des diasporas. Au travers de partenariats souvent peu scrupuleux<sup>21</sup>, nombre d'entre-elles revendiquent néanmoins la paternité des projets d'assistance tout en prétendant être hyperactives en Syrie afin de récolter davantage de fonds. En refusant de

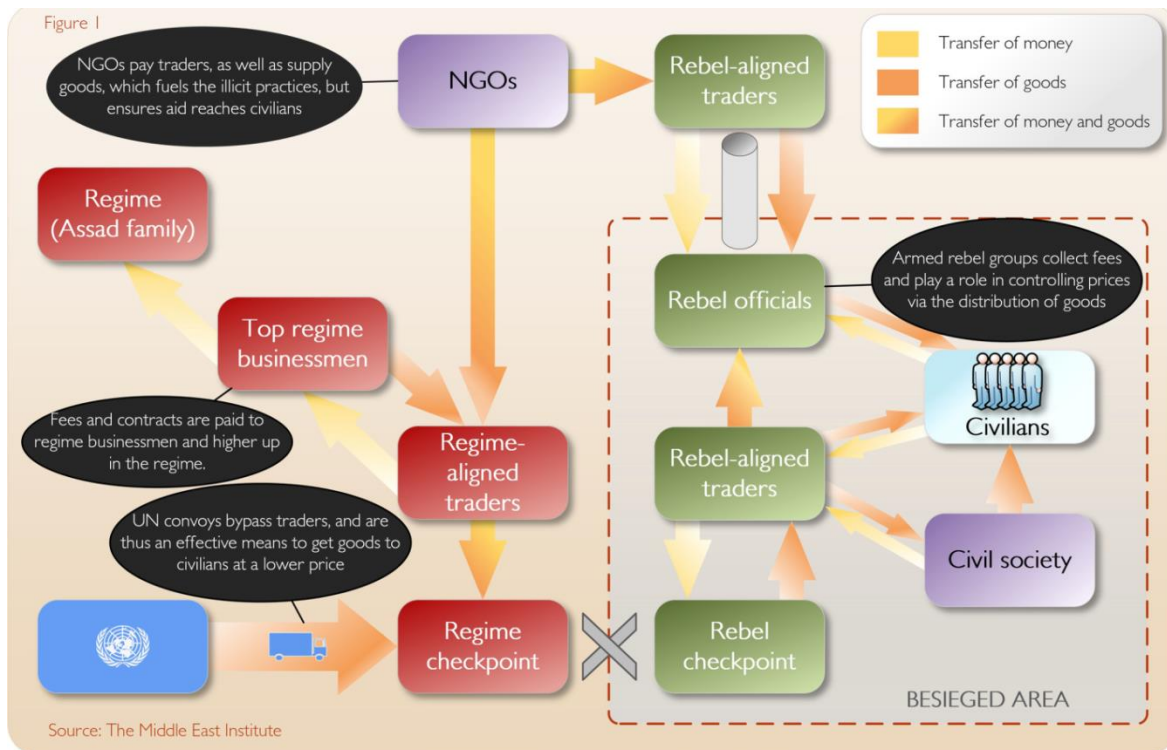
<sup>19</sup> <https://www.irinnews.org/news/2016/05/09/us-probe-turkey-syria-aid-corruption-deepens>

<sup>20</sup> En 2015, 81% du budget humanitaire des UN dédié à la Syrie – \$1.1 milliards au total – furent octroyés au travers du circuit des autorités du gouvernement Syrien alors que certaines études estiment que plus de 80% des victimes de guerre et 90% des structures de santé détruites se trouvent en zones de l'opposition.- <http://www.bmj.com/content/351/bmj.h4736.long>

<sup>21</sup> *International and local/diaspora actors in Syrian Crisis, a diverging set of systems* – HPG March 2015



financer les ONG locales autrement que par l'intermédiaire des ONG internationales, les bailleurs de fonds institutionnels ont monté une chaîne de financement très lourde et extrêmement aléatoire sur laquelle les organisations humanitaires syriennes qui travaillent en zone de l'opposition ne peuvent compter. Le manque de fiabilité de ces mécanismes de financement a malheureusement poussé certaines de ces organisations à faire un choix entre frauder ou s'appuyer sur des fonds plus stables issus des groupes de l'opposition les plus importants. Les organisations internationales actives en zones assiégées sont, quant à elles, suspectées de nourrir tantôt les intérêts des réseaux corrompus du clan Assad qui contrôle certains marchés souterrains, tantôt ceux des groupes armés de l'opposition qui contrôlent l'accès à certaines de ces zones<sup>22</sup>.



Source: *Sieges in Syria: Profiteering from Misery*, Will Toldman – juin 2016

### 3.3 Développement des activités de support médical en zones assiégées

Dans la typologie classique des opérations humanitaires internationales, on peut distinguer deux principaux modes opératoires:

- les **programmes d'assistance directe** aux victimes de crises humanitaires. En conduisant ce type de programmes, l'organisation humanitaire engage sa responsabilité légale et morale dans la provision de l'assistance. Selon le contexte sécuritaire, le contrôle de ces programmes - aussi appelés « *Remote Control programmes* » - peut se faire depuis un centre décisionnaire délocalisé ;
- les **programmes de support** à distance, habituellement fourni par les agences des Nations-Unies ou des bailleurs de fonds institutionnels à des partenaires en charge de la réponse humanitaire. Le support humanitaire peut prendre plusieurs formes : ponctuel ou régulier, matériel ou financier, voire technique (conseil, formations, documentation etc.). Contrairement aux interventions directes, les organisations qui proposent un programme de support n'engagent pas leur responsabilité légale ou morale à l'égard de la qualité des programmes supportés.

