SciencesPo
ÉCOLE DE DROIT

Habitat Cité

Droit au séjour et problématiques de santé des ressortissants géorgiens

Emma Huet
Alexandra Ghittino
Hemma Jari

Sommaire

Remerciements **3**

Acronymes **4**

Tableaux et graphiques **5**

Conclusions principales **6**

Avant-Propos **7**

Introduction **5**

Méthode **9**

I. Panorama du système de santé géorgien : inventaire des programmes, des soins disponibles et accessibles. **11**

1.1 Paysage médical : données de santé publique.

1.1.1 Revenu

1.1.2 Education **13**

1.2 Évolution du système d'assurance santé.

2. Programmes spéciaux. **17**

2.1 Hépatite C **18**

2.2 Tuberculose

2.3 VIH **19**

2.4 Santé mentale **20**

2.4.1 Données sur la santé mentale.

2.4.2 Couverture de santé pour les troubles psychiques. **21**

2.4.3 Traitement des problèmes somatiques des patients **21**

2.4.4 Conditions de vie en établissements psychiatriques **22**

2.4.5 Manque de personnel psychiatrique et de formation **22**

2.4.6 Mauvaise qualité des médicaments **23**

2.5 Handicaps **23**

2.5.1 Disponibilité des données sur le handicap **24**

2.5.2 Aide de l'état après 18 ans. **24**

2.5.3 Assistant d'enfants en situation de handicap **24**

2.5.4 Troubles du spectre autistique (TSA) **24**

2.5.5 Trisomie 21 **26**

2.5.6 Stigma et discrimination **29**

2.5.7 Couverture des soins pour personnes en situation de handicap **30**

2.5.8 Insertion professionnelle

3. Motifs d'émigration **31**

II. Analyse structurelle : un système privatisé, sous l'emprise de l'emprise d'un marché peu régulé **31**

1.1 Remboursements du PUSS : prix plafonds et couverture partielle ou aléatoire **32**

1.2 Les résultats d'un faible recours aux médecins de santé primaire **36**

2. Oligopoles et liens entre politique et marché de la santé. **37**

2.1 Un niveau de fragmentation élevé à Tbilissi et dans les autres centres urbains **38**

2.2 Une forte concentration dans les zones les plus reculées **39**

3. Des réponses incitatives nouvelles mais insuffisantes. **40**

3.1 L'accord de libre échange avec la Turquie

3.2 Législations récentes sur le plafonnement du prix et la prescription de médicaments génériques

III. Du ministère de la Santé au ministère de l'Intérieur, la santé des étrangers, une manière de contrôler la migration ? **42**

1. Des avis aléatoires résultant d'une suspicion permanente **42**

1.1 Excès de contrôle et délais dépassant les trois mois exigés par le CESEDA.

1.2 Des incohérences dans les avis rendus, renforcées par un manque de transparence de l'OFII et des préfectures. **43**

1.3 Des informations partielles, un processus flou : le cas de la BISPO. **44**

2. Le retour volontaire médicalisé une fausse bonne solution ? **45**

IV. Recommendations **46**

Conclusion **47**

Références

Remerciements

Nous tenons tout particulièrement à remercier Kristína, la tutrice du projet, et Sylvain pour leur soutien, leurs conseils, et leur expertise tout au long de l'année.

Nous souhaitons exprimer de chaleureux remerciements à Annabella, Marc, Mamuka, Beka et toute l'équipe d'Habitat Cité ainsi qu'à nos professeurs Nicolas et Camille, à Bastien et Christophe et à toute l'équipe pédagogique et administrative de la Clinique de droit de Sciences Po qui ont facilité nos démarches, nous ont formées et apportées une aide précieuse tout au long de notre projet. Nous tenons également à remercier Olivier Lefebvre, coordinateur médical national au Comede, pour ses précieuses corrections.

Enfin, nous voulons adresser nos remerciements à toutes les personnes rencontrées en France et en Géorgie pour leur temps et leur expertise, ainsi qu'aux rédactrices des rapports sur le sujet des années passées, Léa, Isabella, Kata et Noémie pour leur aide et leurs conseils.

