



**“MON MÉDECIN M’A
DIT QUE MA SEULE
CHANCE ÉTAIT
D’ALLER À
L’ÉTRANGER”**

**DROIT AU SÉJOUR ET
PROBLÉMATIQUES
DE SANTÉ DES
RESSORTISSANTS
GÉORGIENS**

2022

CLINIQUE DE DROIT

LÉA MELTZ
ISABELLA BARJON

Sommaire

Remerciements	3
Acronymes	4
Tableaux et graphiques	5
Conclusions principales	6
Introduction	7
Méthode	9
Etat des lieux du droit à la santé en Géorgie : Disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité des soins	12
Disponibilité : des soins généralement disponibles mais des barrières d'accès	12
Des barrières d'accès aux soins	13
2.1. Abordabilité et barrières financières d'accès aux soins	13
2.1.1. Un système de santé privé régi par une logique de marché	13
2.1.2. Des assurances insuffisantes pour couvrir l'ensemble des frais médicaux	14
2.1.2.1 Le développement du système d'assurance depuis 2007	14
2.1.2.2 Un système insuffisant, de nombreux frais demeurant à charge des patients	16
2.1.3. Le poids du coût des traitements: Industrie pharmaceutique, compagnies d'assurances et prix des médicaments	19
2.1.4. Conclusion : Des soins inabordables	22
2.2. Accessibilité physique	23
2.3 Accessibilité de l'information	26
2.4. Discrimination face à l'accès aux soins	27
Qualité et acceptabilité des soins	30
3.1. Sentiment de méfiance envers le système de soins	30
3.2. Traitements symptomatiques et prescription excessive et parfois injustifiée de médicaments	31
3.3. Des erreurs de diagnostic fréquentes, et suspicions de fautes médicales de la part des patient entretenus	32
3.4. Formation et salaires des médecins	33
3.5. Communication entre les professionnels de santé et les patients	35
Les barrières d'accès à la régularité et au séjour en France : Recommandations pour la promotion d'un droit effectif à la santé pour les ressortissants géorgiens et pour une approche intersectorielle et internationale du soin	38
Le droit à la santé des ressortissants étrangers en France	38
Des barrières d'accès aux traitements qui ne semblent pas être prises en compte lors des décisions d'octroi ou refus de délivrance d'un titre de séjour pour soin	40
2.1. Les failles dans l'évaluation des demandes de titre de séjour pour soin	40
2.1.1 La probabilité d'une rupture des soins	40
2.2.2 Manque de transparence dans l'évaluation des demandes	41
2.2. Conséquences du refus pour les ressortissants géorgiens malades	42
2.2.1 Absence de la protection sociale	43
2.2.2 Dégradation de la santé mentale	43
Recommandations	45

3.1. Approche multidimensionnelle du droit à la santé dans l'évaluation de TSPS	45
3.2. Renforcer la coopération internationale	45
3.2.1. Pour l'évaluation de la disponibilité et de l'accessibilité de traitements	45
3.2.2. Pour un meilleur accompagnement des déboutés du droit d'asile et des malades n'ayant pas obtenus de titre de séjour pour soin : l'exemple de la procédure de retour volontaire médicalisé	46
3.2.3. Pour une meilleure allocation des finances publiques	47
Conclusion	49
Références	50
Annexes	52
Annexe 1. Extrait de la retranscription de l'entretien réalisé avec Tiko Tsomaia, Tbilissi, 2 février 2022.	52
Annexe 2. Extrait de la retranscription de l'entretien réalisé avec Gigla Agulashvili. Tbilissi, 30 janvier 2022.	54

Remerciements

Nous tenons à remercier l'ensemble des personnes qui ont collaboré à l'élaboration de ce projet et à la construction de ce rapport.

En particulier, nous souhaitons remercier Kristina, la tutrice du projet, et Sylvain, qui nous ont apporté leur expertise et leur soutien tout au long du projet.

Nous voudrions également adresser de chaleureux remerciements à Annabella, Mamuka, Adrien et l'ensemble de l'équipe d'Habitat-Cité, ainsi qu'à nos professeurs Camille et Nicolas, à Zina et l'équipe de la Clinique de droit de Sciences Po

Enfin, nous tenons à exprimer notre reconnaissance à l'ensemble des personnes entretenues en permanence juridiques à Habitat-Cité, rencontrées en Géorgie, ou interrogées sur les expériences et expertise, sans qui ce rapport n'aurait pu voir le jour : Adrien, Noémie et Kata, Marina, Irina, Daniel et Aurélie.

Acronymes

TSPS : Titre de séjour pour soin

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OIM : Organisation Mondiale pour les Migrations

OFII : Office Français de l'Immigration et Intégration

PUSS : Programme Universel de Soins de Santé (Universal Health Care Program)

AME : Aide Médicale d'Etat

CSS : Couverture de Soins de Santé

OQTF : Obligation de Quitter le Territoire Français

IRTF : Interdiction de Retour sur le Territoire Français

VIH : Le virus de l'immunodéficience humaine

VHC : Le virus de l'Hépatite C

Tableaux et graphiques

Figure 1 : Catégories de personnes bénéficiant du Programme Universel de Soins de Santé (PUSS) en 2020.

Figure 2 : Part des ménages victimes de "paiements de poche catastrophiques".

Figure 3 : Part des ménages exposés à un risque d'appauvrissement suite à des dépenses de santé entre 2010 et 2018

Figure 4 : Incidence de dépenses de santé catastrophiques (supérieures à 40% du pouvoir d'achat des ménages), et des paiements à charge des patients, relativement aux dépenses totales de santé en Europe

Figure 5 : Un marché des soins hautement concentré.

Figure 6 : Dépenses à charge des patients par an et par type de soin (approximation).

Conclusions principales

- **La disponibilité d'un grand nombre de traitements en Géorgie est à nuancer face aux barrières liées à l'accessibilité, la qualité et l'acceptabilité des soins.**
- **Certains traitements demeurent indisponibles en Géorgie** : greffes, changements de sexe. D'autres demeurent encore peu développés : oncologie, pathologie rénale, VIH, santé mentale.
- **Certains traitements demeurent inabordables.** Bien qu'un système d'assurance existe, il ne suffit pas à assurer l'accessibilité financière des soins pour tous. En raison d'un système de co-paiement, et de remboursements plafonnés, une part plus ou moins importante des dépenses de santé reste à la charge des patients.
- **Des discriminations limitent l'accès aux soins** notamment, pour les personnes en situation de handicap, les personnes LGBT+, les minorités ethniques, les femmes (notamment pour ce qui touche à la santé sexuelle).
- **Une méfiance envers les médecins et le système de santé est exprimée par la totalité des personnes rencontrées.** Les pistes explicatives sont le caractère privé du système de santé, les suspicions de corruption à l'encontre des prestataires de soins, un traitement symptomatique et une tendance à la prescription excessive de médicaments coûteux, et parfois inappropriés, ainsi qu'une relation patient-médecin parfois dégradée.
- **Les barrières d'accessibilité et les inégalités quant à la qualité des soins ne semblent pas suffisamment prises en compte lors de l'évaluation des demandes de titre de séjour pour soin en France.**

Introduction

Ce rapport s'inscrit dans la continuité du projet "droit au séjour et problématiques de santé des ressortissants géorgiens", initié en 2020 dans le cadre du partenariat entre l'association Habitat-Cité et la clinique juridique de Sciences Po. Il vise à décrire le système de santé géorgien, en apportant une attention particulière aux critères de disponibilité, d'accessibilité et de qualité des soins. Les informations qu'il recense, et constats qu'il établit ont pour objectif de renseigner les administrations, associations et personnes travaillant avec les Géorgiens en situation irrégulière en France sur l'état du droit à la santé en Géorgie. Ainsi, il vise à alimenter le plaidoyer pour un respect effectif des droits fondamentaux des personnes en migration, en particulier du droit à la santé, à la vie et à la dignité humaine.

En effet, depuis 2018, la France a reçu sur son territoire un nombre accru de personnes géorgiennes, plaçant la Géorgie au rang de troisième pays de provenance des demandeurs d'asile cette année¹. Parmi ces personnes, beaucoup de malades dans l'impossibilité de se soigner convenablement en Géorgie espèrent bénéficier de soins en France par le biais de la procédure "étranger malade". La France n'est cependant pas la première destination des Géorgiens malades, qui se tournent principalement vers la Turquie, Israël ou des pays européens plus proches². Le droit français garantit en principe le droit au séjour régulier, par le biais du "titre de séjour pour soin", pour les étrangers malades pour qui le retour impliquerait une dégradation importante de l'état de santé. L'Office français de l'immigration et d'intégration (OFII) est l'organisme compétent pour l'étude des demandes de titre de séjour pour soin. L'OFII prend officiellement en compte dans l'avis médical d'octroi ou de refus de titre de séjour pour soin la capacité du malade à voyager, la gravité de l'état de santé de ce dernier et la possibilité ou non de bénéficier d'un traitement dans le pays d'origine. Depuis les dernières années, l'association Habitat-Cité constate un nombre important de refus des demandes de titres de séjour pour soins des malades géorgiens, sous prétexte que les soins seraient accessibles en Géorgie, un postulat que les témoignages et expériences des patients géorgiens accompagnés par Habitat-Cité viennent contredire.

Un premier rapport publié en 2021 apporte un éclairage sur la situation sanitaire en Géorgie, le parcours migratoire des Géorgiens et les garanties juridiques protégeant le droit à la santé de ces derniers en France³. Ce second rapport vise à compléter les premiers constats établis l'an dernier, d'une expérience empirique de terrain. Plus précisément, il s'agit de comprendre le décalage entre le discours de l'administration française sur l'accessibilité des soins en Géorgie, et le discours des malades Géorgiens, en mobilisant l'expérience et l'expertise d'acteurs locaux sur la question des soins en Géorgie.

Du 28 janvier au 6 février 2022, Habitat-Cité (en partenariat avec Sciences Po) a ainsi mené une enquête de terrain en Géorgie afin de rendre compte du point de vue et de l'expérience des différents acteurs du système de santé. Des entretiens ont été réalisés, à Tbilissi, Batumi et dans la région de Kakhétie, avec des patients, des proches de patients, des membres du tissu associatif, des membres des administrations publiques géorgiennes, des prestataires de soins (privés et publics), des experts des questions de santé.

Le rapport est l'aboutissement de ce travail de recherche terrain, alimenté d'entretiens réalisés en France, et de la revue de littérature scientifique et académique. Dans une première

¹Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides. *Rapport d'Activité 2018*. 2019

² Entretien avec un ancien ministre géorgien. Tbilissi. Janvier 2022.

³ Noémie Bruyère, Kata Egyed. *Droit au séjour et problématiques de santé des ressortissants géorgiens*. 2021. Habitat Cité.

partie, il dresse un état des lieux du droit à la santé en Géorgie, en se concentrant sur les critères de disponibilité, de qualité et d'accessibilité des soins. Dans une seconde partie, il s'attache à l'étude des pratiques administratives françaises à l'égard des ressortissants géorgiens malades, et propose une série de recommandations pour garantir effectivement les droits fondamentaux à la vie et à la santé des malades géorgiens, tout au long de leur parcours migratoire.



Photo 1 Tbilissi. Février 2022.

Méthode

L'Équipe

L'équipe est constituée de Kristina Gancárová, tutrice du projet et membre de l'association Habitat-Cité ; Sylvain Salzgeber, un médecin généraliste spécialisé dans la santé préventive et maternelle et pédiatrique ; Isabella Barjon et Léa Meltz, étudiantes en droits humains.

Agenda

Cette enquête a débuté en septembre 2021 et s'est déroulée en plusieurs étapes. Une première phase d'introduction au projet et de recueil de premières observations lors de permanences juridiques à Habitat-Cité, s'est déroulée de septembre à janvier. Dès novembre, nous avons commencé à préparer notre séjour en Géorgie en cartographiant les acteurs et en prenant contact avec des acteurs locaux du secteur de la santé. Dès fin décembre, nous avons commencé les entretiens par visioconférence, afin de nous présenter et d'établir une liste de rendez-vous pour la mission de terrain qui s'est déroulée début février 2022.

Outils qualitatifs : entretiens individuels

Pour cette enquête, nous avons récolté 41 entretiens avec des acteurs divers et variés, dans des lieux contrastés et dans des langues différentes. En France, la majorité de nos entretiens ont été consacrés au recueil de l'expérience et des perceptions des personnes géorgiennes lors des permanences administratives réalisées dans les locaux d'Habitat-Cité, à Pantin. Ces témoignages de personnes géorgiennes ayant déjà migré pour des raisons médicales constituent une source d'information importante et cruciale à notre enquête, et à la compréhension des facteurs d'émigration pour les Géorgiens. Ces entretiens ont également permis de comparer le traitement médical des malades en France et en Géorgie. Pour le déroulement de ces entretiens, nous avons créé une liste de questions et protocoles - pas toujours évidents à suivre à cause du mouvement dans le local et le temps limité de ce public. Les entretiens se sont le plus souvent réalisés en géorgien, grâce à un traducteur (un bénévole de l'association). Quand il n'était pas là, les entretiens se déroulaient en russe et Kristina faisait office d'interprète. Notre posture de bénévoles d'association inspirait souvent la confiance et l'honnêteté de ces personnes. Cependant, certains ont eu besoin d'être rassurés sur notre identité avant de parler, avant de nous livrer des histoires intimes et personnelles. Pour cette raison, nous avons décidé de ne pas enregistrer ces entretiens afin de ne pas provoquer de l'hostilité ou de la méfiance à notre égard.

En Géorgie, les entretiens se sont déroulés à Tbilissi, à Koutaïssi dans la région de Kakhétie. La plus grande partie s'est faite à Tbilissi, où la majorité des structures de soins sont concentrées. Le plus souvent nous avons fait le choix de laisser les personnes choisir le lieu de l'entretien. Les lieux des entretiens ont été variés, parfois bruyants ou très calmes : des bureaux d'administration, des salles de conférence ou de réunion, des restaurants, un bar, un appartement. Pour les acteurs russophones, Kristina faisait la traduction, les entretiens étaient assez fluides. L'avantage de l'interprétariat est de permettre à l'enquêté de reprendre son souffle et de réfléchir à ce qu'il veut ajouter. Les entretiens en anglais montraient parfois leurs limites mais étaient aussi fluides, surtout quand la personne n'hésitait pas à passer au russe en cas de besoin.

Quant au contenu de l'entretien, nous avons établi une liste de sujets à aborder et un accord sur la personne qui allait diriger l'entretien mais chacun intervenait sur ses domaines d'expertise. Nous avons fait le choix de garder un cadre souple pour les entretiens, laissant les personnes s'exprimer librement. Dans la grande majorité des cas, les personnes enquêtées semblaient avoir préparé en avance ce qu'elles voulaient nous dire. Dans ces cas-là, il était utile de rappeler la neutralité de notre position afin d'encourager des réponses plus honnêtes, et non ce que les personnes pensaient que nous voulions entendre. Nous avons ressenti parfois de la part des membres de la direction des structures de santé, une volonté de nous impressionner, qui s'atténuait au fur et à mesure de l'entretien et quand nous précisions notre posture de chercheurs neutres. Dans d'autres cas, certaines personnes déçues du système de santé se réjouissaient d'avoir un espace de parole pour adresser ces questions.

Nous avons fait le choix de ne pas enregistrer tous les entretiens. En personne, avec certains officiels, cela aurait pu renforcer le "filtre diplomatique" qui restreint la parole. L'enregistreur était parfois intimidant et lorsque nous le coupions, certaines personnes parlaient plus librement. Certaines personnes changeaient légèrement de position face au système de santé une fois l'enregistreur coupé et se montraient souvent plus critiques "en off". À de rares occasions, l'enregistreur s'est fait oublier notamment dans des contextes plus "informels". Virtuellement, presque tous les entretiens par visioconférence ou par téléphone n'ont pas été enregistrés. Le format zoom crée une certaine distance avec les interviewés et l'espace virtuel laissait moins d'espace aux conversations à caractère plus informel ou anecdotique. Une des personnes interrogées avait dans un premier temps refusé de nous parler, de peur de perdre son poste de fonctionnaire en milieu scolaire, puis a accepté lorsque nous lui avons exprimé à nouveau notre absence de lien avec le gouvernement, et la possibilité d'anonymat pour son entretien.

Observations

Le logement lors de la mission a permis une immersion presque complète dans la culture géorgienne. À Koutaïssi, nous avons logé chez l'habitant et à Tbilissi, dans une chambre d'hôte. Ceci nous a permis de rencontrer des personnes géorgiennes et étrangères sur place et de mieux comprendre les différentes conditions de vie et les réalités du pays. Nous avons perçu que l'accès à la santé était un sujet pesant et cette mission a été chargée d'émotions. Parfois, nous avons été confrontés à de la tristesse (et souvent du deuil), un sentiment d'impuissance mais aussi de l'espoir.

Enfin, cette enquête nous a amené à faire un travail de recherche bibliographique important. Au fil des mois, nous avons constitué un corpus de rapports, d'ouvrages, d'enquêtes scientifiques. Il nous était également important d'utiliser des sources géorgiennes, ainsi nous demandions à nos participants de nous communiquer : des statistiques nationales, des articles de journalistes d'investigations géorgiens, des revues scientifiques... Nous avons enfin fait usage des outils mis à notre disposition par la Clinique de Droit de Sciences Po : un enseignement approfondi sur les droits et les obligations des étrangers, des conférences académiques et un personnel administratif toujours disposé à nous soutenir.