<sup>22</sup> Sieges in Syria : Profiteering from misery – Will Toll, June 2016 -

[http://www.mei.edu/sites/default/files/publications/PF14\\_Todman\\_sieges\\_web.pdf](http://www.mei.edu/sites/default/files/publications/PF14_Todman_sieges_web.pdf)

La mise en place des programmes de support médical est généralement définie par des donations de matériel, de médicaments et de nourriture spécialisée, thérapeutique et supplémentaire. Il s'accompagne également de support RH tel que les salaires de personnel de santé, les formations médicales et conseils techniques auprès des équipes médicales. Avec le temps, le support aux structures de santé en Syrie s'est élargi à d'autres activités comme la protection de structures de santé ou aux évacuations médicales souterraines.

Compte tenu des fortes restrictions d'accès imposées aux organisations humanitaires, ce sont les hôpitaux, cliniques, maternités et services ambulanciers gérés par des équipes médicales syriennes qui sont en première ligne de la réponse médicale aux victimes du conflit dans les zones assiégées. Bien que considérées comme une cible légitime par le GoS, ces activités médicales souterraines permettent à des milliers de personnes de bénéficier chaque jour de soins essentiels. Des soins d'urgence mais aussi des traitements de maladies plus chroniques et des services d'accouchement sont apportés dans des conditions extrêmement précaires grâce à la détermination du personnel de santé encore actif dans ces zones. L'approvisionnement médical apporté à ces structures de santé illégales s'organise via des réseaux d'activistes qui négocient généralement l'accès auprès des groupes armés de l'opposition les plus influents. Quant aux opérations de franchissement des lignes de sièges par les convois du SARC/UN, cinq ans après le début du conflit, elles sont encore trop aléatoires et trop limitées pour que les hôpitaux des zones assiégées puissent compter dessus.

Depuis le début du conflit, le principe clé des activités de support repose sur la mise à disposition des moyens suffisants pour que des équipes médicales qualifiées puissent fournir des soins aux victimes des violences dans des zones interdites aux organisations humanitaires. Cette relation de confiance établie entre médecins – ceux prisonniers à l'intérieur et ceux bloqués à l'extérieur – s'est consolidée au fil des années au travers d'échanges réguliers sur les réseaux sociaux et autres applications Internet. Cette communication de médecin à médecin se fait généralement la nuit, lorsque les activités médicales sont moins intenses et les bandes passantes moins sollicitées. C'est le moment où les besoins des structures de santé sont exprimés, les commandes médicales ajustées, les conseils sur des cas compliqués de patients partagés. C'est lors de ces échanges nocturnes que sont aussi partagés des moments de détresse lorsqu'un médecin est épuisé à cause des opérations incessantes ou que la situation humanitaire devient moralement et physiquement trop lourde à supporter.

*Salle d'urgence, hôpital de Dar Al-Shifa – Alep  
Octobre 2012 (Photo, Niclas Hammarström)*



L'approvisionnement de ces médecins en matériel médical et médicaments a, lui aussi, beaucoup évolué avec le temps. Le choix des routes d'accès, les stratégies de stockage ou encore les modalités de commande se sont affinés en fonction d'un contexte d'approvisionnement hyper-volatile et hostile.

Face au volume croissant des donations médicales engagées au quotidien dans les zones assiégées, des principes opératoires et procédures standards (SOP) spécifiques aux programmes de support furent élaborés à partir de 2013 avec les structures de santé bénéficiaires. Ce cadre de travail visait en première intention à structurer, pérenniser et rendre plus efficace les réseaux logistiques souterrains qui s'étaient construits jusque-là de manière spontanée. Des outils de gestion des données et systèmes d'information – principalement en matière de traçabilité des donations – furent progressivement adaptés pour garantir un maximum de redevabilité et de transparence pour des opérations d'approvisionnement à risque. Au moment de leur mise en place, les activités de support soulevaient en effet de multiples réserves et nombreuses critiques de la part des autres acteurs humanitaires internationaux. Il fallait avant tout s'assurer que le matériel acheminé en zones assiégées arrive bien à destination avant d'en démontrer le bon usage de ce matériel une fois les commandes livrées sur place.

En quelques années, les réseaux logistiques souterrains chargés d'acheminer l'aide médicale en zones assiégées vont constituer une des chaînes d'approvisionnement humanitaire les plus sophistiquées jamais montées dans le cadre d'une crise humanitaire.

Au fil du temps, les programmes de support, initialement orientés par les contraintes logistiques pour répondre aux enjeux d'accès, prirent ensuite une dimension davantage médicale pour améliorer les soins apportés chaque mois à plusieurs centaines de milliers de personnes. Par la suite, ces programmes servirent également de caisse de résonance pour documenter et témoigner de la souffrance et des situations humanitaires terribles vécues par les victimes les plus lourdement affectées par le conflit syrien et qui restent coupées du regard extérieur. En août 2013, pour la première fois, les rapports médicaux des hôpitaux des zones assiégées furent rendus publics afin de témoigner des cas de mortalité et des blessés liés aux attaques chimiques survenus dans la Ghouta, en périphérie de Damas. Deux ans plus tard, MSF documentera sur la base de ses activités de support le nombre d'attaques sans précédents sur les structures de santé supportées par l'organisation principalement en zones assiégées ainsi que sur les civils qui furent les principales victimes des bombardements.

## **4- MISE EN PLACE DE LA LOGISTIQUE SOUTERRAINE**

### **4.1 Analyse des besoins et de la faisabilité logistique**

Parce que les demandes de support se font de plus en plus nombreuses à partir de 2012, des principes opératoires et critères d'admission furent alors établis par certaines organisations déjà engagées dans les programmes de support médical en Syrie. Ces principes et critères sont régulièrement réactualisés en fonction des besoins médicaux, de la réalité du contexte syrien et des dynamiques de support à distance (pas d'intermédiaires dans la relation de médecin-à-médecin, impartialité et intégrité des activités supportées, gratuité des soins, etc.).