Le présent rapport a été rédigé par trois étudiantes de la Clinique de l'École de Droit de Sciences Po à la demande de l'association Habitat Cité avec l'appui et le soutien d'Habitat Cité et l'encadrement de leurs tuteurs, Kristina Gancarova, Marc Hasson et Christophe Pouly. Les propos de l'étude n'engagent que les auteurs de celle-ci, cités en première page, et sont à ce titre indépendants de toute opinion de Sciences Po en tant qu'établissement.

Tableaux et Graphiques

Figure 1 : Part des paiements directs dans le total des dépenses de santé, Ministère de la santé, rapports nationaux sur la santé, 2020.

Figure 2 : Dépenses publiques en éducation, total (% des dépenses du gouvernement), Banque mondiale, 2021.

Figure 3: Enseignement superieur par sexe, Unesco, 2022.

Figure 4 : Part des remboursements en fonction des soins et des catégories de bénéficiaires, OMS, 2021.

Figure 5 : Part des personnes atteintes d'une maladie grave ayant déclaré des besoins non satisfaits au cours des 30 derniers jours, Curatio International, 2021.

Figure 6 : Intégration verticale dans le marché de la santé, Curatio International, 2018.

Conclusions principales

Les **dépenses** des ménages pour les médicaments, les **soins hospitaliers et ambulatoires** sont extrêmement élevées malgré le système d'assurance publique et des politiques incitatives de l'État pour baisser le prix des médicaments.

La **disponibilité** de certains traitements, notamment de l'ordre de la **santé mentale**, est fortement limitée et constitue de **réelles barrières aux soins** pour de nombreuses personnes en Géorgie.

De fortes **stigmatisations et des discriminations** de personnes en situation de handicap, de personnes LGBT+, atteintes de maladie sexuellement transmissible, d'infection par le virus de l'hépatite C (VHC), constituent des obstacles pour l'accessibilité aux soins, les empêchant de se soigner et d'avoir un accès égal aux droits fondamentaux.

Des **problèmes structurels** inhérents au système de santé, maintiennent des **prix élevés** ainsi que des inégalités de disponibilité des traitements **selon les régions**.

Les procédures de demande de TSPS ne prennent pas en considération l'état de santé des malades. Le délais des décisions de l'OFII et la nécessité de se rendre physiquement en préfecture sont **incompatibles** avec la mobilité réduite de certaines personnes, et le besoin de soin est **urgent**.

Il y a un véritable manque de transparence concernant les avis des médecins de l'OFII et des Préfets. Le **manque d'harmonisation** des procédures est le résultat d'une **absence flagrante de précision réglementaire** sur les compétences et les devoirs de chaque acteur.

Avant-propos

Initié en 2020, le partenariat entre l'association Habitat-Cité et la clinique juridique de Sciences Po vise à produire des ressources pour éclairer la situation du système de santé géorgien. Parallèlement, le projet "droit au séjour et problématiques de santé des ressortissants géorgiens" se penche également sur la situation des étrangers malades, demandeurs de titre de séjour pour soin en France.

L'association Habitat-Cité, créée en 2003, vise à lutter contre le mal logement et la précarité. L'accès aux soins à travers l'obtention de titres de séjour est intrinsèquement lié à la volonté de lutter contre les conditions de vie précaires des étrangers.