Limites

Ce projet nous a imposé certaines contraintes matérielles. En effet, le délai limité pour mener à bien cette enquête nous a obligé à resserrer notre champ de recherche. Il a été malheureusement impossible d'avoir une approche comparative en matière de santé avec les autres pays de la région du Caucase, notamment la relation de la Géorgie avec l'Azerbaïdjan et l'Arménie et la Turquie. Aussi, il y a eu une barrière de langue en réalisant ce projet car

seule Kristina parlait russe et aucun d'entre nous ne parle le géorgien. Même si des bénévoles d'Habitat-Cité ont traduit des entretiens et des documents du géorgien vers le français ou le russe pour nous aider, une partie de la revue littéraire a été inaccessible dans cette enquête.

I. État des lieux du droit à la santé en Géorgie : Disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité des soins

1. Disponibilité : des soins généralement disponibles mais des barrières d'accès

La plupart des traitements sont disponibles en Géorgie, bien que leur qualité et accessibilité varie, (ce qui fera l'objet d'un développement dans une prochaine partie).

Cependant, certains types de soins appropriés au traitement de maladies et conditions spécifiques semblent manquer. En particulier, les secteurs de soins les moins développés en Géorgie sont l'oncologie (le taux de mortalité des patients atteints de cancer augmentant de façon inquiétante dans le pays⁴), le traitement du diabète, du VIH et du VHC, les troubles de santé mentale et l'insuffisance rénale. Ces derniers ont déjà fait l'objet d'un premier état des lieux l'an passé par Habitat-Cité⁵. Les personnes interrogées dans le cadre du projet de recherche actuel confirment le manque de développement de ces secteurs. L'ensemble des personnes interrogées ont également confirmé l'impossibilité d'avoir recours à une greffe, procédure très peu développée, voire inexistante en Géorgie. Il n'existe aucune structure publique de banque d'organes, les patients ont la charge de trouver un donneur. La Clinique privée de Kakhétie-Yonne affirme que même si les services ambulatoires et le diagnostic existent en Géorgie, il est impossible de faire une chirurgie dans la région.⁶ Une autre oncologue nous a confirmé que la greffe de reins n'existe pas en Géorgie, même si l'on parvient à trouver son propre donneur.⁷ D'autres soins font l'objet de traitements inappropriés. C'est notamment le cas de certaines formes de handicap physique et mental, pour lesquelles peu de professionnels spécialisés existent. Pour les personnes Trans, il est difficile d'avoir recours à une opération de "changement de sexe"⁸.

⁴Institute for Development of Freedom of Information (IDFI). Access to Oncology Treatment in Georgia. 30 November 2020. https://idfi.ge/en/availability_of_oncology_treatment_in_georgia

⁵ Voir Noémie Bruère et Kata Eged. Droit au séjour et problématiques de santé des ressortissants géorgiens. 2021. Habitat Cité.

⁶ Entretien avec la Clinique Kakhétie-Yonne. Gurjaani. Février 2022.

⁷ Entretien avec une oncologue. Kutaisi. Février 2022

⁸ HEPA Plus. *Research on transgender needs Tbilisi*. 2018

2. Des barrières d'accès aux soins

Les traitements disponibles en Géorgie ne sont pas accessibles de façon égalitaire et plusieurs obstacles compromettent la capacité des malades à bénéficier effectivement de soins appropriés. “L’accessibilité” est un élément essentiel du droit à la santé, consacré dans plusieurs textes du droit international. D’après le comité des droits économiques sociaux et culturels⁹, l’accessibilité du droit à la santé repose sur quatre dimensions : l’accessibilité économique ou “abordabilité”, l’accessibilité physique, l’accessibilité de l’information et l’absence de discrimination. En d’autres termes, la disponibilité d’un traitement ou d’une structure de soin ne suffit pas pour garantir le droit à la santé des Géorgiens. Les soins doivent être à la portée physique comme financière de l’ensemble des personnes, sans discrimination. Ainsi, dans cette partie, nous entendons dresser un état des lieux des barrières d’accès qui limitent l’accès effectif aux soins pour les malades Géorgiens.

2.1. Abordabilité et barrières financières d'accès aux soins

2.1.1. Un système de santé privé régi par une logique de marché

Le système de santé géorgien est un système majoritairement privé et régi par une logique marchande. Au lendemain de la chute de l’URSS, la Géorgie nouvellement indépendante a transitionné rapidement “d’une économie centralisée et planifiée à une économie de marché”¹⁰. Le secteur de la santé n’a pas échappé à cette impulsion et les dépenses de santé publique ont chuté drastiquement dans les années 1990. Dans le même temps, la crise économique, la hausse du chômage, la guerre civile (1992-1995) et une série de bouleversements politiques ont affecté le système de santé et sa capacité à répondre aux besoins d’une population appauvrie¹¹. En 2003, la “révolution des roses” aboutit à la démission du Président Edouard Chevardnadze, qui gouvernait le pays depuis 1992 et était accusé de corruption. Le nouveau Président, Mikhaïl Saakashvili et son gouvernement poursuivent et accélèrent la tendance à la libéralisation et à la privatisation d’un grand nombre de secteurs de la société géorgienne, y compris la santé. En 2004, le gouvernement annonce un plan directeur sur les soins de santé primaire pour 2004-2006, financé en partie par la Banque Mondiale, l’Union Européenne et le Royaume-Uni. L’objectif est de fournir un accès universel aux services médicaux primaires, de former le personnel médical à la santé primaire et de restaurer les anciennes structures de santé. Le système de santé se caractérise alors comme “un mélange entre un système post-soviétique de soins de santé centralisés et financés par l’État” et un système privatisé en développement, profitant aux citoyens les plus aisés¹².

Cependant, en 2006, le gouvernement estime que ce plan est trop ambitieux et trop coûteux, et la privatisation - qui avait déjà commencé depuis les années 90 notamment pour les soins dentaires, les pharmacies, certains hôpitaux et certaines cliniques de santé publique -

⁹ Comité des Droits Économiques, Sociaux et Culturels. *Observation Générale No. 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels)*. 2000. Conseil Economique et Social des Nations Unies.

¹⁰ OXFAM. *Health-Care Reform in Georgia, A Civil-Society Perspective: Country Case Study*. 2009. Oxfam International Research Report.

¹¹ Kate Schecter. “The Privatization of the Georgian Healthcare System”. 2011. *Anthropology of East Europe Review* 29(1).

¹² Kate Schecter. “The Privatization of the Georgian Healthcare System”. 2011. *Anthropology of East Europe Review* 29(1).

prend un nouveau tournant en 2007. Le gouvernement considérait que la privatisation des services publics était une condition nécessaire au succès des réformes du système de santé, ainsi qu'un moyen de dépasser les contraintes financières du modèle public¹³. Un travailleur de l'administration géorgienne déclarait à cet égard en avril 2008 "le système de santé financé par l'État a échoué pendant tellement d'années. Maintenant, c'est au marché de résoudre les problèmes"¹⁴. Ainsi, en janvier 2007, la privatisation du système de santé se renforce et s'accélère alors que le gouvernement annonce un nouveau plan d'action sur trois ans. L'objectif du gouvernement est alors d'assurer la qualité et l'accessibilité des soins en misant sur l'introduction d'un système d'hôpitaux privés et de structures de santé primaires privées. Dès lors, un "plan directeur des hôpitaux" prévoit la privatisation quasi-complète du secteur hospitalier. Il permet aux investisseurs privés d'acquérir les vieux hôpitaux publics, à condition qu'ils s'engagent à les maintenir comme centres de soins pendant au moins sept ans, après quoi les investisseurs peuvent disposer des terrains et bâtiments à leur guise. L'idée du gouvernement est que les mécanismes de marché compenseront les inefficacités des hôpitaux publics, en particulier les problèmes liés aux coûts, la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des soins, ainsi que les problèmes de corruption¹⁵.

2.1.2. Des assurances insuffisantes pour couvrir l'ensemble des frais médicaux

2.1.2.1 Le développement du système d'assurance depuis 2007

L'élan de privatisation accéléré en 2007 s'est accompagné du développement, par le gouvernement, d'un système d'assurance publique dont l'objectif était de compenser le prix des traitements pour les personnes les plus pauvres. Un "Programme d'assurance médicale" prend dès lors en charge le coût des soins pour les personnes vivant sous le seuil de pauvreté (environ 5% de la population est alors couverte). En 2012, le programme est étendu aux personnes en situation de handicap, aux enfants de moins de 6 ans et aux retraités, sur un principe de co-paiement¹⁶ plafonné. Plus de la moitié de la population ne dispose pas de couverture de santé sous ce régime. Le programme est financé par l'État mais mis en place par le biais de compagnies d'assurance privées.

En 2013, un nouveau plan d'assurance de santé, le "programme universel de soins de santé" (PUSS) est introduit, et administré par une "Agence de Services Sociaux" dépendant du gouvernement. Un "package basique" prévoit le remboursement partiel de certains soins prédéfinis pour l'ensemble des Géorgiens (soins d'urgence notamment et soins ambulatoires planifiés). Depuis son introduction en 2013, le programme universel de soins de santé a connu plusieurs modifications successives. Depuis 2017, les services délivrés par ce programme sont stratifiés selon le revenu et l'appartenance ou non à un "groupe prioritaire"¹⁷.

¹³ "In fact, the government sees privatization of public services as a necessary precondition for successful reform, and for overcoming the constraints of public financing: 'The government has its arguments for choosing this model'. OXFAM. *Health-Care Reform in Georgia, A Civil-Society Perspective: Country Case Study*. 2009. Oxfam International Research Report.

¹⁴ "The government believes that private solutions can deliver the improvements needed in the health-care system. As one official stated: 'The state-funded health system has failed for so many years. Now it is up to the market to resolve the problems.' (1 April 2008)". OXFAM. *Health-Care Reform in Georgia, A Civil-Society Perspective: Country Case Study*. 2009. Oxfam International Research Report.

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ Par "co-paiement" il est entendu que les soins sont que partiellement couverts par le système d'assurance, mais que le patient doit toujours en payer une partie de sa poche

¹⁷ WHO Europe. *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Georgia*. 2021. World Health Organization regional Office for Health Systems Financing.

Le système d'assurance actuel prévoit ainsi 5 catégories de couvertures :

Groupe	Nombre de bénéficiaires	Pourcentage de la population
I) Ménages sous le seuil de pauvreté, professeurs, déplacés internes, enfants en famille d'accueil	515 501	11%
II) Retraités, enfants de moins de 6 ans, étudiants, personnes au statut d'handicapé	1 176 665	25%
III) Vétérans	27 475	1%
IV) Ménages au revenu faible (selon l'échelle d'assistance sociale géorgienne) et mineurs de 6 à 18 ans	573 572	12%
V) Autres personnes, classées selon le revenu mensuel		
a. revenu inférieur à 1000 GEL	1 833 212	39%
b. revenu compris entre 1000 et 40000 GEL	107 491	2%
Total	4 294 510	90%

Figure 1 : Catégories de personnes bénéficiant du Programme Universel de Soins de Santé (PUSS) en 2020. Données du Ministère Géorgien des personnes déplacées des territoires occupés, du travail, de la santé et des affaires sociales, tirées d'un rapport de l'OMS Europe (2021)¹⁸.

Le Programme Universel de soins de Santé initié en 2013 est toujours en vigueur aujourd'hui et fonctionne selon un principe de "co-paiement" et de dépassements d'honoraires, ce qui signifie qu'une part des frais demeure à charge des patients. Les remboursements des soins sont plafonnés. Au-delà d'un certain montant, les patients doivent donc payer de leur poche une partie plus ou moins importante du prix des soins, qui peut varier fortement d'un prestataire à un autre.

Depuis 2017, les personnes dont le revenu annuel dépasse 40 000 GEL (environ 1% de la population) ne sont plus éligibles au PUSS, et sont encouragées à souscrire une assurance privée. Un "package minimal" prend cependant en charge certains soins spécifiques (comme le traitement de la tuberculose par exemple) pour les personnes non éligibles au PUSS. 9% de la population est enregistrée sous un contrat d'assurance privé en 2021¹⁹.

¹⁸ WHO Europe. *Can people afford to pay for health care ? New evidence on financial protection in Georgia.* 2021. World Health Organization regional Office for Health Systems Financing.

¹⁹ *Ibid.*

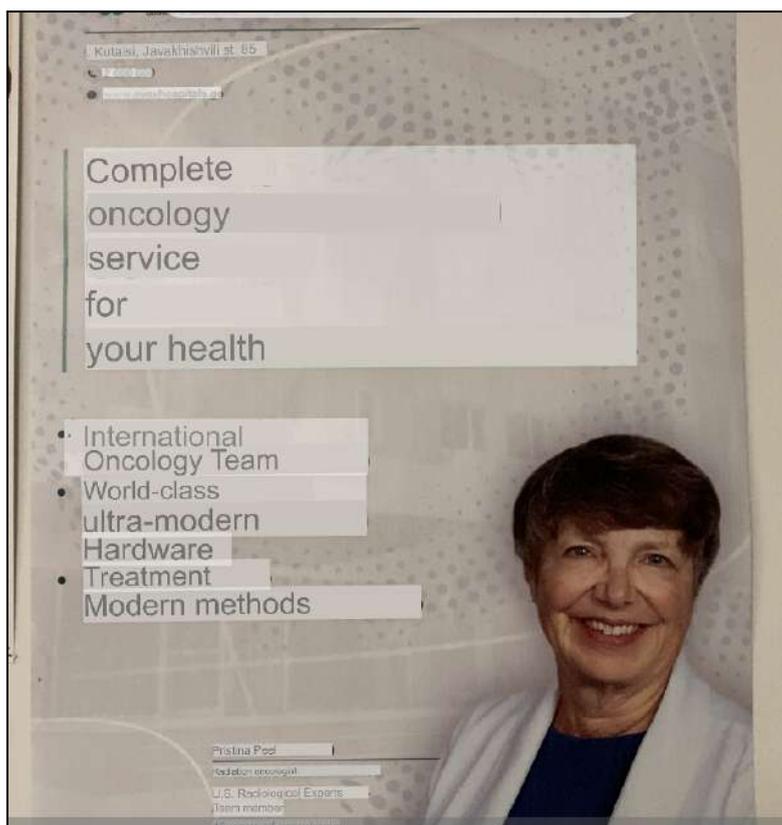


Photo 2 Poster dans un hôpital privé à Koutaïssi. Février 2022.

2.1.2.2 Un système insuffisant, de nombreux frais demeurant à charge des patients

La Géorgie dispose donc d'un système d'assurance d'État visant à promouvoir l'accès aux soins malgré le caractère privé des infrastructures de santé. Cependant, des rapports d'organisations internationales, ainsi que les entretiens réalisés par Habitat-Cité témoignent de l'inefficacité de ce système qui ne suffit pas à garantir l'accessibilité des soins pour tous les malades géorgiens.

Dans un rapport de 2021 l'Organisation Mondiale de la Santé affirme : “bien que les réformes introduites en 2013 aient amélioré l'accès à la santé, les dépenses de santé publique demeurent faibles et des failles persistent dans la couverture des soins”²⁰. En effet, pour la majorité de la population, les remboursements ne couvrent que partiellement le prix des soins et les patients sont tout de même contraints d'en financer une partie de leur poche (système de co-paiement), ce qui peut représenter un coût insurmontable pour un grand nombre de Géorgiens. Certains remboursements sont plafonnés. Par exemple, “l'État ne couvrira pas les services d'une valeur supérieure à 15 000 GEL pour chaque épisode de soins hospitaliers d'urgence, à 15 000 GEL par an pour une opération chirurgicale non urgente ou à 12 000 GEL par an pour un traitement contre le cancer”²¹. Les patients, en plus du co-paiement prévu par le PUSS, doivent également s'affranchir de tout dépassement du plafond établi par l'État.

L'assurance d'État couvre principalement les soins hospitaliers mais offre une couverture limitée pour les soins ambulatoires²². Par exemple, beaucoup de traitements

²⁰“Although reforms introduced since 2013 have improved access to health care and reduced the health system's reliance on out-of-pocket payments, public spending on health remains low and gaps in coverage persist.” *Ibid*.

²¹WHO Europe. *Can people afford to pay for health care ? New evidence on financial protection in Georgia*. 2021. World Health Organization regional Office for Health Systems Financing.

²² Les soins hospitaliers sont les soins administrés à l'hôpital où à l'intérieur d'une clinique dans le cadre d'une hospitalisation. Par opposition, les soins ambulatoires sont tous les soins administrés hors de l'hôpital.

médicamenteux ne sont pas remboursés par l'assurance d'État et ce, même pour les ménages les plus pauvres²³. Si les remboursements des soins par l'assurance d'État sont soumis à un prix plafond, les sommes payées par les patients (co-paiements) ne le sont pas, et de nombreux malades sont donc dans l'incapacité de financer leurs traitements.

Enfin, certains types de soins ne sont absolument pas remboursés tels que les soins de santé mentale, les soins de santé sexuelle (hors soins liés à la grossesse)²⁴, certains services de réhabilitation, les opérations et traitements liés à un changement de sexe...

Pour ce qui est des assurances privées, certaines personnes interrogées confiaient s'être vu refuser le renouvellement de leur contrat d'assurance, suite à la dégradation de leur état de santé. *“Quand mes parents sont devenus trop vieux, la compagnie d'assurance privée a refusé de les assurer ou alors il aurait fallu payer des sommes exorbitantes et nous ne pouvions pas nous le permettre”*²⁵.