Le travail d'identification et d'évaluation indépendante des structures de santé et de leurs besoins joue, à cet égard, un rôle clé pour s'assurer du respect de ces principes et le cas échéant, maintenir ou suspendre un support octroyé à une structure médicale. C'est à la suite de ces évaluations préliminaires que les analyses de faisabilité logistique (transportabilité, négociation des routes d'accès, points de vérification, etc.) sont conduites dans chaque poche assiégée où se trouvent les structures de santé supportées.

Les procédures et outils logistiques qui seront développés par la suite vont servir à s'assurer que le matériel expédié vers les structures de santé correspond aux besoins exprimés par les médecins (type d'article souhaité, quantité et qualité voulue) et surtout qu'ils arrivent à destination en lieu et temps voulu.

### **4.2 Systèmes de commande**

Un des enjeux majeurs était de réussir à monter une chaîne d'approvisionnement « de bout-en-bout » (end-2-end) avec des équipes médicales et des directeurs d'hôpitaux qui – avant le conflit syrien - n'avaient jamais opéré dans des situations de crise humanitaire aiguë. A la précarité des installations des structures médicales supportées<sup>23</sup>, venaient se rajouter les ruptures fréquentes en médicament et matériel d'urgence durant les périodes d'afflux massifs de blessés. Logiquement, le système de commandes au début des activités de support a été monté d'après des listes standards de kits d'urgence faciles à expédier et simples d'utilisation.

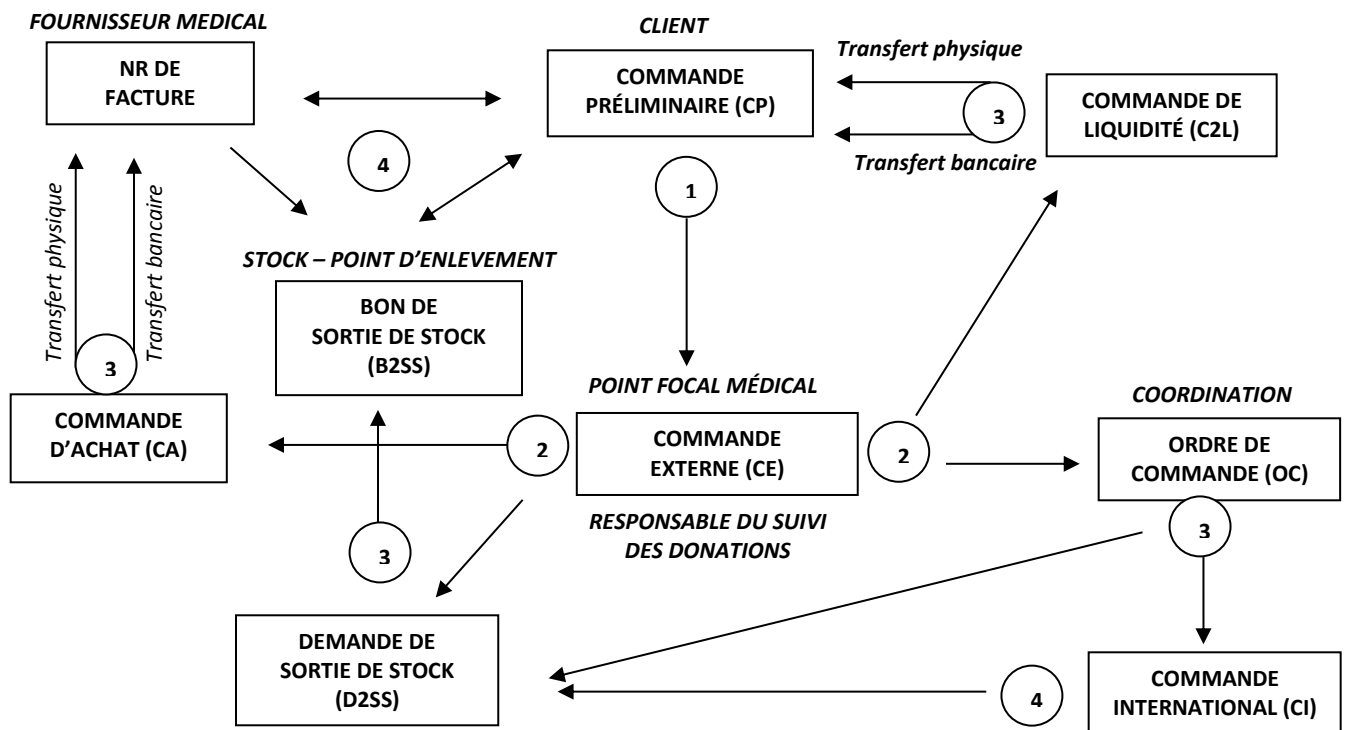
Ce n'est qu'à partir du moment où il devenait évident que les stratégies de siège allaient s'inscrire dans un temps long, privant des régions entières d'accès à des médicaments essentiels de manière durable, que ces listes de commande, initialement très basiques, furent alors davantage étoffées. Un choix plus important de produits médicaux proposés dans une dynamique de flux tirés, permettait ainsi aux équipes médicales de commander des articles spécifiques à leurs besoins, en plus des kits existants. En marge des soins d'urgence apportés aux blessés, il s'agissait de donner la capacité aux médecins de traiter également les maladies

<sup>23</sup> Les premiers hôpitaux improvisés, comme celui de la mosquée de Deraa en mars 2011, étaient très rudimentaires avec les patients allongés à même le sol sur des couvertures et des systèmes de perfusion bricolés

chroniques ou aiguës, de fournir des soins maternels ou encore de pouvoir apporter un encadrement thérapeutique aux milliers de personnes traumatisées par la violence de la guerre en Syrie.