Les titres de séjour pour raison médicale ont vu le jour en 1998. Ce droit est le fruit de la mobilisation de la société civile dont le combat a permis d'inscrire "l'inexpulsabilité" dans le droit. En effet, il était initialement prévu pour interdire les expulsions des personnes séropositives résidant en France n'ayant pas accès aux antirétroviraux dans leur pays d'origine[1]. Cette procédure était d'abord confiée aux médecins des Directions Départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) avant de passer sous le contrôle des Agences Régionales de Santé (ARS). Aujourd'hui, seulement 2% des personnes admises à séjourner en France le sont à travers le titre de séjour pour soin "vie privée et familiale". La loi du 7 mars 2016 a entraîné un passage de la gestion des dossiers de demandes de titres de séjour pour soin des mains des Agences Régionales de Santé, sous la direction du ministère de la Santé, à l'OFII, un établissement placé sous la tutelle du ministère de l'Intérieur. Cette réforme a également réintroduit l'accès effectif au traitement. Au-delà de la disponibilité du traitement, les médecins doivent apprécier l'accessibilité réelle aux soins. Ceci implique notamment d'avoir une connaissance de la situation de l'étranger malade ainsi que du contexte de son pays de provenance. Pour cette raison, ce rapport cherche à compléter les publications précédentes afin d'apporter des précisions sur l'état du système de santé géorgien.

Depuis 2018, les demandes d'asile et de titres de séjour pour soin de Géorgiens ont fortement augmenté.[2] Un certain nombre de Géorgiens faisant face à des obstacles dans leur parcours de soin, tentent de se faire soigner en France. Toutefois, la Turquie et Israël sont habituellement les deux pays privilégiés par les Géorgiens qui émigrent pour se faire soigner.
En 2021, la Géorgie est passée de la sixième à la neuvième position parmi les pays de provenance des demandeurs de titre de séjour pour soin[3]. 1178 ressortissants Géorgiens ont

[1] Mbaye, E. (2009). Sida et immigration thérapeutique en France : mythes et réalités. *Sciences sociales et santé*, 27, 43-62.
[2] OFII. (2022) *Rapport d'Activité 2021.*
[3] OFII. (2019) *Rapport d'Activité 2018.*

demandé un titre de séjour pour soin en 2021, soit 4,25% du total de demandeurs. Ils se situent à la quatrième place des demandeurs d'asile en 2022.[4]

Contextualisation géopolitique

La Géorgie est un pays du Caucase du Sud, limitée à l'ouest par la mer Noire, au nord par la Russie, au sud par la Turquie et l'Arménie, et au sud-est par l'Azerbaïdjan.
Sa position stratégique entre l'Asie et l'Europe, aux abords de la mer Noire en fait un pays historiquement convoité par les puissances voisines.

Le modèle de soins de santé Semashko a été adopté pendant la période soviétique (1921-1991) en Géorgie comme dans d'autres pays soviétiques.[5] Après l'effondrement de l'Union soviétique, la population de la Géorgie a diminué de près d'un cinquième et l'économie est rapidement passée d'un régime communiste à un système de marché. Les dépenses publiques réelles par habitant pour les soins de santé ont rapidement diminué, passant d'environ 13 dollars américains en 1990 à moins de 1 dollar américain en 1994. Le ministère du Travail, de la Santé et des Affaires sociales de Géorgie a annoncé la planification de la réforme des soins de santé à partir de 1993, dans le cadre du passage à l'économie de marché qui a suivi l'indépendance.

La Géorgie a bénéficié également d'un important financement externe de la santé provenant de sources telles que les Nations unies, la Banque mondiale, des organisations non gouvernementales et d'autres pays, notamment l'Allemagne, le Japon, le Royaume-Uni et les États-Unis.
La proximité de la guerre en Ukraine influence le climat politique et social du pays. Depuis le début de l'offensive russe, 26 000 réfugiés ukrainiens ont immigré en Géorgie.[6] Par ailleurs, un an après le début du conflit, le ministère de l'intérieur géorgien déclarait l'arrivée de 112 000 russes. Bien qu'il soit difficile d'évaluer l'impact direct de la guerre en Ukraine sur le système de santé, ces changements démographiques ont eu un impact majeur

[4] Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides.

[5] Rukhadze, T. (2013). An overview of the health care system in Georgia: expert recommendations in the context of predictive, preventive and personalised medicine. The EPMA journal.
[6] Chichinadze, R. (2023).The uncertain future of 26,000 Ukrainians in Georgia. People in Need.

sur le pouvoir d'achat des Géorgiens. La société géorgienne est marquée par de fortes tensions sociales sur certaines questions, qui affectent la couverture journalistique, notamment sur les sujets de la religion, des droits des LGBT et de l'influence de la Russie.