Le système d'assurance ne suffit donc pas à assurer l'abordabilité des soins. En conséquence, les dépenses de santé peuvent représenter une charge insurmontable pour de nombreux ménages. L'OMS définit par “paiement de poche catastrophique” les frais de santé à la charge des patients qui représentent plus de 40% du pouvoir d'achat de ces derniers. Ces dépenses “catastrophiques” n'ont cessé de croître depuis la mise en place en 2013 du Programme Universel de Soins de Santé :

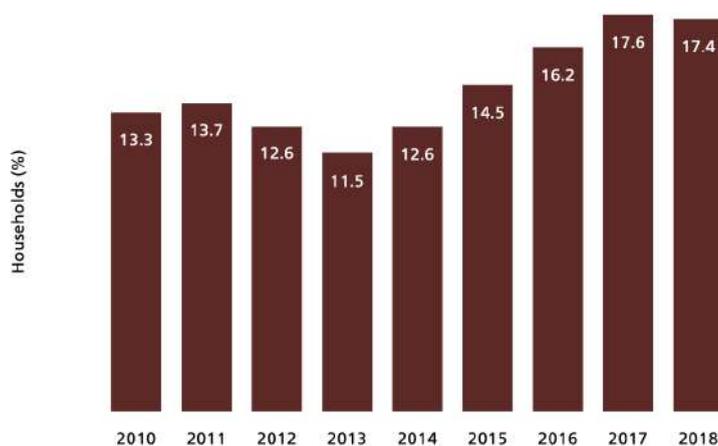


Figure 2 : Part des ménages victimes de "paiements de poche catastrophiques". Données OMS 2021²⁶

²³ “People living below the poverty line (group I) and veterans (group III) are exempt from co-payments for most health services but are not exempt from co-payments for covered outpatient medicines or from the ceiling or balance billing. As a result, although they do not pay formal co-payments for outpatient and inpatient care, they incur out-of-pocket payments through co-payments for UHCP outpatient medicines (a very limited list of around 50 essential medicines) and once they exceed the ceilings for inpatient care or if health care providers charge more than the UHCP tariff in outpatient and inpatient settings.” WHO Europe 2021

²⁴ “Pour les femmes, les questions de santé sexuelle et reproductive couvertes par le programme d'assurance d'Etat sont uniquement les soins liés à la grossesse et l'accouchement. Pour tout autre service gynécologique les femmes doivent payer de leur poche. La pilule contraceptive n'est pas remboursée”. Miteniece, Elina et al. “Barriers to accessing adequate maternal care in Georgia: a qualitative study.” *BMC health services research* vol. 18,1 631. 2018.

²⁵ Entretien réalisé par zoom. Fonctionnaire géorgienne. Janvier 2022

²⁶ WHO Europe. *Can people afford to pay for health care ? New evidence on financial protection in Georgia*. 2021. World Health Organization regional Office for Health Systems Financing. Figure 16.

D'après l'OMS, les paiements catastrophiques touchent particulièrement les 40% les plus pauvres de la population. En Géorgie, les dépenses de santé sont à l'origine d'un appauvrissement pour un nombre croissant de ménages depuis 2013 :

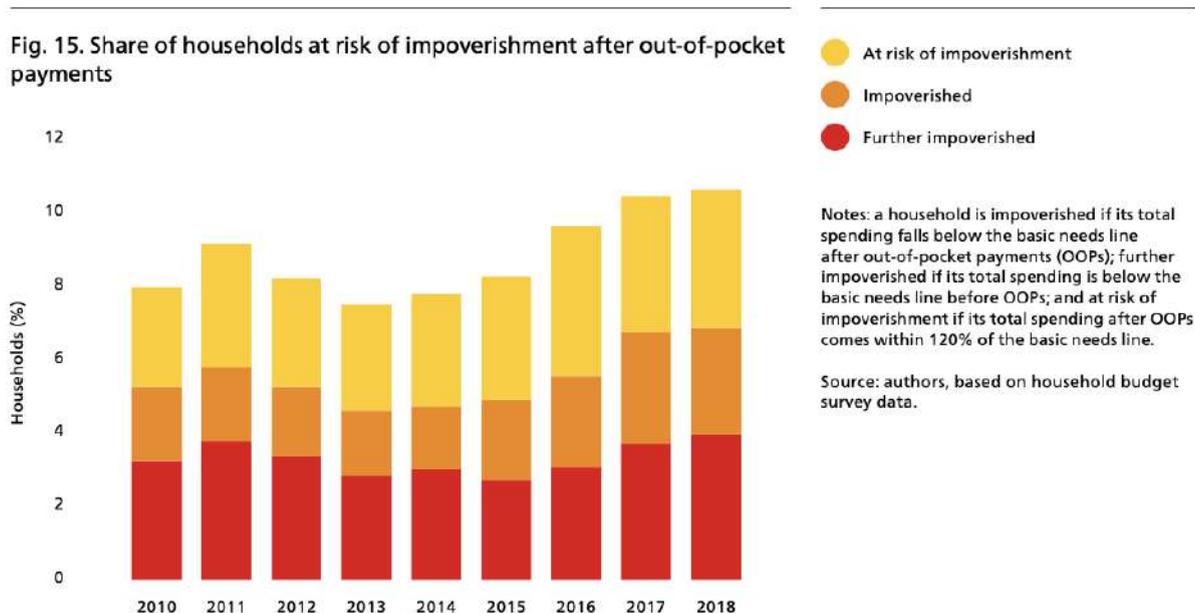


Figure 3 : Part des ménages exposés à un risque d'appauvrissement suite à des dépenses de santé entre 2010 et 2018. Données OMS 2021.

Les dépenses de santé à charge des patients représentaient 48% des dépenses de santé en 2018, un pourcentage bien supérieur à la moyenne européenne (30%).

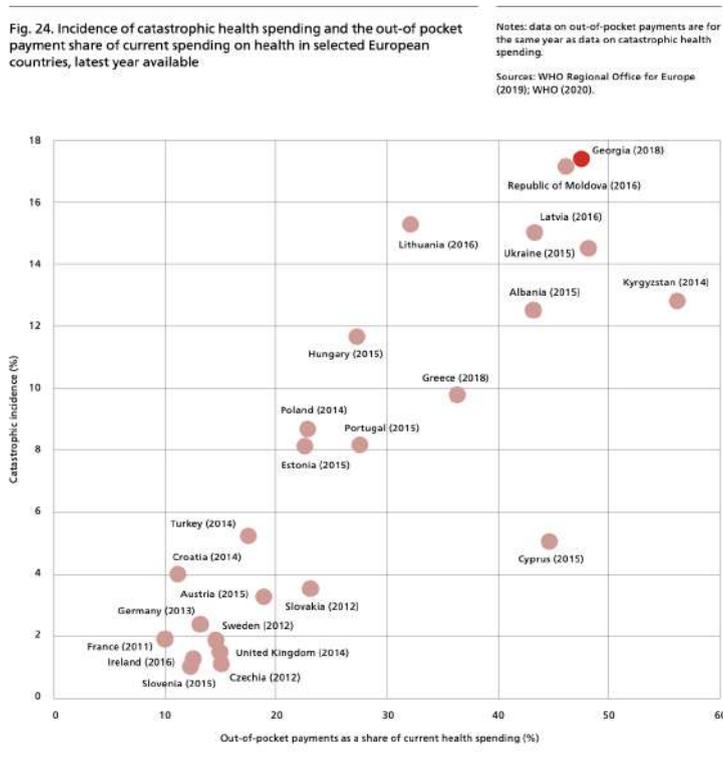


Figure 4 : Incidence de dépenses de santé catastrophiques (supérieures à 40% du pouvoir d'achat des ménages), et des paiements à charge des patients, relativement aux dépenses totales de santé en Europe. Données OMS 2021.

2.1.3. Le poids du coût des traitements : Industrie pharmaceutique, compagnies d'assurances et prix des médicaments

De plus, il semble que la privatisation rapide du système de soin, couplée à des régulations insuffisantes, ait créé les conditions favorables à la mise en place d'un marché imparfait et oligopolistique où les prix des soins sont fixés à la hausse par une poignée d'acteurs privés. Dans un rapport de 2009, OXFAM exprimait des craintes quant à la création d'un oligopole engendré par la privatisation du système : "Puisqu'un environnement réglementaire n'a pas été créé avant la mise en œuvre des réformes, les entreprises intéressées ont pu établir des monopoles dans des domaines particuliers. Les grands hôpitaux publics ont pour la plupart été rachetés par un nombre limité de structures privées, notamment des banques, des sociétés pharmaceutiques et des compagnies d'assurance"²⁷. D'après des entretiens réalisés par Habitat-Cité en février 2022, ce système est perçu par grand nombre de géorgiens comme incitant les praticiens de santé à augmenter le prix des traitements et à multiplier les analyses dans le but de maximiser leur profit, au détriment de la santé et des ressources financières des patients.

"En Géorgie les docteurs ne sont pas des médecins mais des patrons de mafia ou des business man" déclarait une Géorgienne, venue en France dans l'espoir de soigner sa fille malade, lors d'une permanence à Habitat-Cité²⁸.

En particulier, le prix des médicaments est très élevé et représente la plus grande part des dépenses de santé pour les patients, d'autant plus que grand nombre des médicaments ne sont pas couverts, ou que partiellement couverts par l'assurance d'État. Dans un rapport de 2016 sur le marché géorgien des industries pharmaceutiques, Transparency International mettait en garde contre la formation de positions dominantes par certaines grosses compagnies pharmaceutiques, et considérait que l'Agence d'État de régulation des Activités médicales ne disposait pas de ressources suffisantes pour réguler les activités du marché²⁹. Cinq ans plus tard, ces craintes semblent toujours d'actualité. Les trois plus grosses compagnies pharmaceutiques possèdent approximativement 79% du marché. Les mêmes acteurs sont également surreprésentés dans le milieu hospitalier et celui des assurances. Par exemple, la compagnie GHG dispose de 32% du marché des médicaments (ainsi que de 25% de celui des assurances), suivi de PSP (28%) et Aversi (19%) d'après des chiffres de 2022³⁰. Cette structure favorise les abus de position dominante de la part de ces acteurs qui ont le pouvoir de fixer les prix des traitements à la hausse. Selon les personnes interrogées en février 2022, la structure oligopolistique du marché de la santé en Géorgie explique le coût élevé des soins et les écarts de prix avec les pays voisins. Un grand nombre de personnes nous confiait être contraint de chercher des traitements en Turquie, où le prix des traitements est parfois 4 à 5 fois inférieur au prix géorgien. L'ancien ministre Gigla Agulashvili explique la disparité entre les prix des médicaments en Turquie et en Géorgie en ces termes : « *Les médicaments sont dix fois plus cher qu'en Turquie. [...] Par exemple, le même médicament pour les adultes qui est très utilisé pour la tension sanguine coûte 30 lari à Tbilissi et en Turquie 10 lari.* »³¹

²⁷OXFAM. *Health-Care Reform in Georgia, A Civil-Society Perspective: Country Case Study*. 2009. Oxfam International Research Report.

²⁸Entretien réalisé en permanence à Habitat Cité en octobre 2021. Femme Géorgienne dont la fille est devenue handicapée suite à une erreur médicale à la maternité.

²⁹ Transparency International Georgia. *Pharmaceutical market in Georgia*. 2016

³⁰ Georgia healthcare group Website. "Industry and market overview" ([lien](#))

³¹ Extrait de l'entretien à retrouver en Annexe 2.

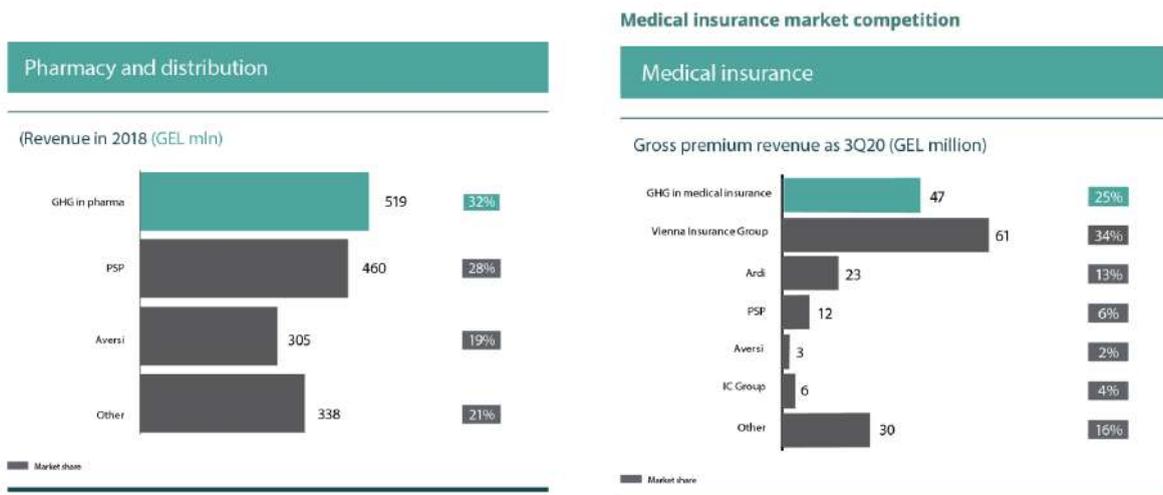


Figure 5: Un marché des soins hautement concentré. Source GHG 2022³²

Cette mainmise de ces quelques industries sur le marché de la santé alimente le manque de confiance de la population envers le système. Ce constat est également corroboré par l’OMS dans son rapport de 2021, selon lequel il existe de fortes incitations pour les prestataires de soins à augmenter leur profit en prescrivant intentionnellement des médicaments et des services non couverts par le système d’assurance d’État³³.



Photo 3 Tbilissi. Février 2022.

Le Président de l’ONG MAC Georgia expliquait : “Les assurances payent les hôpitaux et les cliniques en fonction du nombre de jours durant lesquels ils gardent un patient, et ils ont intérêt à effectuer beaucoup d’interventions pour accroître leur profit car

³² Georgia healthcare group Website. “Industry and market overview” ([lien](#))

³³ “There are strong incentives for providers to increase revenue by prescribing brand-name medicines and services that are not covered by the Universal Health Care Programme”. WHO Europe 2021

elles seront ensuite financées par l'État, peu importe si vous n'avez pas besoin de ces interventions !"³⁴

De plus, selon une analyse partagée par Transparency International et l'OMS, l'absence de régulations fortes et la structure du marché encouragent la polypragmasie (prescription excessive de médicaments), et favorisent une approche symptomatique (traiter individuellement chaque symptôme) plutôt qu'une approche étiologique (traiter la pathologie à l'origine des symptômes) du soin, ce qui accroît drastiquement le coût pour les malades³⁵.

Plusieurs témoignages concordants soulèvent également l'hypothèse d'ententes entre certains praticiens qui orienteraient volontairement leurs patients chez un confrère et toucheraient ensuite un pourcentage du prix de la consultation.

Ainsi, d'après les données de l'OMS (2021), les médicaments représentent 69% des frais médicaux à charge des patients.

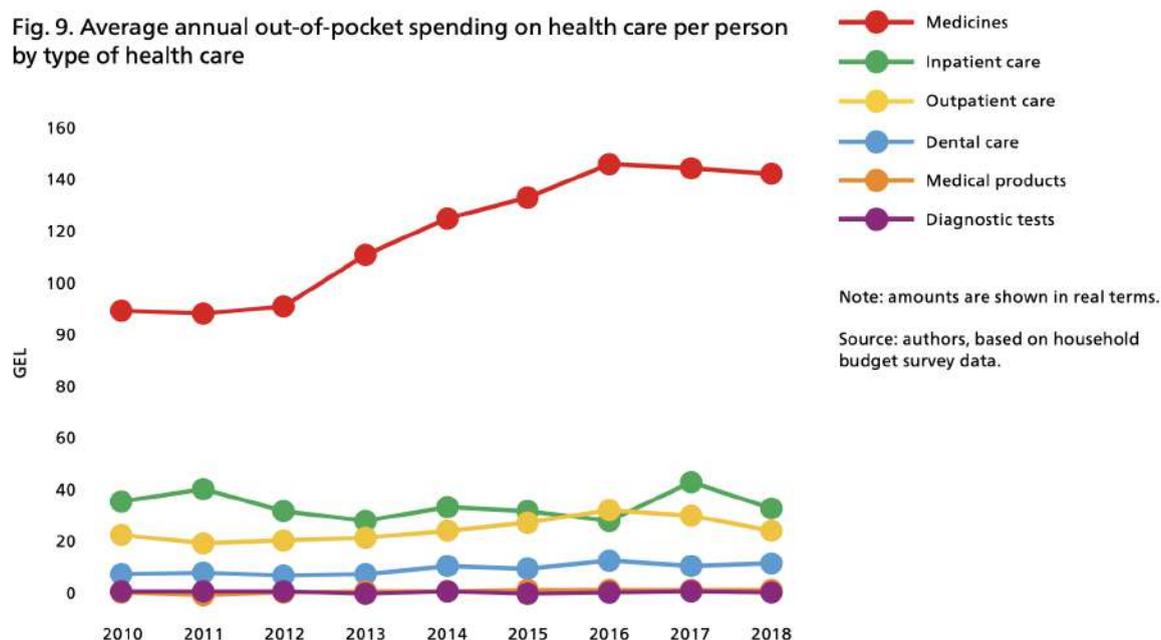


Figure 6 : Dépenses à charge des patients par an et par type de soin (approximation). Source OMS Europe 2021³⁶)

2.1.4. Conclusion : Des soins inabordables

D'après le comité des droits économiques sociaux et culturels³⁷, les services de santé "qu'ils soient fournis par des opérateurs publics ou privés" doivent être financièrement abordables pour tous. "L'équité exige que les ménages les plus pauvres ne soient pas frappés

³⁴ Entretien Mac Georgia. Tbilisi. Février 2022.