La prise de commande fût également simplifiée au maximum pour que les équipes médicales supportées puissent passer leurs commandes, en général la nuit via les réseaux Internet, sans pour autant être confronté à un système administratif trop lourd. Il a aussi été nécessaire de codifier les systèmes de commande et des outils de suivi pour limiter les risques d'identification des structures médicales considérées depuis 2012 comme des cibles légitimes. La codification des articles des listes de commande ainsi que celles des structures de santé supportées vont accélérer le besoin d'harmoniser la gestion des données entre les différents projets en charge des programmes de support.

### Chaîne d'approvisionnement (bout-à-bout) des zones assiégées



1 : Identification du besoin - 2 : Processus de Commande - 3 : Processus de livraison - 4 : Phase intermédiaire

A partir des besoins préliminaires exprimés par les structures bénéficiaires auprès de l'organisation en charge du support, un document plus formel de requête externe est alors établi pour ensuite être intégré dans le processus de validation (ou de rejet) de la commande. Pour améliorer les performances du traitement des données logistiques qui peuvent être parfois volumineuses<sup>24</sup>, certaines organisations de support vont plus tard développer des progiciels intégrés type ERP. Bien que difficile à mettre en place dans un contexte comme la Syrie, ces outils peuvent néanmoins faciliter la gestion des commandes en lien avec les états de stock et les expéditions en cours. Avec le temps, des accords de support (SLA<sup>25</sup>) de six à douze mois furent mis en place par les agences humanitaires avec certains hôpitaux supportés de manière régulière depuis plusieurs années. Ces SLA leur offrent ainsi la possibilité de compter sur un support matériel et financier plus souple et de sécuriser dans le temps les ressources nécessaires à l'organisation de leurs services hospitaliers.

<sup>24</sup> Certaines agences de support aux activités médicales en zones assiégées traitent jusqu'à 900 lignes de commande par an, soit plus de 2.000 articles commandés chaque mois.

<sup>25</sup> Support Level Agreement en anglais

### 4.3 Procédures d'achat

A partir de 2012, au moment du débordement territorial des autorités de Damas par l'opposition armée, les activités de support aux structures de santé s'établirent au travers d'opérations logistiques transfrontalières. La vaste majorité des agences humanitaires étant obligée, à cette époque, de rester dans les pays voisins, l'aide aux médecins syriens qui opéraient pendant les manifestations s'est donc organisée dans un premier temps sur des expéditions de matériel d'urgences acheté à l'étranger. A cause de la fermeture graduelle des frontières syriennes avec le Liban et la Jordanie à partir de 2013, puis deux ans après avec la Turquie, les organisations de support furent obligées de changer leurs stratégies d'acquisition de matériel humanitaire. Pour répondre à cette contrainte, certaines organisations humanitaires ont décidé de diminuer la part des achats internationaux en développant davantage de capacités d'achats locaux effectués à l'intérieur de la Syrie. Bien que plus compliquée à mettre en œuvre, cette réorientation des stratégies d'acquisition permettait d'une part de diminuer les risques liés au transport de médicament par des trajets courts, et d'autre part de gagner en réactivité (voir paragraphe suivant).

Ce n'est qu'à partir de mi-2013 que l'approvisionnement des certaines poches assiégées ne peut plus s'organiser sans passer par l'achat local de médicaments et de matériel médical. C'est aussi à cette période que certaines organisations internationales se désengagèrent des activités de support à ces zones, leurs procédures d'achat ne pouvant plus répondre aux exigences imposées par leurs bailleurs de fonds. Le respect des procédures d'achat classiques (appels d'offre, demandes préliminaires de devis, sélection des fournisseurs, etc.) est en effet illusoire dans un contexte de guerre comme celui de la Syrie. Les agences humanitaires plus autonomes financièrement et qui souhaitaient maintenir leur support aux zones assiégées devenues inaccessibles par voies transfrontalières, développèrent alors d'autres mécanismes d'acquisition. Certaines d'entre-elles décidèrent d'intégrer dans leurs équipes de support des expertises pharmaceutiques syriennes afin de s'assurer de la disponibilité des marchés locaux du médicament (qualité, quantité, prix) ainsi que de leur fiabilité dans un contexte hyper-volatil.

Pour être efficace, le suivi des marchés pharmaceutiques parallèles doit s'accompagner de mécanismes de contrôle au travers d'un travail de réconciliation effectué par les équipes d'acheteurs et d'approvisionneurs. A défaut de système de facturation fiable qui parfois n'existe plus<sup>26</sup>, il est nécessaire de vérifier que la marchandise achetée a bien été livrée en quantité, en qualité et en temps voulus aux structures de santé bénéficiaires<sup>27</sup>. L'autre contrainte majeure est bien évidemment liée à la consolidation de transactions financières destinées à payer les fournisseurs via des systèmes de transfert informel d'argent (Hawala) malgré les restrictions bancaires et la pression des mesures de contre-terrorisme.

Face aux risques croissants d'interception des marchandises par les forces gouvernementales durant leur transport jusqu'aux zones assiégées, de plus en plus de fournisseurs proposent des prix d'achat plus élevés qui incluent la sécurisation de l'accès, parfois via les réseaux corrompus liés aux clans Assad. C'est la raison pour laquelle le choix des achats de médicament à l'intérieur de la Syrie comporte de multiples questions éthiques qui doivent être considérées en permanence avant d'opter pour cette solution de dernier recours.

Il est intéressant de noter que les principaux bailleurs de fonds institutionnels mettront plusieurs années avant d'alléger leurs procédures administratives – notamment en matière d'achat – imposées à leurs partenaires humanitaires présents en Syrie afin que ces derniers puissent être actifs en zones assiégées<sup>28</sup>.