Méthodologie

L'équipe

L'équipe comprend Kristína Gancárová, tutrice du projet et membre de l'association Habitat-Cité; Sylvain Salzgeber, médecin généraliste spécialisé dans la santé préventive et pédiatrique; Alexandra Ghittino, Emma Huet et Hemma Jari, étudiantes en droits humains et sécurité internationale à Sciences Po.

Agenda

L'enquête a débuté en septembre 2022, et s'est déroulée en plusieurs étapes. La première phase, de septembre à janvier, nous a permis à la fois de nous familiariser avec le projet grâce à des recherches et des permanences juridiques à Habitat Cité, mais aussi de définir les objectifs de l'année. De novembre à janvier nous avons mené des entretiens en France afin de mieux comprendre les enjeux liés aux titres de séjour pour soins et avons préparé le voyage en Géorgie en contactant les acteurs du secteur de la santé sur place. Du 28 janvier au 4 février, nous avons interviewé les acteurs de la santé à Tbilissi. Enfin de février à mai, nous avons retranscrit les entretiens, continué les recherches et rédigé le rapport.

Outils qualitatifs: entretiens

Pour cette enquête nous avons effectué une trentaine d'entretiens semi-directifs en français, anglais et russe. En France, les entretiens ont eu pour but de comprendre les problématiques des demandeurs de titre de séjour pour soins, le traitement des demandes et les raisons des rejets des ces dernières.

En Géorgie, nos entretiens ont eu lieu à Tbilissi. Ceux-ci ont principalement été menés sur le lieu de travail, mais aussi dans des cafés, dans lesquels les enregistrements ont été moins aisés, en raison des fonds sonores élevés. Pour des raisons logistiques nous avons quelquefois dû nous scinder en deux groupes de deux et trois personnes. Certains entretiens ont également dû se tenir sur Zoom soit par impossibilité de nous rendre sur place, soit parce que les interlocuteurs préféraient cette option. Les entretiens sur Zoom entraînent plus de distance et rendent impossible les échanges informels autour d'un café. Nous avons néanmoins rencontré des personnes qui n'ont pas hésité à nous confier des récits intimes ou leur opinion sur le système de santé. Cela peut être lié au fait que les échanges en ligne sont devenus une norme depuis la pandémie dans certaines catégories professionnelles, ce qui réduit la distance instaurée habituellement par l'écran.

Concernant le déroulement de l'entretien, nous avions préparé des listes de questions pour chaque entretien, mais laissions la personne libre d'aborder d'autres sujets et adaptions nos questions au discours. Les personnes interviewées étant majoritairement des acteurs du monde associatif ou des observateurs indépendants, nous n'avons que rarement eu l'impression qu'elles cherchaient à nous impressionner ou bien censuraient leur discours.

Alexandra et Kristína Gancárová ont tenu lieu de traductrice, lorsque les personnes ne se sentaient pas suffisamment à l'aise en anglais et préféraient le russe. Il est également arrivé que des traducteurs soient présents sur place afin de traduire du géorgien vers l'anglais. Certains entretiens ont eu lieu en plusieurs langues, des personnes ressentant parfois le besoin de basculer en géorgien pour exprimer plus distinctement leur pensée, puis en anglais afin d'avoir un échange plus direct.

Pour tous les entretiens, nous avons demandé la permission d'enregistrer en précisant que l'enregistrement pouvait être interrompu à tout moment à leur demande. Concernant l'oligopole dans le secteur de la santé, tous les acteurs nous ont demandé d'arrêter l'enregistreur. Le seul entretien que nous n'avons pas pu enregistrer, s'apparentait davantage à un interrogatoire et à eu lieu à l'institut français de Tbilissi, en présence d'un attaché de sécurité intérieure.