³⁵ "The absence of strong regulation of service prices and mechanisms to control service volume, combined with activity-based payment for hospitals, encourages over-treatment and the use of more expensive services, which shifts costs on to households". WHO Europe 2021

³⁶ WHO Europe. *Can people afford to pay for health care ? New evidence on financial protection in Georgia*. 2021. World Health Organization regional Office for Health Systems Financing.

³⁷ Comité des Droits Économiques, Sociaux et Culturels. *Observation Générale No. 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels)*. 2000. Conseil Economique et Social des Nations Unies.

de façon disproportionnée par les dépenses de santé par rapport aux ménages plus aisés.”. Dès lors, il apparaît qu’en raison de la privatisation du système de soin, du caractère oligopolistique du marché de la santé et des failles du système d’assurance, les soins ne soient pas abordables en Géorgie. Cette dimension doit être prise en compte lors de l’évaluation des situations personnelles des malades géorgiens demandeurs d’un titre de séjour pour soin.

En 2021, le bureau Européen de l’Organisation Mondiale de la Santé publiait un rapport intitulé “Can people afford to pay for healthcare in Georgia”³⁸. Selon cette étude : “La Géorgie présente une incidence relativement élevée de dépenses de santé appauvrissantes et catastrophiques³⁹ par rapport aux autres pays d’Europe. Les dépenses catastrophiques sont principalement dues aux paiements directs pour les médicaments en consultation externe, mais aussi pour les soins hospitaliers et ambulatoires. Elles sont fortement concentrées parmi les ménages les plus pauvres”. Ces conclusions sont corroborées par l’ensemble des entretiens que nous avons réalisés en Géorgie, et en permanence juridique à l’association Habitat-Cité. Par exemple, la directrice de la Clinique privée de Kakhétie-Yonne confiait lors d’un entretien réalisé en février 2022 : “C’est trop cher. Les médicaments sont trop chers en Géorgie. C’est toujours un problème pour notre population, pour les gens... Malheureusement les médicaments ne sont pas financés par l’État, sauf pour les maladies chroniques. Chaque jour on attend l’information que l’État va baisser le prix des médicaments, parce que c’est inaccessible pour beaucoup de monde.”⁴⁰



Photo 4 Clinique Kakhétie-Yonne. Février 2022.

³⁸ WHO Europe. *Can people afford to pay for health care ? New evidence on financial protection in Georgia*. 2021. World Health Organization regional Office for Health Systems Financing.

³⁹ dépenses représentant plus de 40% du pouvoir d’achat des malades

⁴⁰ Entretien Clinique Kakhétie-Yonne. Gurjaani. Février 2022.

2.2. Accessibilité physique

L'accessibilité physique suppose que “les installations, biens et services en matière de santé doivent être physiquement accessibles sans danger pour tous les groupes de la population, en particulier les groupes vulnérables ou marginalisés tels que les minorités ethniques et les populations autochtones, les femmes, les enfants, les adolescents, les personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes atteintes du VIH/sida.”⁴¹ En Géorgie les soins sont concentrés dans les villes et en particulier dans la capitale Tbilissi. Certaines zones rurales et les zones montagneuses sont dépourvues de structures de santé suffisantes pour assurer l'accessibilité physique des soins pour leurs habitants. Certains services et équipements ne sont disponibles que dans les grandes villes, voire même uniquement dans la capitale. La qualité et l'acceptabilité des soins dans les zones rurales et montagneuses sont bien inférieures à celles des structures de soins urbaines.



Photo 5 Hôpital privé à Koutaïssi. Février 2022.

Les soins de santé maternelle et infantile, indicateurs de santé publique, offrent une illustration de la disparité géographique de la disponibilité et de la qualité des traitements en Géorgie. L'accès des soins maternels est compromis pour les femmes habitant dans les zones rurales et, en particulier, dans les régions montagneuses, où les infrastructures de soins manquent. “Certains types de services sont indisponibles en cas de besoin; besoin ;

⁴¹ Comité des Droits Économiques, Sociaux et Culturels. *Observation Générale No. 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels)*. 2000. Conseil Economique et Social des Nations Unies.

particulièrement dans les régions rurales où certains services manquent cruellement alors qu'ils pourraient contribuer à résoudre les problèmes d'accessibilité et de qualité des soins. Les ressources humaines sont également un problème" déclarait ainsi une gynécologue de Tbilissi en 2018⁴². De plus, quand ils sont disponibles, la qualité des soins est souvent inférieure dans les régions rurales et isolées par rapport à la capitale. D'après des recherches académiques, "les soins maternels sont plus adéquats et modernes à la capitale que dans les régions rurales"⁴³. Certains services ne sont disponibles qu'à Tbilissi. "Dans la région rurale de Batumi, des services spécifiques de traitement des complications prénatales ne sont pas disponibles. Les femmes doivent se rendre à la ville de Batumi ou à Tbilissi, ce qui implique de longs trajets pour ces dernières"⁴⁴. Les infrastructures de transport sont insuffisantes pour garantir un accès rapide, sécurisé et efficace aux structures de santé les plus proches pour les habitants des régions rurales⁴⁵. Dans un article de 2018, un groupe de chercheurs géorgiens concluent ainsi : "La plupart des décideurs politiques et des professionnels de santé s'accordent sur le fait que les femmes habitant les zones rurales et de hautes montagnes sont plus exposées aux barrières d'accès aux soins et à des soins maternels inadaptés"⁴⁶. Si quelques structures existent, le problème demeure l'accès à des soins adaptés et appropriés de proximité. "Ainsi, les populations rurales ont plus de chances de faire l'expérience de complications liées à la grossesse, et sont contraintes de voyager pour accéder à des soins adaptés". Le ministère de la santé lui-même reconnaît le manque d'infrastructures de santé de proximité et d'infrastructures de transport comme une barrière d'accès aux soins pour les personnes habitant les régions rurales isolées.

Ces obstacles d'accès aux soins sont également illustrés par la situation des personnes en situation de handicap. Dans un entretien réalisé en février 2022, l'association MAC Georgia qui accompagne et plaide pour la situation des personnes handicapées déclarait : "*Un problème majeur est qu'il n'y a pas suffisamment de centres de réhabilitation en Géorgie, la majorité étant concentrés dans les grandes villes et à Tbilissi, mais pas dans les régions. Les enfants handicapés des zones rurales sont contraints de voyager pour avoir accès aux soins, ce qui implique des frais de transport et de logement qui ne sont pas pris en compte par l'assurance d'État et sont à la charge des familles. Ces coûts supplémentaires représentent un réel obstacle à l'accès aux soins*"⁴⁷. Les infrastructures ne sont pas adaptées aux déplacements des personnes en situation de handicap, et ce, même à Tbilissi, car l'architecture et la géographie de la ville en font un espace austère pour les handicapés. Marie-Claire Orset, fondatrice et Présidente de l'association Imedi handicap déclarait à propos de la situation des handicapés dans la région montagneuse de Shuakhevi :

"Concernant la santé en Géorgie, on observe un décalage entre les textes et la réalité : pour ce qui est du handicap, dans les campagnes, il n'y a rien. (...) Lorsque je me rends

⁴² Some kinds of services could be unavailable when needed; especially in rural areas some services are really missing and could contribute to access issues and therefore quality of health care. Human resources are an issue' (IDI, gynecologist, Tbilisi). Miteniece, Elina et al. "Barriers to accessing adequate maternal care in Georgia: a qualitative study." *BMC health services research* vol. 18,1 631. 2018.

⁴³ *Ibid.*

⁴⁴ "In the rural area of Batumi, specific services to manage complicated cases before childbirth are not available according to the participants in our FGDs. For these services, women have to have a journey to Batumi city or even to the capital, Tbilisi, which means a long-distance travel for these women to the very east of Georgia. Participants noted that these necessary services should be available closer to their home. Miteniece, Elina et al. "Barriers to accessing adequate maternal care in Georgia: a qualitative study." *BMC health services research* vol. 18,1 631. 2018.

⁴⁵ "The women in the FGDs indicated that access to maternal care was complicated for women living in rural areas, especially in high-mountain regions, due to large travel distances and a weak transportation infrastructure". *Ibid.*

⁴⁶ *Ibid.*

⁴⁷ Entretien réalisé avec Mac Georgia en février 2022 à Tbilissi

pour la première fois dans la région en 2016, les mères d'enfant handicapés que je rencontre (environ une quinzaine de femmes) me disent toutes sans exception qu'en Géorgie leur enfant est perdu et me demande de l'amener avec moi en France pour qu'il puisse être soigné. La région montagneuse de Shuakhevi est très difficile d'accès. Les routes sont de très mauvaise qualité et souvent enneigées ou inondées. Environ 20 000 habitants habitent la région et sont dispersés dans les montagnes. Il y a un gros problème d'accès aux soins pour ces personnes. Il existe un seul hôpital de campagne à Shuakhevi mais il est très difficile d'accès, et les soins sont de moins bonne qualité qu'en ville. Il y a un grand manque de personnel. Par exemple, il n'y a pas d'anesthésiste dans cet hôpital, donc pour les opérations, il faut faire venir des anesthésistes de Batumi, ce qui pose souvent des problèmes et implique de nombreux reports d'opérations notamment quand les routes ne sont pas empruntables à cause de la neige et des inondations. (...) Il y a également un grand manque de formation dans la région de Shuakhevi. Les quelques praticiens ne possèdent qu'un diplôme d'infirmier ou d'enseignant qui date de l'époque de l'URSS et aucune formation au handicap. J'en savais autant voire plus qu'eux sur l'accompagnement des enfants handicapés alors que ce n'est pas mon métier. Dans les campagnes, ils ne savent pas poser un diagnostic. Il y a besoin d'ergothérapeutes, de psychologues, et kinésithérapeutes etc. L'ambassadeur de France en Géorgie lui-même l'a reconnu. (...) Concernant le handicap mental, j'ai une amie psychologue qui travaillait avec des enfants autistes dans la région de Batumi, elle devait amener elle-même tout le matériel, et faisait les séances avec toute la famille car il n'y avait aucun financement public et qu'elle n'avait pas les moyens d'ouvrir un cabinet''⁴⁸.



Photo 6 Tbilissi. Février 2022.

⁴⁸Entretien avec Marie-Claire Orset, Présidente et Fondatrice de l'association Imedi Handicap, réalisé en novembre 2021

2.3 Accessibilité de l'information

Le comité des droits économiques sociaux et culturels définit l'accessibilité de l'information par "le droit de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées concernant les questions de santé."⁴⁹ Il ressort de certains entretiens conduits en Géorgie que le système de santé est opaque pour un grand nombre de personnes, ce qui alimente un manque de confiance de la population envers le système et ses acteurs.

"Dans le domaine de la santé l'information n'est pas transparente. C'est très compliqué d'avoir une seconde opinion après un diagnostic. On vous dit de prendre ce médicament ou de faire cette opération mais on ne prend pas le temps de vous expliquer pourquoi. L'absence d'éducation et de sensibilisation aux questions de santé est un gros problème. Si vous voulez comprendre à quoi correspond un traitement, vous trouverez des informations en anglais mais en géorgien l'information n'est pas accessible" (Tiko Tsomaia, journaliste, février 2022)

L'accès à l'information semble particulièrement compromis pour certains soins. Par exemple, l'accès à l'information concernant la santé sexuelle et reproductive fait l'objet de plusieurs barrières liées à la stigmatisation, en particulier pour les femmes, les personnes LGBT+ et les personnes atteintes du VIH. D'après l'association géorgienne HEPA + , beaucoup de femmes séropositives n'ont eu accès qu'à extrêmement peu d'informations concernant la santé sexuelle et reproductive, voire à de fausses informations sur la maladie, son mode de transmission et son traitement. Dans un rapport de 2020 sur l'accès aux soins des femmes séropositives, l'association constate : *"À cause d'un manque d'information, d'une crainte que la confidentialité soit rompue et d'un climat discriminant, les femmes infectées n'ont pas accès aux services médicaux nécessaires"*. Certaines femmes interrogées par l'association déclarent aussi ne pas comprendre l'information communiquée par le personnel de soin. Un enjeu majeur est donc de rendre l'information accessible, transparente et intelligible pour les malades. Magda Kostava, experte en santé des femmes expliquait dans un entretien réalisé en février 2022 : *"Dans les zones rurales en particulier, la sexualité des femmes est très stigmatisée. Il n'y a aucune éducation sexuelle à l'école et les jeunes filles n'osent pas aller chez un gynécologue car elles ont peur d'être jugées, et que l'anonymat médical ne soit pas respecté, elles n'ont donc pas accès à l'information essentielle concernant les grossesses précoces et les maladies sexuellement transmissibles. Il y a un véritable tabou, en particulier pour les femmes qui ne sont pas mariées. Même pour les femmes mariées, il n'est pas commun d'aller faire des examens gynécologiques de contrôle ce qui pose des problèmes pour la prévention et détectations de maladies"*⁵⁰



⁴⁹ Ibid

⁵⁰ Magda Kostava. Kutaisi. Février 2022

2.4. Discrimination face à l'accès aux soins

Pour que le droit à la santé soit effectivement garanti, le comité des droits économiques sociaux et culturels précise que “les installations, biens et services en matière de santé doivent être accessibles à tous, en particulier aux groupes de population les plus vulnérables ou marginalisés, conformément à la loi et dans les faits, sans discrimination fondée sur l'un des quelconques motifs proscrits”, à savoir “la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance, un handicap physique ou mental, l'état de santé (y compris l'infection par le VIH/sida), l'orientation sexuelle, la situation civile, politique, sociale ou autre”⁵¹. Si le système de santé géorgien ne se veut pas discriminant en principe, dans les faits, des stigmatisations et discriminations mettent en péril l'accès aux soins pour certains malades et certains groupes.

Par exemple, d'après l'UNICEF, l'intolérance publique envers les enfants handicapés constitue un obstacle majeur à leur développement⁵², avec 41% des Géorgiens présentant des comportements négatifs à l'égard des handicapés en 2016.⁵³ Des perceptions selon lesquelles les personnes en situation de handicap seraient “anormales”, contagieuses et dangereuses persistent dans la société, et sont alimentées par des considérations religieuses. Ces différentes stigmatisations participent à la création d'un climat discriminant pour les personnes handicapées. Les stigmatisations affectant les enfants en situation de handicap sont un problème majeur dans les institutions médicales⁵⁴ : “des acteurs majeurs de stigmatisation sont les représentants du système de santé eux même”. UNICEF a ainsi recensé des exemples de comportements discriminants de la part de personnel médical, y compris de la part de spécialistes du handicap. Dans un rapport de 2016 UNICEF explique ainsi : “*Souvent, la stigmatisation des enfants en situation de handicap commence dès le diagnostic. La façon dont les médecins communiquent l'information relative au handicap est à l'origine d'un stress émotionnel pour les familles et les patients, une attitude qui peut être considérée non éthique. Une partie des parents d'enfants handicapés explique que leurs docteurs leur ont décrit la situation de leur enfant comme désespérée. Dans certains cas les médecins recommandent aux parents d'abandonner leur enfant à l'hôpital*”⁵⁵.

Six ans plus tard, ces discriminations semblent toujours ancrées dans la société et les institutions et faire obstacle à l'accès aux soins pour les personnes handicapées. Marie-Claire Orset, de l'association Imedi handicap nous confiait dans un entretien réalisé en 2022 “*Dans les villes le handicap n'est pas accepté, les familles cachent les enfants handicapés, on ne les sort pas, c'est très mal vu, les gens sont agressifs envers les handicapés et leur famille*”⁵⁶.

⁵¹ Comité des Droits Économiques, Sociaux et Culturels. *Observation Générale No. 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels)*. 2000. Conseil Economique et Social des Nations Unies.

⁵² UNICEF. *Study on Stigmatization of children with disabilities*. 2016. Institute of Social Studies and Analysis.

⁵³ Donnée UNICEF 2016.