### 4.4 Gestion des entrepôts

La fermeture graduelle des principaux points d'entrée des frontières syriennes a eu un impact important sur les stratégies d'achat mais aussi sur l'entreposage des produits humanitaires destinés aux hôpitaux actifs en zones assiégées. Dans les premiers temps, l'enlèvement des donations médicales était organisé par les services

<sup>26</sup> Pour des raisons évidentes de sécurité, beaucoup de fournisseurs pharmaceutiques locaux refusent d'émettre des factures d'achat

<sup>27</sup> Certains produits médicaux achetés en Syrie sont sortis du pays par les organisations de support pour un contrôle qualitatif, d'autres sont suivis en fonction des numéros de lots de production

<sup>28</sup> Ce n'est qu'à partir de juin 2014 que les premières INGOs seront actives en zones assiégées au travers de financements institutionnels



logistiques des réseaux médicaux à partir des entrepôts des organisations humanitaires basées dans les pays limitrophes<sup>29</sup>. A partir du début 2013, les opérations humanitaires transfrontalières deviennent plus difficiles et plus dangereuses à organiser. A cause de la saturation des pays voisins - surtout au Liban et en Jordanie - et des tensions croissantes avec les réfugiés, les frontières se referment graduellement et les mouvements transfrontaliers organisés par les réseaux médicaux représentent un risque important pour les transporteurs.

Pour consolider un approvisionnement de plus en plus volumineux<sup>30</sup>, les stocks centraux affectés aux activités de support furent progressivement déplacés à l'intérieur de la Syrie, principalement depuis la Turquie, malgré les contraintes de réapprovisionnement et les risques de bombardements ou de pillages. Ce déploiement de stocks en Syrie – y compris de dépôts avancés situés à proximité ou à l'intérieur des zones assiégées – permet néanmoins une plus grande flexibilité d'enlèvement du matériel médical. Grâce à ces dépôts humanitaires, clandestins généralement dissociés de stockages militaires, les activités de support ont énormément gagné en réactivité. Les dépôts avancés vont également permettre la constitution de stocks de sécurité en cas de tension à l'intérieur d'une zone assiégée ou lorsque les prix d'achat sur les marchés de revente deviennent trop élevés. L'usage de ces réserves donne aussi la possibilité aux agences de support de contrebalancer les variations des prix des marchés parallèles en cas de soudaine hausse. L'utilisation de stocks de nourriture pendant les périodes de forte inflation oblige généralement les fournisseurs à fixer à nouveau des prix d'achat plus abordables.

A partir de mi-2015, une nouvelle contrainte est apparue en matière de sécurité des entrepôts clandestins, principalement pour les stocks de nourriture dans les zones assiégées avant leur dispatch sur les points de distribution. Lors des pics de sévérité extrême de certains sièges, il est en effet arrivé qu'une partie de la population affamée se mette à piller ces entrepôts de nourriture ou menacent les points de distribution de nourriture.

#### 4.5 Expéditions transfrontalières

Pour des raisons de sécurité, le transport du matériel médical des organisations humanitaires est généralement géré par les services logistiques des réseaux médicaux. Compte tenu des dangers relatifs au transport clandestin de médicaments, les routes d'accès aux zones assiégées sont en permanence redéfinies en fonction des barrages militaires ainsi que des opportunités de traverser à la fois les frontières et les lignes de front.

Beaucoup de logisticiens sont arrêtés ou périssent durant le transport de médicament en zones assiégées.

Lorsqu'ils ne sont pas arrêtés, les personnes qui passent des médicaments en zone assiégées de manière clandestine sont la cible fréquente des snipers ou des mines placés en périphérie de ces zones. Quand à ceux qui ont été arrêtés, un grand nombre a succombé aux tortures infligées dans les geôles du régime, notamment dans la sinistrement célèbre prison de Sedanya dans les montagnes qui surplombent la ville de Damas<sup>31</sup>.



*Prison de Sedanya, Nord de Damas*

<sup>29</sup> Certains enlèvements s'effectuaient également dans les entrepôts des fournisseurs

<sup>30</sup> Il est difficile d'estimer le tonnage total des expéditions médicales effectuées chaque jour en zones assiégées, mais il reste très conséquent. A tel point qu'en avril 2016, le GoS déclarait criminelle toute importation de produits humanitaires depuis la Turquie

<sup>31</sup> En mai 2016, l'Organisation Syrienne des Droits de l'Homme (SOHR) alertait sur le fait qu'au moins 60.000 personnes sont mortes dans les prisons du GoS, dont plus d'un tiers dans la prison de Sedanya

En plus des dangers liés à la répression des forces du GoS et de ses alliés, l'autre risque majeur des expéditions en zone assiégées réside dans la possibilité de vol ou de réquisition par les groupes armés de l'opposition durant leur expédition aux hôpitaux bénéficiaires. Si les médicaments et le matériel médical sont peu exposés aux vols et réquisitions militaires, le transport de produits sensibles (diesel pour générateurs, argent des salaires, etc.) font quant à eux l'objet de tentatives de détournement plus fréquentes. L'inflation galopante depuis le début du conflit qui s'accompagne d'une importante dépréciation de la Livre Syrienne rendent encore plus vulnérables ce type de transport<sup>32</sup>.

Face aux risques multiples d'interruption, de détournement et de réquisition durant leur acheminement, les expéditions de produits humanitaires en zones assiégées comportent deux enjeux majeurs :

- la capacité de tracer le matériel tout au long de son acheminement jusqu'à son arrivée à destination et sa confirmation de bonne réception ;
- la capacité d'assurer des leviers de négociation pour forcer la restitution du matériel en cas d'interception durant le transport ou encore en cas de vol par du personnel d'hôpital.

De manière évidente, ces leviers sont quasiment inexistantes en ce qui concerne la restitution du matériel arrêté par les forces gouvernementales, leurs milices privées ou leurs agents de sécurité. En revanche, ils sont beaucoup plus efficaces en cas de réquisition par des groupes armés de l'opposition ou en cas de vol. Il existe plusieurs moyens de faire pression en vue d'une restitution de matériel réquisitionné ou volé. La plus efficace et la plus légitime reste la suspension des activités de support jusqu'à la restitution du matériel intercepté malgré les risques induits d'interruption des traitements. Pour avoir un poids substantiel dans les négociations visant à récupérer leur matériel, les organisations humanitaires engagées dans des programmes de support misent en général sur une certaine masse critique de structures de santé supportées.