⁵⁴ “Stigmatization of children with disabilities is an issue at medical institutions as well. Major actors of stigmatization are the representatives of the primary health care: doctors who specialize in disabilities as well as regular doctors who do not directly specialize in disabilities.” UNICEF 2016

⁵⁵ “Often stigmatization of a child with disabilities starts with diagnosing the child. The study results show that doctors mostly provide information on the disability of the child in a way that parents undergo emotional stress. Such an attitude can be clearly regarded as unethical. Part of parents notes that doctors described their children's situation as completely hopeless (“Nothing can be done for the child”; “You should only provide physical care to your child”). In addition, there are cases when doctors offered parents to leave their infant child at the hospital.” UNICEF 2016

⁵⁶ Entretien avec Marie-Claire Orset, Présidente et Fondatrice de l'association Imedi Handicap, réalisé en novembre 2021

Des discriminations affectent le droit à la santé d'autres groupes et minorités. L'association HEPA Plus, a mis au jour dans une série de rapports, et au cours d'un entretien réalisé en février 2022 les discriminations existant à l'égard des personnes LGBT+ et des personnes infectées par le VIH et l'Hépatite C. La stigmatisation qui existe à l'égard des personnes séropositives dissuade les malades de révéler leur statut et de chercher des soins. Cela est d'autant plus vrai dans les zones rurales. *“Les participants pensent que le fait de révéler leur séropositivité pourrait les exclure de la société, et aurait un impact négatif sur leur travail. Ils choisissent de rester silencieux ce qui met en danger leur santé physique et mentale”*⁵⁷. Ainsi, cacher leur maladie et ne pas se manifester auprès de professionnels de santé peut faire partie d'une “stratégie de sécurité” pour les personnes infectées qui se sentent menacées par les stigmatisations et discriminations qui existent envers les personnes séropositives : *“si mes voisins apprennent que je suis séropositive, plus personne n'approchera mes enfants”* déclare une femme interrogée par HEPA Plus en 2020. Le poids de la discrimination est également particulièrement exacerbé pour les travailleurs et travailleuses du sexe, à l'intersection de plusieurs logiques discriminatoires et particulièrement vulnérables, car le fait de révéler leur maladie les priverait de leur source de revenus vitale. Dans un rapport de 2018, HEPA Plus dressait également le constat des discriminations nuisant au droit à la santé des personnes transsexuelles, particulièrement exposées à des formes de violence physique et psychologique, ainsi qu'à certaines pathologies notamment sexuellement transmissibles : *“les discriminations légales, sur le marché du travail et aux yeux de la société placent les personnes trans dans une vulnérabilité économique qui constitue une barrière d'accès supplémentaire aux soins alors mêmes qu'iels sont particulièrement vulnérables.”*⁵⁸. Les malades trans n'osent pas chercher de l'aide et des soins car iels craignent de subir des violences et discriminations. De plus, la Géorgie n'autorise pas le changement de sexe sur les documents administratifs des personnes trans tels que la carte d'identité, ce qui peut constituer un obstacle majeur à l'accès aux soins médicaux.

Les éventuelles discriminations compromettant l'accès aux soins pour certains groupes de la population géorgienne doivent donc être prises en compte dans l'évaluation de la possibilité de bénéficier d'un traitement effectif de qualité, lors de la procédure “étranger malade” en France. En particulier le caractère cumulatif et intersectionnel de plusieurs statuts discriminants doit être étudié pour appréhender rigoureusement l'accessibilité des soins pour les ressortissants géorgiens.

⁵⁷ HEPA Plus. *HIV Positive Women Needs and Challenges*. 2020

⁵⁸ HEPA Plus. *Research on transgender needs Tbilisi*. 2018

3. Qualité et acceptabilité des soins

Selon le Comité des Droits Économiques Sociaux et Culturels, “Outre qu'ils doivent être acceptables sur le plan culturel, les installations, biens et services en matière de santé doivent également être scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité, ce qui suppose, notamment, du personnel médical qualifié, des médicaments et du matériel hospitalier approuvés par les instances scientifiques et non périmés...”⁵⁹. Le champ de notre enquête, ne nous permet pas d'émettre notre propre avis sur la qualité du système de santé géorgien. Cependant, notre recherche aboutit au constat quasi-unanime d'un manque de confiance dans le système de santé et d'une remise en question de la qualité et de l'acceptabilité des traitements par les patients géorgiens.



Photo 8 Clinique à Tbilissi. Février 2022.

3.1. Sentiment de méfiance envers le système de soins

L'expérience du système de santé, et les perceptions des géorgiens quant à la qualité des soins sont inégales. Comme évoqué précédemment, la qualité n'est pas uniforme, et certaines régions rurales disposent de soins reconnus par les patients et par des membres du personnel médical comme de moindre qualité par comparaison aux soins prodigués à la capitale, ce qui s'explique par un manque de moyen et de personnel dans ces régions isolées.

Outre les différences géographiques de qualités des infrastructures, un sentiment de méfiance envers les médecins semble partagé par l'ensemble des patients interrogés par

⁵⁹ Comité des Droits Économiques, Sociaux et Culturels. *Observation générale No. 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels)*. 2000. Conseil Economique et Social des Nations Unies.

Habitat-Cité, et ce, peu importe leur niveau de revenu ou leur lieu de résidence. La santé et la confrontation aux systèmes de soins sont souvent décrites comme une source d’angoisse par une majorité des patients interrogés en Géorgie, et lors de permanences juridiques à Habitat-Cité. Un ressenti négatif quant à la qualité et l’acceptabilité des soins fait ainsi office de facteurs de départ pour certains malades géorgiens, qui entament un parcours migratoire. Un médecin géorgien, atteint d’un cancer a ainsi été reçu en permanence juridique à Habitat-Cité en Novembre 2021. Dans un entretien, il explique avoir décidé de se faire soigner en France, car il ne n’avait pas confiance dans les compétences des médecins géorgiens. Une erreur de diagnostic avait conduit à l’amputation d’une de ses jambes.

3.2. Traitements symptomatiques et prescription excessive et parfois injustifiée de médicaments

Comme évoqué précédemment, le caractère privé du système incite également à un traitement symptomatique des patients, à défaut d’un traitement étiologique fondé sur l’établissement d’un diagnostic précis, et à une prescription jugée excessive de médicaments. A titre d’exemple, le traitement médicamenteux inapproprié des enfants en situation de handicap est une pratique courante en Géorgie, rapporté aussi par des membres d’associations pour un rapport UNICEF sur le handicap : *“Nos psychiatres ne donnent aux enfants handicapés que des médicaments ; leur aide s’exprime principalement dans l’administration de médicaments. Ils traitent même le comportement social avec des médicaments lorsque d’autres types d’intervention peuvent être utilisés. (Maia Shishniashvili, NCDC staff member)”*⁶⁰ Selon un directeur d’hôpital géorgien, entretenu dans le cadre de l’enquête, le manque de directives internationales dans les services hospitaliers explique la pratique d’un traitement symptomatique et la prescription excessive de médicaments⁶¹. Ce constat est corroboré par Transparency International et l’OMS (voir la page 24 de ce rapport).



Photo 9 Pharmacie Aversi. Tbilissi. Février 2022.

⁶⁰ UNICEF. *Study on Stigmatization of children with disabilities*. 2016. Insitute of Social Studies and Analysis.

⁶¹ Entretien réalisé à Tbilissi. Février 2022.

De plus, il ressort de nos entretiens plusieurs suspicions quant à l'existence d'un système d'entente entre médecins, visant à augmenter leur profit. Par exemple, l'une des médecins lors d'un entretien réalisé à Tbilissi expliquait qu'il arrivait que certains praticiens envoient volontairement les patients chez des confrères pour des examens complémentaires non nécessaires, et touchent une commission sur le prix de la consultation.

3.3. Des erreurs de diagnostic fréquentes, et suspicions de fautes médicales de la part des patient entretenus

L'hypothèse d'une erreur de diagnostic est un facteur récurrent d'émigration pour les malades géorgiens interrogés lors de notre enquête. *“En Géorgie on a diagnostiqué un cancer à ma fille, mais comme je ne fais pas confiance aux médecins ici, je suis allée demander une contre-expertise en Turquie, il s'est avéré qu'elle n'avait aucun cancer”* confiait la présidente d'une association pour la santé et les droits des enfants en Géorgie.⁶² Parmi les personnes malades interrogées à Habitat-Cité, plusieurs confiaient également que leur médecins eux même leur avaient suggéré de chercher des soins à l'étranger : *“mon médecin m'a dit que ma seule chance était d'aller à l'étranger”* déclare ainsi le père d'un enfant atteint de forme rare de panniculite⁶³.

Le manque de confiance en la qualité des soins, et les erreurs de diagnostic peuvent également être attribués en grande partie au fonctionnement privé des structures de santé. Mari Chokheli, chercheuse géorgienne spécialisée dans les questions de santé et de transparence médicale explique ainsi *“Les prestataires sont incités à recevoir le plus de patients possibles pour des raisons financières. Ces derniers n'ont pas le temps d'approfondir les consultations ce qui donne lieu à des erreurs fréquentes”*⁶⁴.

Habitat-Cité a également reçu en permanence une mère en procès contre la maternité pour une faute médicale ayant handicapé son enfant. Quand sa fille est née, elle manque de s'étouffer car un membre du personnel de l'hôpital lui a fait sucer un gant chirurgical en guise de tétine qu'elle a aspiré, ce qui a causé une infirmité motrice cérébrale car son cerveau a manqué d'oxygène pendant trop longtemps. Cette femme porte alors plainte contre la clinique mais ne donne pas suite car la responsable de la clinique est mariée avec un membre du gouvernement. Pendant des mois, elle a été harcelée pour avoir porté plainte contre la clinique. Elle consulte alors un autre médecin de renommée et très coûteux. *“ils m'ont dit que ma fille était débile”*. Celle-ci prescrit des médicaments *“très chers”* à sa fille dont elle n'a pas besoin, comme un grand nombre d'antibiotiques qui ont rendu sa fille sourde et muette. En France, sa fille n'a aucun médicament, juste de la vitamine D, et elle a des séances de kinésithérapie régulières. Ce témoignage illustre les débordements qui entretiennent un manque de confiance des Géorgiens envers le système.

3.4. Formation et salaires des médecins

La privatisation du système de santé commence dès les études en Géorgie. Il n'y a pas d'année préparatoire compétitive comme en France mais les étudiants passent un examen coûtant autour de 100 Lari⁶⁵ à la fin du lycée pendant l'été pour rentrer à l'université. Il y a

⁶² Fondatrice de l'association Public Health Foundation. Entretien réalisé à Tbilissi. Février 2022.

⁶³ Maladie. Entretien réalisé en septembre 2021 en permanence à Habitat-Cité.

⁶⁴ Mari Chokheli. Tbilissi. Février 2022.

⁶⁵ Site Web du Ministère de l'éducation et de la science de la Géorgie ([lien](#))

aussi un écart important entre les universités dans les régions et dans la capitale. Par manque de confiance dans les universités dans les plus petites villes et pour une meilleure qualité des études, ceux qui peuvent se le permettre préfèrent aller étudier à Tbilissi⁶⁶. Les entretiens réalisés en Géorgie démontrent qu'une fois à l'université, les études théoriques sont longues et plutôt complètes. D'ailleurs, l'Institut Français nous a expliqué que les études de médecine en Géorgie sont attractives et des étudiants étrangers venant principalement du Pakistan et d'Inde choisissent de faire leurs études dans une filière anglophone des universités dans la capitale. Sur le site de l'université publique de Tbilissi, le prix de la scolarité est converti en dollars et en roupies seulement⁶⁷.

Cependant, une dentiste⁶⁸ ayant fait ses études à la fois en France et en Géorgie, explique qu'elle a choisi de compléter ses études à l'étranger pour découvrir "des conditions réelles", manquantes dans ses études pratiques.

Aussi, la formation médicale continue n'est pas obligatoire mais certaines cliniques comme celles de Kakhétie-Yonne, ont des partenariats avec l'Union Européenne pour offrir des formations et de la collaboration scientifique à leurs équipes. En France, la formation médicale continue "est en théorie obligatoire depuis les ordonnances Juppé de 1996. Depuis 2005, les médecins ont aussi l'obligation de participer à des programmes d'évaluation de leurs pratiques professionnelles."⁶⁹ De tels lois n'existent pas en Géorgie même si elles sont réclamées par des congrès de médecins⁷⁰.

⁶⁶ Chankseliani, M. The financial burden of attending university in Georgia: Implications for rural students. *Prospects* 43, 311–328. 2013. <https://doi.org/10.1007/s11125-013-9274-x>

⁶⁷ Site web d'un centre d'éducation en Géorgie ([lien](#))

⁶⁸ Entretien réalisé à Tbilisi. Février 2022.

⁶⁹ « Formation continue des médecins : le grand désert ». Studyrama Pro, 6 décembre 2016. ([lien](#))

⁷⁰ George Chakhava & Nino Kandelaki (2013) Overview of legal aspects of Continuing Medical Education/Continuing Professional Development in Georgia, *Journal of European CME*, 2:1, 19-23, DOI: 10.3109/21614083.2013.814570



Photo 10 Clinique Kakhétie-Yonne. Février 2022.

Enfin, la pratique de la médecine préventive semble trop peu développée, le médecin Nikoloz Makharadze explique qu'elle est régie par une logique de marché : *“S’il y a de la médecine préventive, alors il y aura moins de maladies et d’infections et donc moins d’argent. D’un côté, il y a les gens qui ne peuvent pas voir que la prévention est meilleure pour la santé. D’un autre côté, il y a les intérêts financiers des docteurs. Et tous les médecins généralistes ils se font de l’argent dans le système, ils ne sont pas motivés à faire de la prévention.”*⁷¹

Un manque de formation des professionnels de santé s’observe, notamment pour des conditions et pathologies sujettes à stigmatisation. Par exemple, comme évoqué précédemment, peu de formations existent pour les ergothérapeutes, kinésithérapeutes et psychologues. La dévalorisation de certains domaines de la médecine, comme la psychiatrie et la gynécologie, pourrait aussi provoquer une méfiance envers les médecins. L’OSAR parle du manque d’investissement dans son rapport de 2018 sur l’accès à des soins médicaux en psychiatrie : *“Malgré les réformes entreprises depuis 2013, il subsiste encore de sérieux problèmes qui réduisent l’accès aux soins de santé psychiatriques. Il manque de l’argent, des psychiatres, la formation professionnelle est limitée et la qualité des services laisse souvent à désirer. Selon le Bureau du défenseur public, malgré les efforts entrepris par le gouvernement ces dernières années, il existe encore de sérieux problèmes, notamment systémiques, avec le système de santé psychiatrique géorgien.”*⁷² Et puis même s’ils voulaient s’engager en psychiatrie, les étudiants n’ont souvent pas la possibilité de le faire car les salaires sont trop bas comparés à d’autres filières.⁷³ En ce qui concerne les salaires, une directrice de clinique

⁷¹ Entretien avec Nikoloz Makharadze. Médecin. Janvier 2022.

⁷² Organisation suisse d’aide aux réfugiés (OSAR). *Géorgie : accès à des soins médicaux*. Recherche rapide de l’analyse-pays. 2018.

⁷³ Sulaberidze L, Green S, Chikovani I, Uchaneishvili M, Gotsadze G. Barriers to delivering mental health services in Georgia with an economic and financial focus: informing policy and acting on evidence. BMC

géorgienne spécialisée dans la prévention nous confiait “les hôpitaux mettent souvent en place des salaires basés sur la performance pour leurs professionnels de santé”. En d’autres termes, les médecins ont intérêt à augmenter leur salaire, à multiplier les consultations de courte durée, et à prescrire des examens parfois jugés inutiles par les patients.⁷⁴ Une autre chercheuse, spécialisée dans le système de santé géorgien, rapporte qu’à cause de cette forme de rémunération, une pression s’exerce sur le personnel soignant et certains cumulent plusieurs postes à la fois pour parvenir à leurs besoins.

La gynécologie et surtout les soins qui ne sont pas directement liés à la maternité, souffrent aussi d’un manque de moyen et d’investissement. La directrice de l’association Hera XXI⁷⁵, qui se concentre sur la santé sexuelle et reproductive, affirme que les méthodes utilisées en gynécologie ne sont pas toujours développées et que les médecins généralistes ne sont pas non plus suffisamment informés sur la santé sexuelle et reproductive des femmes. En effet, Nino Tsuleiskiri nous a expliqué que les médecins de famille ne considèrent pas que cela fait partie de leur activité principale et par exemple lorsqu’une femme veut des services, elle va directement chez un gynécologue plutôt que de suivre un parcours de soin qui lui permettrait déjà un meilleur remboursement.

3.5. Communication entre les professionnels de santé et les patients

Le manque de confiance dans les médecins agit aussi en réponse à un manque d’information pour les patients. L’Organisation Mondiale de la Santé dans son rapport de 2020 sur la qualité de santé primaire en Géorgie décrit longuement en quoi les médecins géorgiens n’ont pas assez de mécanismes en place pour se tenir responsables de leurs activités entre eux. Aussi, même s’il existe en Géorgie une loi obligeant le consentement informé du patient, elle semble peu efficace en pratique.⁷⁶ C’est une expérience également remarquée lors de l’entretien avec la journaliste Tiko Tsomaia qui explique comment elle s’est sentie totalement impuissante face aux choix de ses médecins⁷⁷. D’ailleurs, une étude géorgienne a démontré que même si tous les patients doivent signer une feuille de consentement et que 74% des patients ont été informés de leur chirurgie par leur médecin, seulement 56% des patients connaissaient le diagnostic pour lequel ils avaient été hospitalisés et 44% ne connaissaient pas leur diagnostic précis. De plus, la grande majorité des patients pensaient qu’une meilleure information sur leur traitement leur apporterait plus de confiance en leurs médecins.⁷⁸ Ce manque de transparence d’information pose un problème pour l’acceptabilité des soins et la qualité du parcours. Quand nous avons demandé aux médecins pourquoi il y avait un manque de confiance envers les praticiens, ils ont accusé les médias de trop s’attarder sur les “cas ratés”⁷⁹ ou bien les patients eux-mêmes. Par exemple, voici l’une des réponses obtenues en Géorgie sur la question du diagnostic tardif : “*Les raisons pour lesquelles nous avons des diagnostics tardifs ou des cas palliatifs sont que les patients ne consultent pas les médecins lorsqu’ils ont des symptômes. Ils restent à la maison. Lorsqu’ils*

Health Serv Res. 2018 Feb 13;18(1):108. doi: 10.1186/s12913-018-2912-5. PMID: 29433491; PMCID: PMC5809973.

⁷⁴ Entretien réalisé à Tbilissi. Février 2022.

⁷⁵ Entretien réalisé par visio-conférence. Décembre 2022. Par zoom.

⁷⁶ Article 35 (article R.4127-35 du code de la santé publique) “*Le médecin doit à la personne qu’il examine, qu’il soigne ou qu’il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu’il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. [...]*”

⁷⁷ Journaliste et ancienne médecin. Entretien réalisé à Tbilissi. Février 2022. Témoignage complet à retrouver en Annexe (annexe 1)

⁷⁸ Verulava T, Jorbenadze R, Surguladze V. Patients' informed consent to medical services in Georgia. Med Leg J. 2019 Dec;87(4):188-192. doi: 10.1177/0025817219853127. Epub 2019 Oct 3. PMID: 31580209.

⁷⁹ Entretien avec une endocrinologue. Kutaisi, février 2022.

*ressentent une douleur extrême, ils vont alors chez le médecin et le stade est trop avancé. Nous avons des centres de dépistage pour le poumon, le rectum... Mais par exemple, les femmes ne vont au dépistage que lorsqu'elles sentent une tumeur dans leur sein. Il ne s'agit pas d'un dépistage mais d'un diagnostic.*⁸⁰

Si la qualité des soins varie selon les structures de santé, il semble donc également qu'un sentiment général de méfiance, indépendamment du groupe socioéconomique et de la profession des personnes, définisse le rapport des Géorgiens au système de santé. Le témoignage de Gigla Agulashvili, l'ancien Ministre de l'environnement illustre bien ce phénomène. Diagnostiqué avec un lymphome, il est parti se faire soigner en Allemagne sur les conseils des experts de son pays : *“Certains médecins qui me sont proches m'ont dit d'aller à l'étranger si je pouvais. J'ai demandé l'avis du Premier Ministre et de mes collègues et ils m'ont aussi dit de partir. Et donc après je suis allé à Berlin”*⁸¹.

La décision de venir en France d'un médecin, rencontré lors des entretiens à Habitat-Cité, démontre aussi que même les personnes qui font partie du système de santé reconnaissent ses limites. Le manque de confiance dans l'offre de soins contraint certaines personnes à devoir migrer, malgré le sacrifice que cela peut représenter. Une bénévole de l'association Hepa Plus nous racontait voir tous les jours sur ses réseaux sociaux des collectes de fonds pour financer des soins à l'étranger⁸². Aussi, presque toutes nos enquêtées ont entendu parler d'un proche ou d'une connaissance qui a quitté la Géorgie pour suivre un traitement.

Le début du traitement en France est souvent réconfortant pour ces personnes, qui décrivent une grande différence dans leur contact avec les médecins français. Un homme rencontré à Habitat-Cité, atteint d'arythmie cardiaque déclarait : *“Quelle différence ? [Rires] Tout est meilleur ici : discipline, professionnalisme, attention des médecins. En Géorgie, les médecins regardent d'abord ce que vous avez dans la poche, alors qu'ici ils sont sincères et simples. Ici, le médecin m'accompagne avec mon fauteuil roulant pour aller faire mes examens, en Géorgie tu peux ramper.”*⁸³. La mère de cet enfant victime de fautes médicales en Géorgie témoigne aussi d'un soulagement quant à la qualité des soins et la communication avec les prestataires médicaux : *“Ici le traitement est plus sérieux: les médecins essayent de nouveaux traitements, ils ont un meilleur contact avec le bébé, sont plus attentionnés et rassurants. Maintenant, nous sommes tranquilles”*⁸⁴.

Ainsi, nous avons tenté de dresser un état des lieux des barrières liées à l'accessibilité et la qualité des soins qui limitent la disponibilité des traitements en Géorgie et compromettent le respect effectif du droit à la santé des malades. La santé et la confrontation au système font office de facteur de départ pour un grand nombre de Géorgiens malades. Cependant, une fois arrivés en France, le droit à la santé des ressortissants géorgiens subit de nouvelles limitations, et la confrontation au système administratif est un nouvel obstacle aux soins pour ces malades. Même si certains témoignent que la prise en charge médicale est meilleure en France, ce n'est pas pour autant que leur qualité de vie augmente nécessairement. Les différentes procédures de régularisation de séjour, leurs limites et leurs conséquences feront l'objet de la prochaine partie de ce rapport.

⁸⁰ Entretien avec une oncologue. Kutaisi, février 2022.

⁸¹ Témoignage complet à retrouver en Annexe (annexe 2).

⁸² Entretien réalisé avec Hepa + en février 2022 à Tbilisi.

⁸³ Entretien réalisé en permanence à Habitat Cité en octobre 2021. Homme atteint d'arythmie cardiaque.

⁸⁴ Entretien réalisé en permanence à Habitat Cité en octobre 2021. Femme Géorgienne dont la fille est devenue handicapée suite à une erreur médicale à la maternité.

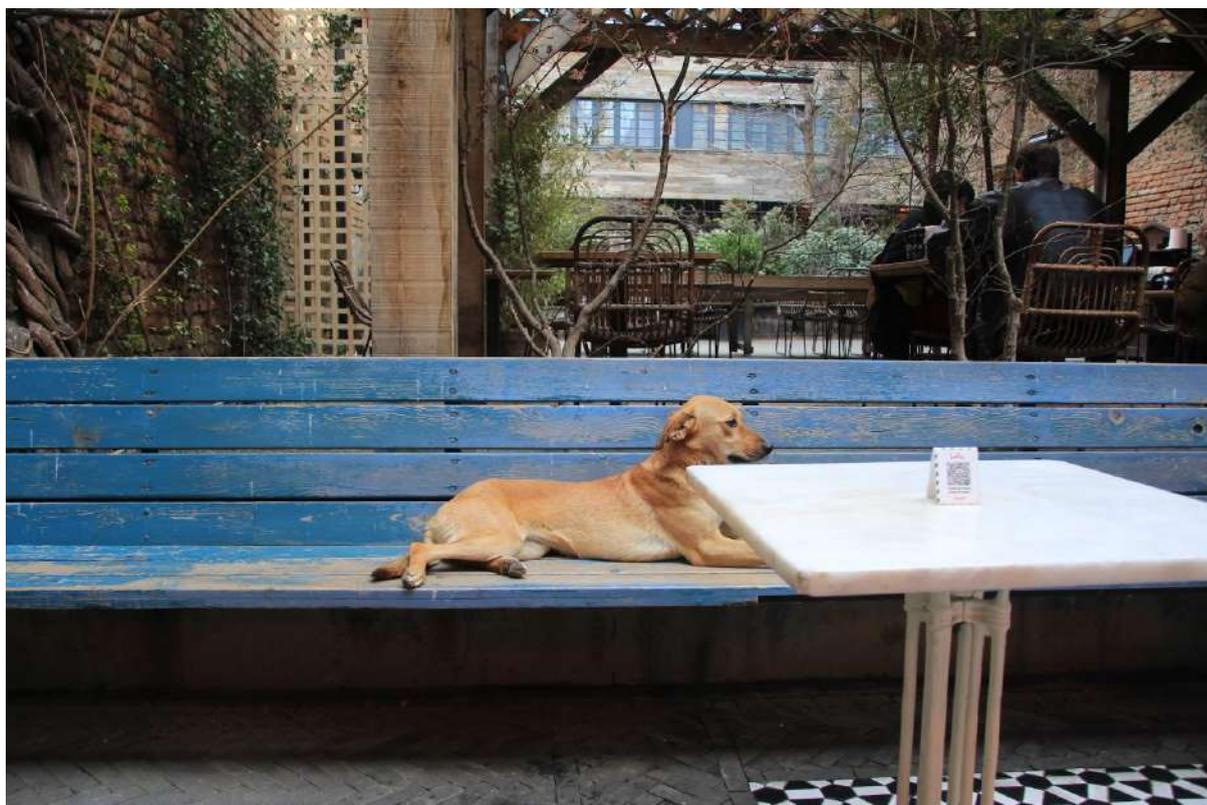


Photo 11 Tbilissi. Février 2022.

II. Les barrières d'accès à la régularité et au séjour en France : Recommandations pour la promotion d'un droit effectif à la santé pour les ressortissants géorgiens et pour une approche intersectorielle et internationale du soin

1. Le droit à la santé des ressortissants étrangers en France

Le droit à la santé est un droit humain fondamental consacré dans différents textes de droit international tels que la déclaration universelle des droits de l'Homme⁸⁵, et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels⁸⁶ ou encore la Charte sociale européenne de 1961⁸⁷.

A l'échelle de l'Union Européenne, des directives encadrent les pratiques des États membres en matière de santé, quant à l'accueil des demandeurs d'asile et à l'éloignement. Selon l'article 9 de la directive retour, l'état de santé de la personne peut justifier un report de l'éloignement. Dans une série de jurisprudences, la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) a interprété l'état de santé d'un ressortissant étranger comme un facteur pouvant dans certaines circonstances justifier un report d'éloignement pour son impact sur le droit à la vie (article 2 de la convention européenne des droits de l'homme), l'interdiction des traitements inhumains et de la torture (article 3), et son impact sur le droit au respect de la vie privée et familiale (article 8).

En France le droit à la santé est protégé pour les personnes étrangères, indépendamment de la régularité ou irrégularité de leur séjour sur le territoire français. Plusieurs dispositifs de couverture médicale sont disponibles pour les personnes étrangères : la CSS destinée aux personnes les plus pauvres résidant en France depuis au moins trois mois ; l'AME destinée aux personnes en situation irrégulière, également disponible passé un délai de trois mois de résidence. Les personnes en situation irrégulière peuvent également bénéficier de soins urgents à travers le dispositif des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS).

Le droit français prévoit que, lorsque le défaut de prise en charge médicale dans le cadre de l'éloignement d'une personne malade en situation irrégulière sur le territoire, conduirait à une dégradation importante de son état de santé entraînant "des conséquences d'une exceptionnelle gravité", l'étranger malade a droit à une régularisation au séjour lui permettant de poursuivre des soins en France : le titre de séjour pour soins⁸⁸. La procédure est définie par la loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers. Les étrangers éligibles à recevoir ce titre doivent justifier de l'impossibilité de "bénéficier effectivement d'un traitement approprié" dans leur pays d'origine. La gravité de l'état de santé des

⁸⁵ Assemblée Générale des Nations Unies. *Déclaration Universelle des Droits de l'Homme*. 1948. Article 25.

⁸⁶ Assemblée Générale des Nations Unies. *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*. 1966. Nations Unies, Recueil des Traités. Article 12.

⁸⁷ Conseil de l'Europe. *Charte Sociale Européenne (Révisée)*. 1996. Recueil des Traités européens.

⁸⁸ Pour une présentation détaillée de la procédure, voir : Noémie Bruyère, Kata Egyed. *Droit au séjour et problématiques de santé des ressortissants géorgiens*. 2021. Habitat Cité.

personnes et la capacité à bénéficier d'un traitement approprié dans le pays d'origine sont évaluées à la fois par la Préfecture et des médecins de l'OFII agréés. Hormis les quelques conditions, comme l'absence de menace à l'ordre public et la résidence habituelle en France, ce titre de séjour est normalement délivré de plein droit à son demandeur.

Article L.313-11 11° du Code de l'Entrée et du Séjour des Étrangers et du Droit d'Asile : *«Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » est délivrée de plein droit : (...) 11° A l'étranger résidant habituellement en France, si son état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait avoir pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité et si, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, il ne pourrait pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié.(...) »*

L'attribution de ce titre dépend d'une évaluation de l'offre de soins globale dans le pays d'origine (non seulement la disponibilité) et la situation spécifique de l'intéressé. Il est aussi demandé pendant cette procédure que la personne puisse continuer ses soins, que les médecins soient indépendants vis-à-vis des autorités non médicales dans l'établissement de leurs rapports et avis médicaux et que la préservation du secret médical soit garantie.⁸⁹

Pourtant, la santé ne reste toujours pas un droit effectif pour les étrangers en France. Beaucoup d'associations condamnent la France pour son traitement de ses étrangers. En 2019, 61 associations ont signé un communiqué inter-associatif, dont l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE), et ont voulu alerter sur l'accès précaire à la santé et les "effets néfastes" des réformes présentées dans la prochaine partie de ce rapport.⁹⁰

⁸⁹ Observatoire du Droit à la Santé des Étrangers (ODSE). *Étrangers-es malades résidant en France*. ODSE, 2017: 3. ([lien](#))

⁹⁰ Observatoire du Droit à la Santé des Étrangers (ODSE). *L'accès aux soins des personnes étrangères vulnérables : 61 organisations tirent la sonnette d'alarme. Le Gouvernement n'entend pas...* . [Communiqué de presse]. 18 décembre 2019

2. Des barrières d'accès aux traitements qui ne semblent pas être prises en compte lors des décisions d'octroi ou refus de délivrance d'un titre de séjour pour soin

2.1. Les failles dans l'évaluation des demandes de titre de séjour pour soin

2.1.1 La probabilité d'une rupture des soins

Jusqu'à l'année dernière, l'étranger devait demeurer sur le territoire pendant un an avant de pouvoir déposer une demande de titre de séjour pour soins. Alors, pour pouvoir accéder à des soins en attendant d'être éligible à un titre de séjour, les Géorgiens ont commencé à demander l'asile, qui garantissait l'accès à la complémentaire santé solidaire (CSS) pour se faire soigner. En 2020, l'accès à la couverture médicale a été repoussée jusqu'à ce que les demandeurs d'asile aient au moins trois mois de présence sur le territoire⁹¹. Les associations dénoncent ce délai, qui semble peu pratique et contre-productif. Le Gisti a récemment publié un avis sur l'annulation du temps d'attente pour accéder à la couverture médicale pour les Ukrainiens et demande à ce que le même traitement soit appliqué pour toutes les personnes exilées. Déjà en 2019, des communiqués inter-associatifs critiquaient la possibilité d'instaurer un temps d'attente pour la couverture médicale et prévenaient de conséquences désastreuses sur l'accès aux soins des étrangers et la santé publique⁹². En effet, certaines personnes demandant un titre de séjour pour soins sont déjà malades au moment d'arriver en France.

Au vu de l'investissement financier que le départ représente pour les personnes géorgiennes, il est facile de supposer que leur situation devait être vraiment critique pour en arriver à devoir déménager dans un pays étranger, sacrifiant leur emploi et leur famille, pour améliorer leur état de santé. C'est tout à fait compréhensible que ces personnes soient passées par une demande d'asile, même si celle-ci n'est pas fondée, pour pouvoir se faire soigner, car le système les y contraint pour espérer attester de leur présence de trois mois sur le territoire et bénéficier de soins.

Le cadre de régulation des droits des étrangers peut créer une période de rupture du parcours de soins lorsque la régularisation de séjour prend fin et que la personne étrangère doit renouveler sa couverture médicale. En effet, entre la fin de la CSS et le début de l'AME, il y a un délai d'un minimum de deux mois de traitement de dossier pendant lesquels la personne étrangère n'a pas accès à une couverture sociale ou médicale. Le Comede a enquêté sur cette situation et a publié un aide-mémoire⁹³ et un communiqué qui "alerte les usagers et les professionnels de santé sur la situation de certaines personnes pour lesquelles les caisses

⁹¹ Article L251-1 "Tout étranger résidant en France de manière ininterrompue sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale depuis plus de trois mois, et dont les ressources ne dépassent pas le plafond mentionné au 1° de l'article L. 861-1 de ce code a droit à l'aide médicale de l'Etat pour lui-même et pour : Les personnes mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 161-1 du code de la sécurité sociale (...)"

⁹² GISTI. L'Aide médicale d'Etat : un filet de sécurité pour la santé publique à ne pas restreindre. 3 octobre 2019. ([lien](#))

⁹³ COMEDE. *Etrangers en séjour irrégulier. Fermeture des droits assurance maladie et C2S (acquis pendant la période de séjour régulier) et passage vers l'AME.* Aide-Mémoire de la COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE selon la chronologie. 5 janvier 2022.

de sécurité sociale interdisent à la fois l'accès à la complémentaire santé solidaire et à l'aide médicale d'État (AME), les laissant sans aucune couverture complémentaire.”⁹⁴

Depuis la réforme du CESEDA du 1er mai 2021, la procédure a changé puisque le Ministère de l'Intérieur a ouvert la possibilité de demander l'asile et le titre de séjour en parallèle. Une fois la demande d'asile déposée, les étrangers ont trois mois pour poser une autre demande mais uniquement pour un titre de séjour pour soins, sinon ils devront attendre un an de résidence en France comme c'était le cas avant.

2.2.2 Manque de transparence dans l'évaluation des demandes

Le droit français garantit la régularité aux étrangers malades présents en France, cependant Habitat-Cité constate qu'une partie des demandes de titre de séjour pour soin des ressortissants géorgiens sont dans les faits refusées, dans des contextes où les soins semblent inaccessibles en Géorgie pour les personnes concernées par le rejet. C'est notamment le cas pour les pathologies nécessitant une greffe, procédure très peu disponible et inaccessible en Géorgie, constat corroboré par l'ensemble des acteurs du système de santé géorgien interrogés en février 2022. Des malades souffrant de pathologies appelant à un traitement de long terme, tels que les chimiothérapies et les dialyses, font également l'objet de refus de leur demande de titre de séjour pour soins (TPSP) car ces traitements sont considérés comme disponibles en Géorgie (ce que notre enquête vient fortement nuancer).

En revanche, les critères d'accessibilité liés au coût de ces traitements, dont les remboursements sont plafonnés, les inégalités géographiques d'accès et d'autres critères discriminants ne semblent pas être intégrés aux décisions prises par les administrations, dont le processus décisionnel reste opaque pour les associations de défense de droits des étrangers.