Le développement de stratégies de couverture élargie en matière de support médical, avec une centaine de structures de santé supportées par une même organisation par exemple, permet également d'accéder plus facilement à des poches sévèrement assiégées. Il est en effet difficile de traverser certaines zones moins touchées par la sévérité de siège – mais avec néanmoins des besoins importants en matière de médicament – sans apporter un support aux structures actives dans ces zones.

Parce que pour accéder aux zones assiégées, les contraintes logistiques prévalent souvent sur les priorités médicales, il n'est pas rare que le support se fasse sur des considérations stratégiques à l'égard de certaines structures de santé qui représentent un point de passage obligé pour accéder à d'autres zones.

Quant à la capacité de suivre l'acheminement du matériel et de déceler son éventuel détournement, elle se construit sur des réseaux d'informateurs multiples répartis sur différents tronçons des routes choisies qui ne sont pas nécessairement connectés entre eux. Différents représentants d'ONG locales, réseaux d'activistes, militaires, autorités locales et autres points focaux œuvrent au quotidien pour informer les organisations humanitaires du bon acheminement de leurs cargaisons, et – au cas échéant – de leur interception. Un travail considérable de maintenance de réseaux d'alerte est donc préalablement nécessaire avant d'expédier du matériel à l'intérieur de la Syrie ou d'une zone assiégée. Certaines organisations humanitaires ont mis en place des systèmes « Big Data » - c'est-à-dire de traçage des informations qui circulent sur les réseaux internet – pour tester la fiabilité des réseaux d'information ainsi développés. En cas d'interception d'un cargo destiné à une zone assiégée ou de détournement de la marchandise une fois arrivée à l'intérieur, il est en effet courant que des messages d'alerte soient postés sur Facebook, sur Twitter, etc.

---

<sup>32</sup> Estimée à 90% en 2013 par la Banque mondiale, l'inflation serait de 14% en 2014 et de 30% en 2015

## 5- LES PILLIERS D'UNE LOGISTIQUE ATYPIQUE

Il existe trois règles essentielles qu'une organisation humanitaire doit respecter si elle souhaite apporter une réponse d'urgence efficace à une crise humanitaire complexe :

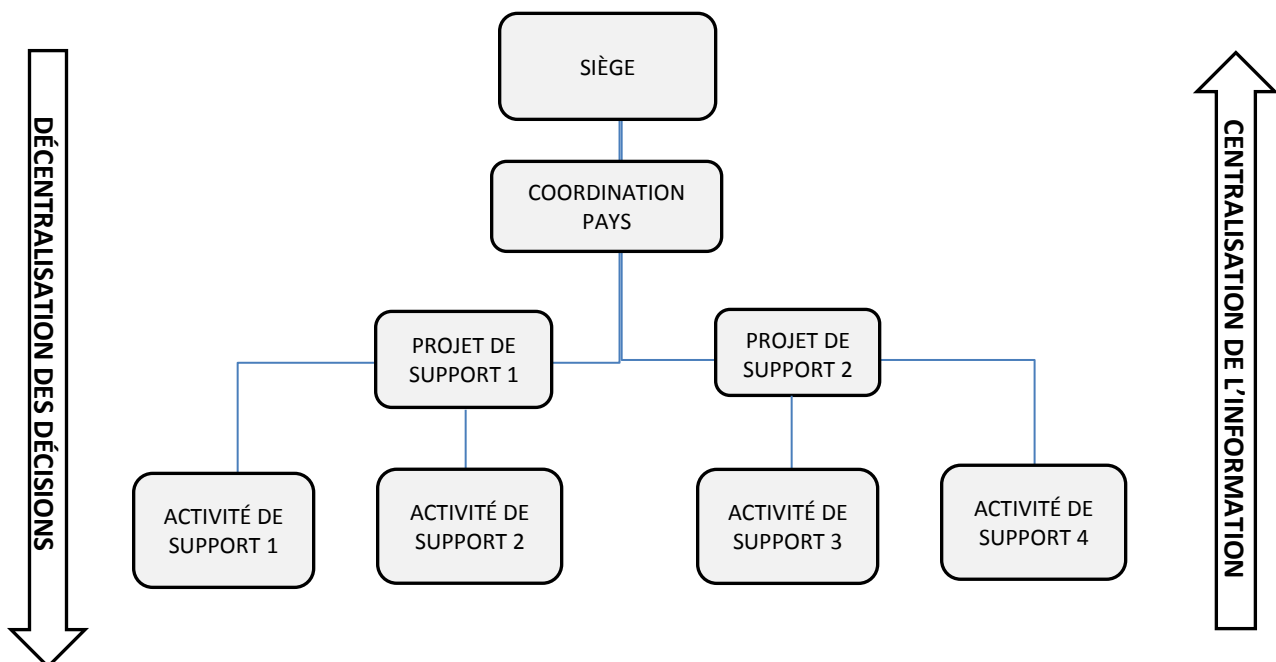
- Ne pas essayer de faire du copier – coller dans la réponse humanitaire : les équipes d'urgence doivent éviter de reproduire des schémas de réponses identiques à ceux qu'elles ont déployés dans d'autres contextes de crises passées. Si l'innovation n'est pas, en soi, un objectif à atteindre contrairement à la recherche d'efficacité, il est important de considérer les spécificités d'un contexte de crise pour adapter la réponse humanitaire en conséquence ;
- Atteindre un équilibre acceptable entre risque et impact humanitaire : la prise de risque opérationnelle inéluctable dans ce type de contexte doit nécessairement s'accompagner d'un impact humanitaire important, même si cet impact ne sera effectif et visible (donc mesurable) qu'après le déploiement de la réponse humanitaire ;
- Garantir une transparence opérationnelle maximale : les risques pris par une équipe d'urgence vont engager la responsabilité de leur organisation ainsi que celle des bailleurs – qu'ils soient institutionnels ou privés – qui financent ce type d'opérations à risque. Cette prise de risque doit être acceptée à tous les échelons de l'organisation au travers de rendus de compte réguliers sur l'impact atteint, les risques encourus pour les atteindre et, bien sûr, les mesures prises pour éviter ou réduire ces risques.