Afin de mieux comprendre comment étaient évaluées ces demandes de titre de séjour par la Préfecture lors ce de projet, nous nous sommes intéressées à la constitution d'un dossier médical pour une telle demande. Dans un premier temps, la Préfecture reçoit un dossier constitué par un collège de médecins avec un avis médical. Lors de notre enquête, nous avons pu nous entretenir avec un médecin spécialiste français attaché à la préfecture, consulté pour son expertise dans l'évaluation de certaines demandes de titre de séjour. Ce professionnel de santé nous a confirmé que l'OFII lui demande de statuer sur trois points : l'état de santé de la personne, les soins dont elle a besoin, et la disponibilité de ces soins dans son pays d'origine. Il nous a avoué formuler son avis sur la disponibilité des soins sans recevoir un dossier, assurant qu'il n'en avait pas besoin parce qu'il “devinait” selon l'origine des demandeurs. Si ces personnes venaient “d'un pays du tiers monde” et qu'elles avaient besoin de soins complexes alors il rendait une décision négative, mais si ces personnes venaient “de pays plus développés” alors “elles n'avaient aucune raison de se faire soigner en France”. Ce témoignage illustre le manque d'information et d'expertise qui semblent parfois alimenter les décisions de l'OFII lors de la procédure “étranger malade”. Les informations et données concernant l'accessibilité des soins en Géorgie, sur la base desquelles sont rendues les conclusions des médecins de l'OFII ne sont pas publiques et pas transparentes, ce qui rend impossible pour les associations d'émettre un avis et d'apporter des expertises quant à l'accessibilité de certains traitements.

⁹⁴ COMEDE. *Fin du titre de séjour et fermeture des droits à l'assurance maladie Attention aux périodes sans couverture complémentaire ! « Ni Complémentaire-santé-solidaire, ni AME »*. Communication du Comede, 1er septembre 2021.

D'autre part, nous avons appris que l'OFII envoie parfois des demandes d'information ou de consultations sur l'accessibilité des soins dans le pays d'origine du demandeur. Tandis que l'initiative est plutôt positive, il faut aussi regarder de près qui l'OFII décide d'auditionner pour ses expertises. Il semble qu'en cas de doute sur la disponibilité d'un traitement, une demande d'expertise soit envoyée au ministère de la santé géorgien, par l'intermédiaire de l'ambassade de France en Géorgie. La demande d'expertise comporte des questions relatives à l'existence d'un traitement ou médicament en Géorgie, l'existence d'alternatives à ce dernier, la possibilité d'importer le dit médicament en Géorgie, et la couverture médicale pour ce traitement. Cependant, certains entretiens réalisés en février 2022 mettent en avant les limites de cette expertise. A titre d'exemple, la fondatrice d'une association pour la santé des enfants expliquait : *“Il m'est arrivé d'être contactée par des associations étrangères pour donner une contre-expertise. Quand on demande au gouvernement si un traitement existe, ils disent souvent oui, tout est parfait alors que ce n'est pas le cas. Quand on leur pose des questions concrètes et précises, on réalise que le traitement n'est pas accessible. Par exemple, j'avais été contactée par une association néerlandaise qui me demandait d'attester de l'existence d'un traitement en Géorgie. Le gouvernement avait dit qu'il était disponible dans une certaine clinique. Quand j'ai contacté la clinique et que j'ai demandé des précisions sur le type de procédure et le type de médicaments, j'ai réalisé qu'en vérité le traitement n'était pas disponible”*. De plus, comme évoqué dans la première partie de ce rapport, les prestataires de soins géorgiens manquent parfois d'informations et de formations concernant certaines conditions et pathologies spécifiques. Pour ces raisons, il convient de nuancer les expertises rendues par l'administration géorgienne, qui ne semble pas prendre systématiquement en compte les barrières d'accessibilité évoquées précédemment.

Enfin, si le Préfet refuse de délivrer un titre de séjour pour soins malgré un avis médical favorable, c'est une décision qui reste à sa discrétion. L'ODSE prévenait déjà en 2014 qu'il ne fallait pas laisser les Préfets “jouer au docteur”⁹⁵, ce qui semble toujours d'actualité aujourd'hui.

Comme détaillé précédemment, la complexité du système de santé géorgien, les inégalités d'accès et les discriminations compromettent l'accès uniforme et égalitaire aux soins pour tous. De nombreuses variables liées à l'état de la personne malade, son statut socio-économique, son lieu de résidence, son appartenance à une minorité discriminée, etc. doivent être prises en compte pour évaluer rigoureusement l'accès effectif au traitement en Géorgie. Dès lors l'expertise d'acteurs locaux est nécessaire pour récolter des informations fiables. Vu la complexité de la situation spécifique de chaque personne géorgienne rencontrée et le travail bibliographique de notre enquête, nous regrettons qu'il n'y ait pas plus de transparence de la part des autorités sur la manière dont elles fondent leurs avis sur la disponibilité et l'accessibilité des soins en Géorgie.

⁹⁵ Observatoire du Droit à la Santé des Étrangers (ODSE). *Étrangers malades : ne laissons pas les préfets jouer au docteur* –. [Communiqué de presse]. 26 mars 2019 ([lien](#))

2.2. Conséquences du refus pour les ressortissants géorgiens malades

Durant le temps de rédaction de ce rapport, nous avons pu récolter une dizaine de lettres de refus de titre de séjour pour soins et nous avons remarqué qu'il y a peu de justification ou de personnalisation de ces refus. Dans chacune de ces lettres, sans exception se répète la justification suivante :

“En effet, l'état de santé de X né le JOUR MOIS ANNÉE nécessite une prise en charge médicale dont le défaut ne devrait pas entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité”.

Parmi les personnes ayant reçu ce refus, il y avait des personnes qui avaient besoin de greffes, souffraient d'insuffisance rénale ou de cancer et des jeunes enfants avec des maladies rares (pathologies pour lesquelles notre enquête en Géorgie a constaté une absence ou une insuffisance de traitement). Pour toutes ces personnes, l'absence de traitement entraîne en réalité des conséquences très graves.

2.2.1 Absence de la protection sociale

Un refus de titre de séjour entraîne le plus souvent une irrégularité de séjour dont les conséquences peuvent être lourdes pour une personne malade. En effet, sans régularité, les personnes étrangères se retrouvent parfois en situation de grande précarité. Même s'ils ont accès aux soins après trois mois quand leur séjour devient irrégulier, ils perdent leur accès aux autres services sociaux comme :

- L'hébergement,
- Le droit de travailler
- La carte prioritaire MDPH et carte stationnement qui permet des réductions sur les parkings et une meilleure accessibilité pour les personnes en situation de handicap
- L'allocation d'adultes handicapés versées par la CAF
- L'accès à l'établissement spécialisé pour les enfants en situation de handicap

Même quand leur demande de titre de séjour est effectivement acceptée par la suite, les bénévoles d'Habitat-Cité témoignent que les personnes malades se retrouvent parfois à devoir dormir dans la rue, dans leurs voitures ou dans des hôtels sociaux. Elles peuvent éventuellement envisager de contacter un centre d'hébergement d'urgence mais comme il est bien reporté par les associations depuis des années, ceux-ci sont totalement débordés⁹⁶. Se retrouver dans le froid, sans nourriture adéquate peut déjà affecter une personne en bonne santé mais cela peut être réellement critique pour une personne gravement malade. De plus, un refus de titre de séjour et l'irrégularité peut limiter l'accès à l'éducation pour les enfants en situation de handicap.

⁹⁶ SamuSocial Paris. *Rapport d'activité 2020. 26 juillet 2021. (Lien)*

2.2.2 Dégradation de la santé mentale

Une autre conséquence d'un refus de titre de séjour et la procédure en général est sur la santé mentale des personnes. En effet, nos entretiens avec le personnel d'Habitat-Cité soulignent une violence symbolique forte de la part des agents de Préfecture envers les étrangers. Lors d'un rendez-vous, les personnes malades peuvent être face à un agent qui ne connaît pas le dossier ni les pièces à fournir et va rejeter le dépôt d'un dossier pour des documents manquants qui n'étaient même pas nécessaires. D'ailleurs, les agents changent souvent d'avis sur la présence obligatoire de l'enfant malade et il est très difficile de prévoir si la Préfecture va réclamer leur présence ou non. La Préfecture de Bobigny est connue dans le tissu associatif pour ne pas envoyer les documents administratifs aux personnes pour les informer de leur statut administratif.

L'état constant d'incertitude auquel sont confrontés les personnes exilées en procédure de demande d'asile et de titre de séjour pour soins peut s'avérer néfaste pour leur santé mentale et représente également un enjeu de santé publique. Les chercheurs Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky et Laure Wolmark l'expliquent ainsi : «La limitation du droit au séjour pour soin a des conséquences graves, car elle agit comme facteur de précarisation sociale et psychique des exilés, en même temps qu'elle déstabilise les soignants.»⁹⁷

⁹⁷ Marie-Caroline Saglio-Yatzimirsky et Laure Wolmark, « Santé mentale des exilés en France : entre impuissance et créativité », Revue européenne des migrations internationales [En ligne], vol. 34 - n°2 et 3 | 2018, mis en ligne le 28 décembre 2018, URL : <http://journals.openedition.org/remi/10558>

3. Recommandations

3.1. Approche multidimensionnelle du droit à la santé dans l'évaluation de TSPS

Ainsi, pour assurer un respect effectif du droit à la santé, à la vie et à la dignité humaine des malades géorgiens en France, il est nécessaire de prendre en compte de manière systématique et approfondie l'ensemble des dimensions constituant le droit à la santé, à savoir, non seulement la disponibilité des traitements mais également la qualité, l'acceptabilité et l'accessibilité de ces derniers. Le respect des droits humains fondamentaux ne saurait se passer d'une étude personnalisée et individuelle de l'état de santé des demandeurs et demandeuses de TSPS, prenant en compte le coût du traitement ramené au niveau de vie, l'accessibilité physique et les éventuelles discriminations faisant obstacle aux soins pour les personnes.

3.2. Renforcer la coopération internationale

3.2.1. Pour l'évaluation de la disponibilité et de l'accessibilité de traitements

Pour ce faire, l'évaluation de la disponibilité, de la qualité et de l'accessibilité des soins en Géorgie doit se faire par la consultation d'acteurs locaux, avec un souci de rigueur méthodologique dans la récolte des données. Le travail d'ONG locales, associations de malades, organisation de la société civile géorgienne est utile à cet égard et devrait être mobilisé pour enrichir les données françaises relatives au système de santé géorgien. Ce rapport se veut servir de support à l'action de l'administration et présente des exemples de barrières d'accès aux soins qui devront être prises en compte dans les décisions de l'OFII et des tribunaux administratifs. Cependant, notre travail ne saurait être considéré comme exhaustif. Il est dès lors recommandé de s'appuyer sur un réseau d'associations, d'organisations et d'experts géorgiens.

De plus, dans un souci de respect de l'accessibilité de l'information et du processus de décision administratif, il serait bénéfique de rendre publique et transparente la base de données recensant les informations sur la base desquelles l'accessibilité des soins est évaluée par l'OFII. Des associations et acteurs en lien avec le système géorgien pourraient ainsi participer à l'actualisation de ces données et fournir une expertise pointue de la disponibilité des traitements.



Photo 12 Locaux de l'association géorgienne Hepa +. Tbilissi. Février 2022.

3.2.2. Pour un meilleur accompagnement des déboutés du droit d'asile et des malades n'ayant pas obtenu de titre de séjour pour soin : l'exemple de la procédure de retour volontaire médicalisé

Le droit à la santé des personnes, peu importe le statut juridique de ces dernières, doit être garanti tout au long de leur parcours migratoire. Dès lors, des opportunités de coopération transnationale entre la France et la Géorgie devraient être exploitées pour assurer un accompagnement des personnes migrantes dans le respect de leurs droits fondamentaux.

La procédure de retour volontaire médicalisé est un exemple d'initiative transnationale d'accompagnement des malades en migration. Elle s'appuie sur la procédure déjà existante du retour volontaire, portée par l'OFII, par laquelle les personnes en situation irrégulière qui en font la demande peuvent bénéficier d'une aide au retour et à la réinsertion dans leur pays d'origine. De même la procédure de retour volontaire médicalisé permet aux malades en situation irrégulière de bénéficier d'un accompagnement médicalisé pour le retour, et d'une aide aux soins en Géorgie. Les personnes éligibles au dispositif sont les personnes s'étant vu notifier une obligation de quitter le territoire français et une interdiction de retour. Cette procédure s'inspire d'initiatives déjà en place dans d'autres pays européens comme l'Allemagne et la Belgique et est expérimentée entre la France et la Géorgie depuis avril 2021. Le dispositif est mis en place par l'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM), et financé par l'OFII : "Ce partenariat entre l'OIM et l'OFII vise le retour et la réinsertion de personnes depuis la France (y compris les membres de famille), de nationalité géorgienne, éligibles au programme d'aide au retour volontaire de l'OFII et dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale accessible en Géorgie, pendant le trajet et/ou

après le retour en Géorgie.”⁹⁸

La procédure prévoit :

- Un examen de l'état de santé et de l'aptitude à voyager du malade par un médecin de l'OIM,
- Éventuellement un accompagnement médicalisé pendant le trajet de retour,
- Le financement des frais médicaux en Géorgie pendant 6 mois, dans la limite d'un plafond.

Les personnes bénéficiant de l'aide au retour volontaire médicalisée bénéficient également des aides à la réinsertion économique comprises dans la procédure de retour volontaire standard.

Dans un entretien réalisé en février 2022, un membre de l'OIM Géorgie, chargé de la supervision de la procédure de retour volontaire médicalisé expliquait : *"la somme standard de 15 000 euros par personne est utilisée pour couvrir les frais de consultation, traitement, médicaments et si besoin une aide à domicile"*. A l'époque de l'entretien, 25 personnes, et leur famille le cas échéant, avaient bénéficié du dispositif de retour volontaire médicalisé. Les malades concernés présentaient principalement des pathologies cardiaques, neurologiques et des cancers.

Toutefois, si le retour volontaire médicalisé offre un exemple de pratique transnationale d'accompagnement des malades en migration, il ne saurait cependant être considéré comme suffisant pour garantir le droit à la vie et à la santé de l'ensemble des malades géorgiens en bénéficiant. En effet, l'aide médicale demeure plafonnée et accessible pour une durée limitée à 6 mois, ce qui ne permet pas de couvrir les soins nécessaires au traitement de pathologies graves ou chroniques. De plus, à ce jour, un nombre limité de personnes ont pu bénéficier de ce dispositif. Dès lors, l'existence du dispositif de retour volontaire médicalisé ne peut servir d'argument pour justifier le refus de titre de séjour pour soin pour les malades éligibles à la régularisation en France.

3.2.3. Pour une meilleure allocation des finances publiques

Considérant le prix exorbitant de l'enfermement et de l'éloignement d'une personne étrangère et de leur manque d'efficacité, nous suggérons une différente distribution des ressources publiques en matière de gestion migratoire. En 2019 les députés Jean-Noël Barrot (MoDem) et Alexandre Holroyd (LREM) estimait dans un rapport que le coût d'une expulsion s'élevait à environ 13 800 euros en moyenne.⁹⁹ Sachant qu'un retour volontaire médicalisé est chiffrée à 15 000 euros, les dépenses en matière de mesures d'éloignement pour les étrangers malades pourraient être réinvesties dans des procédures garantissant l'accès à la santé et le respect de la dignité humaine de ces personnes.

⁹⁸ Site web de l'OFII : <https://www.ofii.fr/aide-au-retour-volontaire-medicalise-vers-la-georgie/>

⁹⁹ Harzoune, Mustapha. « Combien coûte une expulsion ? » *Musée de l'histoire de l'immigration*, 2022. ([Lien](#))

Conclusion

Ce projet de recherche aboutit au constat d'un décalage manifeste entre la réalité de la disponibilité, de la qualité, de l'acceptabilité et de l'accessibilité des soins en Géorgie, et les conclusions d'un grand nombre de décisions de refus de titre de séjour pour soin rendues par l'administration française. Ce décalage compromet le droit à la vie, à la santé et à la dignité humaine pour un grand nombre de malades géorgiens. Ainsi, ce rapport espère alerter sur la nécessité de prendre en compte l'ensemble des dimensions du droit à la santé lors de l'évaluation de la possibilité pour les personnes étrangères malades de bénéficier effectivement d'un traitement de qualité dans leur pays d'origine, dans des délais appropriés et sans discriminations, y compris celles fondées sur les ressources financières des personnes. L'enquête menée par Habitat Cité de septembre 2021 à mai 2022 révèle que la migration est une nécessité pour un grand nombre de malades géorgiens dans l'incapacité d'accéder à un traitement approprié dans leur pays d'origine.

Si, à l'exception de certains traitements et opérations (les greffes par exemple), les traitements sont généralement disponibles en Géorgie, la qualité et l'acceptabilité de ces derniers varie, et de nombreuses barrières d'accès (financières, physiques, liées à l'information) ainsi que des discriminations compromettent l'accès effectif aux soins pour un grand nombre de personnes. De plus, l'existence d'un système d'assurance d'État (PUSS) ne saurait servir de justification suffisante à l'abordabilité des traitements, au vu du système de co-paiement qui place une part plus ou moins importante du coût des traitements à la charge des malades. Le prix élevé des soins doit être inclus dans l'analyse de l'accessibilité. Une étude individualisée de la situation des personnes, prenant en compte la situation sociale et économique, le lieu de résidence, et l'appartenance à un groupe discriminé (femmes, personnes en situation de handicap, personnes LGBT+, personnes séropositives, personnes infectées par l'Hépatite C, minorités religieuses et ethniques, etc.), est requise.

Ce projet de recherche confirme également le constat établi dans le rapport précédent, d'un manque de confiance de la population géorgienne envers le système de santé et ses acteurs. Ce sentiment récurrent chez les personnes interrogées par Habitat-Cité ne saurait être minimisé. Il semble trouver son ancrage dans la logique marchande et privé du système de santé, et la suspicion d'abus de position dominante et de corruption de la part de certaines industries médicales en situation d'oligopole. Des erreurs de diagnostic fréquentes, une tendance à la prescription excessive de médicaments participent également à ce manque de confiance qui conduit certaines personnes à rechercher des contre expertises à l'étranger.

Dès lors, la prise en compte systématique de l'ensemble des aspects du droit à la santé (disponibilité, accessibilité, qualité et acceptabilité des soins) est requise pour évaluer les demandes de titre de séjour pour soin dans le respect des droits fondamentaux des personnes. Si des barrières d'accès compromettent la santé des malades en Géorgie, de nouvelles barrières administratives et procédurales y font également obstacle en France, ce qui pourrait faire l'objet d'une prochaine recherche.

Références

Déclaration, Conventions et Traités Internationaux

Assemblée Générale des Nations Unies. *Déclaration Universelle des Droits de l'Homme*. 1948.

Assemblée Générale des Nations Unies. *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*. 1966. Nations Unies, Recueil des Traités.

Conseil de l'Europe. *Charte Sociale Européenne (Révisée)*. 1996. Recueil des Traités Européens.

Comité des Droits Économiques, Sociaux et Culturels. *Observation Générale No. 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels)*. 2000. Conseil Economique et Social des Nations Unies.

Rapports d'Organisations Nationales

Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides. *Rapport d'Activité 2018*. 2019
Noémie Bruyère, Kata Egyed. *Droit au séjour et problématiques de santé des ressortissants géorgiens*. 2021. Habitat Cité.

Rapports d'Organisations Internationales

WHO Europe. *Can people afford to pay for health care ? New evidence on financial protection in Georgia*. 2021. World Health Organization regional Office for Health Systems Financing.

HEPA Plus. *HIV Positive Women, Needs and Challenges*. 2020

HEPA Plus. *Research on transgender needs Tbilisi*. 2018

Transparency International Georgia. *Pharmaceutical market in Georgia*. 2016

UNICEF. *Study on Stigmatization of children with disabilities*. 2016. Institute of Social Studies and Analysis.

Organisation suisse d'aide aux réfugiés (OSAR). *Géorgie : accès à des soins médicaux*. Recherche rapide de l'analyse-pays. 2018.

OXFAM. *Health-Care Reform in Georgia, A Civil-Society Perspective: Country Case Study*. 2009. Oxfam International Research Report.

Articles scientifiques et académiques

Kate Schecter. "The Privatization of the Georgian Healthcare System". 2011. *Anthropology of East Europe Review* 29(1).

Miteniece, Elina et al. "Barriers to accessing adequate maternal care in Georgia: a qualitative study." *BMC health services research* vol. 18,1 631. 2018.

Sites internet:

Georgia healthcare group Website. "Industry and market overview" ([lien](#))

Entretiens

Pré-voyage

Femme Géorgienne dont la fille est devenue handicapée suite à une erreur médicale à la maternité. Pantin. Octobre 2021

Marie-Claire Orset. Imédi Handicap. Paris. 24 novembre 2021

Médecin spécialiste de l'OFII. Paris. 26 novembre 2021

OFII. Paris. 17 novembre 2021

Nino Tsuleiskiri. Hera XXI. Paris. 28 décembre 2021

Nana Nazarova. Paris. 18 janvier 2022

L'Institut français de Géorgie. Paris. 24 janvier 2022

Diana Filatova. Bureau International Catholique de l'Enfance. Paris. 24 janvier 2022

Natia Javakhishvili. Chambre de commerce franco-géorgien. Paris. 25 janvier 2022

Jeremy Gaskill. Mac Georgia. Paris. 27 janvier 2022

Unicef Handicap. Paris. 27 janvier 2022

En voyage

Gigla Agulashvili. Tbilissi. 30 janvier 2022

Dentiste. Tbilissi. 30 janvier 2022

Docteur en santé préventive. Tbilissi. 30 janvier 2022

National Family Medical Training Center. Tbilissi. 31 janvier 2022

OIM Géorgie. Tbilissi. 31 janvier 2022

Pierre Clouet et Leonora Fund de l'Institut Français. Tbilissi. 31 janvier 2022

Sophiko Gogochashvili. Hepa C+. Tbilissi. 31 janvier 2022

Nikoloz Makharadze. Médecin. Tbilissi. 31 janvier 2022

Oleg Kvividze. Médecin. Tbilissi. 1er février 2022

Public Health Foundation. Tbilissi. 1er février 2022

Mari Chokheli. Tbilissi. 1er février 2022

Clinique Kakheti-Yonne. Gurjaani. 2 février 2022

Docteur Georges. MediClub. Tbilissi. 2 février 2022

MAC Georgia. Tbilissi. 2 février 2022

Tiko Tsomaia. Tbilissi. 2 février 2022

RICDOG. Kutaisi. 3 février 2022

Endocrinologue. European Medical Center. Kutaisi.: 4 février 2022

Magda Kostava. Kutaisi Church Hospital. Kutaisi. 4 février 2022

Oncologue. Oncology Center. Kutaisi. 4 février 2022

Post-voyage

Tamar Gagoshidze. Ministère de la Santé Géorgien. Paris. 7 Février 2022

Annexes

Annexe 1. Extrait de la retranscription de l'entretien réalisé avec une journaliste, ancienne médecin, Tbilissi, 2 février 2022.

« Notre parente a eu une leucémie, elle a été diagnostiquée. [...] la première réponse que nous avons reçue était "oh elle va mourir". Oh. Bien sûr, c'est très problématique, mais nous devons essayer un traitement. Nous avons cherché sur internet, dans notre réseau, j'ai des gens autour de moi qui connaissent, qui peuvent nous recommander de bons médecins. C'est comme ça que ça marche ici, vous devez appeler vos médecins que vous connaissez ou vous devez appeler vos proches qui connaissent de bons médecins pour demander "où dois-je aller ? quelles sont les possibilités pour moi ?" [...] Et donc ils l'ont emmenée dans ce centre de leucémie et vous savez, ils ont trouvé la solution pour simplement lui faire le traitement, ce fonds d'état était disponible pour les patients atteints de leucémie [...] On a reçu un sms disant qu'on recevait ce fonds et qu'on pouvait aller se faire soigner pour une cure. [...] vous dépendez juste de la bonne volonté du médecin pour savoir si c'est efficace ou pas. [...] Pour le deuxième traitement, j'étais méfiante. [...] "Non", ils ont dit, "nous devons la traiter à nouveau pour une deuxième cure". Vous savez, je suis méfiante, peut-être qu'ils avaient besoin de plus d'argent ? [...] il n'y a pas de protocole défini et aucune confiance dans les gens et vous connaissez le système lui-même...

[...] Mais c'était extrêmement difficile d'obtenir des réponses, aucune réponse, ils étaient occupés. Puis cette pauvre patiente, lorsqu'elle est entrée à l'hôpital pour la deuxième fois, a été infectée par le covid. Puis elle a été dirigée vers le centre de covid, dans le même bâtiment que le centre de leucémie. Vous pouvez imaginer ça ? [...] Mais vous savez, elle a survécu, je ne sais pas comment elle a survécu mais elle a survécu. Elle a été volée là-bas. Je veux dire, ses affaires [...] Elle n'avait pas son manteau ou toutes ses affaires, tout ce qu'elle avait avec elle avait disparu, peut-être qu'ils pensaient qu'elle était mourante.... [...] Elle répétait "où est mon manteau ? Où est mon manteau ?", alors qu'on lui disait "Allez tu es vivante ! Tu devrais être heureuse !". Mais elle s'en fichait, elle voulait récupérer son manteau, tu vois ? Il y a d'autres choses à venir [...] Ma mère a engagé [...] cette infirmière [...] pour qu'elle s'occupe d'elle jusqu'à ce qu'elle soit finalement volée là-bas ! [...] Ensuite, bien sûr elle a eu besoin d'une transfusion parce qu'elle a une leucémie et a eu cette horrible chimiothérapie [...] Où est le donneur ? Comment faire une transfusion sanguine ? Donc c'était à nous d'aller chercher le donneur...[...] Elle a ce bon de 500 Lari, mais je veux dire que c'est extrêmement difficile à obtenir. Ma mère a essayé si fort de lui obtenir ce bon de 500 Lari, mais je veux dire qu'il faut y aller, écrire à une certaine personne. C'est juste de la bureaucratie. Il faut faire des allers-retours pour juste obtenir quelque chose pour elle. Donc la plupart du temps, pour les médicaments, elle payait de sa poche.

[...]. Maintenant, il y a une suite, donc nous avons pris cette pauvre femme qui était confuse, elle était totalement paralysée à partir de la partie droite et, vous savez, sa parole s'était dégradée. Elle était en parfaite santé avant qu'elle ne reçoive ce second traitement, ok, mais comme le traitement était disponible, ils le lui ont donné, et ensuite nous l'avons amenée comme ça, nous pensions qu'elle était en train de mourir. [...] Finalement, quand nous l'avons retapée, miraculeusement, elle a commencé à marcher ! Et ils ont dit "non, nous avons besoin d'un autre traitement !". [Rires] Et alors je suis devenue folle et j'ai appelé ce docteur et je lui ai dit "Est-ce que vous prenez la responsabilité que ce qui lui est arrivé n'est pas de votre faute ?". [...] Je lui ai donc demandé : "Êtes-vous sûre que ce ne sont pas des effets secondaires ?" Et cette jeune femme m'a dit : "Ok, peut-être que nous devrions juste retarder..." et ils ont retardé d'un mois et notre neurologue nous a aidés à les convaincre que

nous pouvions retarder ce traitement, [...] Mais est-elle capable de recevoir cette chimiothérapie ? Ou qu'est-ce que cela signifie pour les patients ? [...] Nous étions choqués par ces approches et ces protocoles de traitement [...] Nous avons un très grand réseau de connaissances et nous avons essayé de nous battre mais en vain [...] Maintenant, elle est de nouveau hospitalisée à cause de ce deuxième traitement absurde. Elle a de nouveau eu des problèmes, sa parole s'est dégradée encore plus, son profil sanguin est très mauvais et maintenant nous la traitons de nouveau sans savoir ce qui va se passer.

Annexe 2. Extrait de la retranscription de l'entretien réalisé avec Gigla Agulashvili. Tbilissi, 30 janvier 2022.

“Début mai 2017, j’ai commencé à avoir des changements dans mon état de santé. Jusqu’à cette date, mon seul lien avec la santé concernait les visites chez le dentiste. Au début, j’ai consulté plusieurs médecins, il y avait plusieurs diagnostics : allergie, empoisonnement gastrique. Mais à la fin du mois de mai, après les consultations avec les médecins, ils m’ont fait une tomographie où ils ont vu qu’il y avait plein de lymphomes dans mon corps. Je ne sais pas pourquoi je suis tombé malade et pourquoi ça s’est développé très rapidement. La seule chose qui pourrait l’expliquer, c’est que j’ai passé mon service militaire à Tchernobyl, en Ukraine, et durant le dernier mois de mon service, quand tout cela est arrivé à Tchernobyl, j’y étais, mais nous ne savions pas ce qui se passait là-bas. Après la tomographie qu’on m’a faite ici, j’ai consulté à nouveau plusieurs médecins. Certains médecins qui me sont proches m’ont dit d’aller à l’étranger si je pouvais. J’ai demandé l’avis du premier ministre et de mes collègues et ils m’ont aussi dit de partir. Je suis donc allé à Berlin. Bien sûr, notre ambassade à Berlin a été informée. J’ai eu de la chance, tout le monde n’a pas eu cette chance. C’était grâce à mes collègues, grâce à eux c’était beaucoup plus facile. Sans cela, je n’aurais pas pu partir. J’ai été soigné dans la clinique Helios. Il y a deux grands centres là-bas mais finalement on a choisi Helios. J’étais soigné dans plusieurs départements mais on m’a transféré à Helios Hambourg à Berlin dans le département international, où ils ne reçoivent que des patients de l’étranger. Ils ont commencé des examens. Comparé à chez nous, ils n’ont pas fait le diagnostic seuls, ils ont consulté le laboratoire de Munich et un professeur berlinois. Et à la fin de la semaine, ils ont donné un diagnostic sur le lymphome du 3ème degré. On m’a expliqué qu’il y a plusieurs étapes dans le traitement. D’abord, il y a la chimiothérapie. S’il n’y a pas de résultats, ensuite il y a la greffe des cellules souches. [...] La seule chose qui posait problème c’était la question financière. Mais je voudrais dire que mes amis m’ont beaucoup aidé [...]. Sans cela, ça serait pratiquement impossible parce que notre assurance maladie ne prend pas en charge les traitements à l’étranger. Il fallait tout payer. [...] Finalement, on m’a dit que la seule possibilité était la greffe. On m’a dit de chercher parmi ma famille (ma mère, mes frères et mes sœurs) ou de consulter la banque internationale. Mais j’ai eu de la chance parce que ma sœur aînée a pu être donneur. On a prévu la greffe en octobre. [...] Je suis arrivé le 10 octobre 2017 et pendant 10 jours ils ont tué mon système immunitaire pour qu’il n’y ait pas de problèmes avec les cellules souches de la donneuse. [...] Le processus s’est bien passé et j’ai pu sortir de l’hôpital deux semaines après [...] Or, à cause de la baisse de mon système immunitaire, j’ai eu la tuberculose et j’ai dû revenir dans la clinique pour suivre un traitement de 2 semaines [...] Concernant la tuberculose, elle a été entièrement traitée à Berlin. la question majeure en Géorgie, c’était pas le traitement du BK mais le contrôle, parce que je prenais toujours des médicaments et j’étais obligé de me rendre à Berlin pour des contrôles chaque semaine, ensuite toutes les 2 semaines, puis chaque mois. C’était très dangereux pour moi parce que j’avais une immunité très faible, je prenais des risques en voyageant par avion.

Pendant pratiquement 2 ans, j’ai fait les aller-retours comme ça. Jusqu’à l’arrivée de la pandémie, tout le processus s’est poursuivi de cette façon. La dernière fois que j’étais à Berlin, ça fait 2 ans, c’était en septembre 2020, et depuis je n’y suis plus allé. [...] Je prenais des immunodépresseurs et j’ai commencé à souffrir d’autres problèmes de santé. D’abord, les reins, ensuite je commençais à avoir des risques de thrombose. Je me suis fait soigner ici pour les reins [...] Le problème avec les reins, c’est lié à ces médicaments, [...] On ne peut acheter ces médicaments qu’à l’étranger. Ici, ce n’est pas possible. [...] Il me semble que ce médicament est très cher. Le médecin qui me soignait m’a dit que c’était le pré-standard pour les personnes qui sont au 4ème stade d’une maladie ou qui ont très peu de chances de survivre. Ce médicament est plus cher. [Concernant la prise en charge] Non ça ne couvre pas,

surtout pas les traitements à l'étranger. J'ai vu qu'il y avait avec moi beaucoup d'Allemands qui se sont fait soigner et, pour eux, la couverture sociale et médicale existe. Pour eux, c'est normal, mais pour nous, surtout à l'étranger, l'assurance maladie est inexistante. Il faut comprendre qu'en Géorgie la médecine est bien développée. Mais cela dépend de ce qu'on compare. Si on regarde la médecine en Europe, on est en retard en ce qui concerne la connaissance des technologies. Si je peux donner un exemple, une collègue On lui a fait un diagnostic [...] et un médecin très connu en Géorgie lui a dit qu'elle avait un type de cancer et qu'elle ne pouvait pas survivre. Elle n' avait pas le temps de se faire opérer, elle est partie aux États-Unis pour le travail et elle en a profité pour faire des analyses aux États-Unis. On lui a dit que le diagnostic n'était pas correct. [...] Pour conclure, si on prend en compte mon histoire et tout ce que j'en sais, je pense que les personnes ordinaires ont du mal à recevoir un traitement et une prise en charge parce que tout est lié à l'argent. À part cela, souvent, on commence la prévention quand il est trop tard. Il n'y a pas de prévention concernant les maladies infantiles. Si on attrape une grippe, par exemple, on donne toujours des antibiotiques. Ici, on m'a toujours dit qu'il faut prendre des antibiotiques que dans les cas particuliers et pas à chaque fois.

[...] Il manque une formation continue. Je connais quelques médecins, notamment les jeunes, qui essaient eux-mêmes de chercher des formations mais il y en a très peu.

[...] Et à part ça, une des meilleures médecins en Géorgie, m'a dit sincèrement que 'non je ne pourrais pas contrôler le traitement de ta maladie.'

Annexe 3. Extrait d'une lettre de demande d'information étrangère adressée à un médecin géorgien. Tbilissi, février 2022.

We kindly request your assistance concerning the following questions:

1. Is the above-mentioned medical treatment available in Georgia?

Name and location of facility (facilities):

2. Is the above-mentioned medication available in Georgia?

3. Are any alternatives to the above-mentioned medication available in Georgia?

4. If the medication is not available in Georgia, is it possible to import it from abroad? If so, who pays the costs for this medication?

5. Who provides the above-mentioned medical care in Georgia?

6. Is the health insurance taking charge of the costs for this treatment and medication?