Ces trois règles furent généralement appliquées par les rares organisations humanitaires qui ont réussi à développer pendant plusieurs années des programmes de support médical de qualité dans les zones assiégées de Syrie. Elles ont aussi pu compter sur une logistique forte et une ossature financière fiable, c'est-à-dire préservée des aléas décisionnels et des restrictions de leurs bailleurs de fonds.

### 5.1 Agilité opérationnelle requise

Pour garantir un maximum d'agilité opérationnelle dans un contexte d'intervention inhabituel, les organisations humanitaires actives en zones assiégées ont également adopté une dynamique de décentralisation des décisions stratégiques auprès des équipes d'intervention les plus proches des contraintes logistiques. Cette dynamique opératoire de « bottom-up » fondée sur la confiance contraste avec les réponses humanitaires habituelles où les interventions sont de plus en plus téléguidées par les équipes du siège ou – pire – par leurs bailleurs de fonds.

**Processus de décentralisation des activités de support :**



L'autre élément clé dans la recherche d'agilité opérationnelle des activités de support est de garantir un maximum de régularité d'approvisionnement dans un contexte d'intervention hyper-volatile et anormalement hostile. C'est précisément grâce à cette régularité que le rapport de confiance entre les agences de support et les hôpitaux actifs en zones assiégées a pu être maintenu.

Parmi les agences humanitaires actives dans les zones assiégées, les organisations issues de la diaspora syrienne sont probablement celles qui ont le plus souffert pour garantir une régularité d'approvisionnement. Les principaux bailleurs institutionnels ont, pendant longtemps, refusé de financer ces organisations malgré l'important travail réalisé dans toutes les zones de l'opposition syrienne. Face à ce blocage qui persiste toujours aujourd'hui chez certains bailleurs, le financement des diasporas se fait généralement par l'intermédiaire d'ONG internationales qui, elles-mêmes, sont financées par des bailleurs institutionnels. En plus du surcoût administratif lié aux couches multiples d'intermédiaires inutiles, cette cascade de financement créait un niveau de bureaucratie souvent trop lourd pour garantir une pérennité des approvisionnements en zones assiégées<sup>33</sup>.

### 5.2 Prise de risque vs impact humanitaire

La prise de risque inhérente aux programmes de support en zone assiégée doit être régulièrement mesurée selon des indicateurs qui correspondent à des lignes rouges à ne pas franchir. Ces indicateurs doivent bien évidemment prendre en compte le nombre de populations qui bénéficient de l'assistance médicale fournie au travers de ces programmes. Les analyses de risque s'accompagnent d'une série d'évaluations notamment des réseaux logistiques et de leur performance : évaluation des sources d'achat et des marchés fournisseurs, des routes d'accès et des transports, évaluation des sources d'information durant les expéditions, des rotations des dépôts avancés, etc.

Ce travail d'analyse est considérable et ne peut être réalisé que par une équipe logistique de support suffisamment étoffée et bien connectée à l'intérieur de la Syrie, et plus particulièrement dans les zones assiégées. Parce que ce sont les services logistiques qui sont le plus exposés aux suspicions de fraude, parce qu'ils sont aussi en première ligne pour les prises de décisions éthiquement complexes, ils doivent pouvoir compter sur une solidarité interne forte et un support conséquent. Pour limiter leur exposition, certaines organisations ont opté pour une mixité de leurs équipes logistiques composées de logisticiens internationaux et de logisticiens syriens. Cette mixité ne vise pas à imposer un contrôle du personnel syrien qui ne serait pas digne de confiance mais – au contraire – à assurer un partage dans la prise de risque et prendre le recul nécessaire à l'égard de dilemmes parfois insolubles. La famine de Madaya observée à partir de décembre 2015 est une parfaite illustration des dilemmes auxquels sont confrontés régulièrement les services logistiques. La sévérité du siège de cette zone pourtant agricole<sup>34</sup>, une des plus importantes jamais rencontrées depuis le début du conflit, ne permettait plus l'acheminement de nourriture à partir du mois d'octobre 2015. La seule nourriture disponible se trouvait aux portes de la zone assiégée sous le contrôle des assiégeurs qui la revendirent à plus de \$100 le kilo<sup>35</sup>. Compte tenu des cas galopants de décès liés à une épidémie de malnutrition aiguë, certaines organisations humanitaires décidèrent d'acheter plusieurs centaines de kilos malgré le prix exorbitant, ce qui – au final – n'empêchera pas les personnes les plus affectées par l'épidémie de mourir de faim.

En marge d'un possible déséquilibre entre les risques encourus et le résultat humanitaire effectif, sous-estimer l'impact psychologique des dilemmes d'approvisionnement, c'est exposer de manière certaine les équipes logistiques en charge du support à un stress post traumatique important.

### 5.3 Transparence opérationnelle et rigueur professionnelle

Faire du hors-norme ne veut pas dire faire n'importe quoi. Pour répondre aux contraintes spécifiques du contexte syrien, les agences humanitaires et les réseaux médicaux actifs dans les zones assiégées ont dû

<sup>33</sup> Voir rapport FIC, février 2015 – *Breaking the Hourglass: Partnerships in Remote Management Settings—The Cases of Syria and Iraqi Kurdistan* - [http://fic.tufts.edu/assets/Breaking-the-Hourglass\\_Syria\\_Iraqi-Kurdistan.pdf](http://fic.tufts.edu/assets/Breaking-the-Hourglass_Syria_Iraqi-Kurdistan.pdf)

<sup>34</sup> En plus du pourtour de la zone de Madaya, les assiégeurs mineront également les terrains agricoles de cette zone durant l'été 2015

<sup>35</sup> Au pic de la famine, en janvier 2016, ce prix sera multiplié par trois

réinventer une logistique adaptée aux conditions opératoires et s’astreindre à une discipline d’intervention rarement atteinte dans d’autres contextes. Parmi ces outils, figurent en premier lieu les systèmes de traçabilité et suivi des transports pour garantir le bon acheminement des marchandises en zones assiégées. C’est grâce à ce type d’outils de gestion que la plupart des organisations engagées dans ces opérations à risques sont capables de démontrer leur efficacité par un faible taux de perte dans leur chaîne d’approvisionnement.

Certaines agences ont développé des politiques internes de partage des risques en collaboration avec leurs bailleurs les plus importants. En décidant ensemble des mesures visant à réduire ces risques, le financement des programmes de support en Syrie se fait de manière consciente et assumée par le bailleur et ses partenaires. Pour satisfaire à ces exigences de transparence bien supérieures à d’autres types d’opérations humanitaires, un important travail d’information et de rapport fut mis en place par les organisations de support en Syrie. Un niveau élevé de transparence doit en effet être atteint par les équipes de support pour qu’elles puissent justifier leurs prises de risques importantes et convaincre tant en interne qu’en externe de la plus-value de leurs programmes de support. Si – comme expliqué plus haut – les organisations qui évoluent dans des crises complexes doivent s’inscrire dans une dynamique de décentralisation des décisions stratégiques, elles doivent en contrepartie garantir une centralisation de l’information pour un potentiel retour d’expérience (RETEX).



## 6- CONCLUSIONS

La guerre en Syrie, sa violence conjuguée à l'incapacité de la communauté internationale à en diminuer les effets catastrophiques, ont transformé en profondeur les principes humanitaires et les modes opératoires habituels des organisations qui tentent d'apporter une assistance aux victimes.

Il y a plus de 150 ans, Henri Dunant posaient les jalons de l'intervention humanitaire qui reposent sur trois principes fondateurs qui étaient à cette époque novateurs :

- les victimes d'un conflit n'appartiennent plus à un camp, elles sont neutres et il faut également être neutre pour les secourir ;
- L'organisation des secours doit être permanente pour se préparer à l'imprévisible ;
- Il faut un droit humanitaire dans la guerre, quand ne règnent que la violence et la guerre<sup>36</sup>.

En ce qui concerne le contexte syrien, ces principes ne sont tous simplement pas applicables. La prise en charge de la plupart des blessés de guerre est faite, non pas par des organisations humanitaires, mais par des médecins, infirmiers et autres personnels soignants qui ne sont pas neutres. D'autre part, la grande majorité des structures de santé situées dans les zones assiégées – comme un peu partout dans les zones de l'opposition - ne souhaitent pas être identifiées par un emblème visible de peur d'être bombardées. Sans identification marquée, ces structures de santé ne sont pas protégées par les conventions de Genève.

L'assistance médicale ainsi apportée tous les jours à des milliers de victimes n'est pas reconnue comme une action humanitaire mais plutôt comme de l'activisme qui ne serait pas digne de confiance car nourrie par une démarche partisane. Cette perception est issue d'un déni de la réalité opératoire des organisations humanitaires internationales qui opèrent généralement en zones de guerre avec environ 80% de personnel national mais revendiquent néanmoins une image de neutralité et d'impartialité.

Ce manque de considération à l'égard de l'action humanitaire des syriens, y compris des équipes médicales, est également frappant quand il s'agit de dénoncer les violations massives et répétées du droit international humanitaire en Syrie. En octobre 2015 à Douma, un médecin hurlait au crime de guerre après le bombardement de l'hôpital où il opère<sup>37</sup>, mais son appel n'eut que très peu d'écho dans les hautes sphères internationales. Ce cri de révolte, face au massacre dont il était le témoin, provenait en effet d'un médecin syrien dont le jugement est considéré de facto comme biaisé. Mais quand – au même moment – MSF dénonce un possible crime de guerre perpétré à la suite du bombardement par les forces US de son hôpital traumatologique de Kunduz en Afghanistan, la pression notamment médiatique fut largement plus conséquente ; celle-ci força en effet le président Obama à présenter des excuses auprès de l'organisation médicale.

*Jeune fille dans une salle d'urgence d'un hôpital improvisé de Douma, mai 2015 (Photo Abd Doumany)*



Fort de ce constat, on peut se demander si le respect à la lettre des principes humanitaires ne va pas parfois à l'encontre des causes que ces principes défendent. En effet, si les activités de support médical en zones assiégées n'ont certainement pas respecté à la lettre les principes humanitaires, elles ont néanmoins réussi à procurer chaque jour un accès aux soins à des milliers de personnes et éviter que le bilan effroyable de cette guerre ne s'alourdisse davantage. Ce support apporté à des populations considérées bien maladroitement comme « difficilement atteignables » n'est rendu

<sup>36</sup> JC Ruffin, *L'aventure humanitaire*, Paris, Découvertes Gallimart, 1994

<sup>37</sup> Le bombardement de l'hôpital de Douma et, le lendemain, celui du marché de cette banlieue assiégée à l'Est de Damas tuèrent près de 70 personnes et blessa 550 autres

possible que par l'incroyable détermination et abnégation de certains logisticiens qui tentent de briser les stratégies de siège afin d'acheminer le matériel médical en zones assiégées au risque de leur vie.

Cet article leur est dédié ainsi qu'à tous les logisticiens qui se sont fait arrêtés ou qui ont péri dans l'exercice de leur fonction.

*Pierre Boulet-Desbareau*  
*Expert humanitaire*

*Juin 2016*