Recherches

Tout au long de l'année nous avons effectué un travail de recherches bibliographiques en constituant un corpus de rapports et d'enquêtes rédigés par différentes institutions et organisations nationales et internationales. Nous avons également utilisé des articles de journalistes et de chercheurs indépendants géorgiens ainsi que des statistiques officielles.

Limites

Nous n'avons pas pu effectuer de voyage en région, ce qui a limité notre compréhension des inégalités d'accès et de disponibilité des soins, même si nous avons rencontré des personnes qui ont pu nous donner un aperçu de la situation en dehors de la capitale. La barrière de la langue s'est également faite sentir lorsque les personnes ne parlaient pas russe, anglais ou français couramment. Aucune d'entre nous ne maîtrisant le géorgien, nos sources parfois écrites en géorgien devaient être traduites, soit par des bénévoles d'Habitat Cité, soit par des logiciels. Séjournant à l'hôtel, nous n'avons pas effectué d'immersion dans une famille géorgienne, ce qui aurait pu aider à la compréhension de la culture géorgienne. Nous avons tout de même pu avoir un aperçu des angoisses et problématiques actuelles, grâce à des discussions avec les personnes interviewées, l'observation du street art et des slogans dans les rues, les restaurants, les bars ou les cafés. Nous avons également été limitées par le temps à notre disposition, raison pour laquelle nous avons dû

circonscrire le nombre d'entretiens et les sujets abordés.

I. Panorama du système de santé géorgien : inventaire des programmes, des soins disponibles et accessibles

1.1 Paysage médical : données de santé publique

En Géorgie, l'espérance de vie à la naissance des 3 728 282[7] habitants est de 73 ans soit plus que la moyenne de la Communauté des États indépendants. Le taux de mortalité infantile (avant 5 ans) est de 10 décès pour 1000 naissances vivantes, contre 4 décès pour 1000 naissances vivantes en France.[8,9] Le pays a par ailleurs amélioré l'espérance de vie à la naissance, réduit la mortalité prématurée due aux quatre principales maladies non transmissibles chez les personnes âgées de 30 à 69 ans, et maintient des niveaux élevés de vaccination des enfants contre la rougeole et la rubéole. Malgré cela, le cancer, les maladies cardiovasculaires et le taux élevé de tabagisme chez les hommes restent des facteurs de mortalité prématurée importants.[10,11]

1.1.1 Revenu et santé publique

Depuis 2012, les dépenses publiques en matière de soins de santé ont considérablement augmenté. Cependant, les paiements à la charge de la population restent significativement élevés. L'un des principaux indicateurs permettant de mesurer l'efficacité des dépenses de santé est la dynamique des dépenses de la population. En 2019, les paiements directs de la population représentaient près de 47 % de l'ensemble des dépenses de santé, ce qui est nettement supérieur à la moyenne des pays de la région européenne de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (Figure 2).[12] Le revenu des ménages, surtout lorsque l'assurance ne prend pas en charge l'ensemble des dépenses de santé, a une influence sur la décision d'aller consulter un médecin, dont la consultation coûte environ 100 GEL[13] en Géorgie, ainsi que sur l'état de santé général.

---

[7] *Country Profile - UNICEF DATA*. (2020, 6 février). UNICEF DATA. https://data.unicef.org/country/geo/#/
[8] Organisation Mondiale de la santé 2021 France | Data (worldbank.org)
[9] Organisation mondiale de la santé pour 2020 Georgia | Data (worldbank.org)
[10] *World Bank Open Data*. (s. d.). World Bank Open Data. https://donnees.banquemondiale.org/pays/georgie
[11] World Health Organization : WHO. (2017, 26 octobre). Georgia achieves significant health improvements but still faces considerable challenges. *WHO*. https://www.who.int/europe/news/item/26-10-2017-georgia-achieves-significant-health-improvements-but-still-faces-considerable-challenges
[12] *Healthcare Expenses – How Much Do People Pay Out of Their Pockets ?* (s. d.). https://factcheck.ge/en/story/40418-healthcare-expenses-how-much-do-people-pay-out-of-their-pockets
[13] Entretien Giorgi Merabishvili 20/02/2023

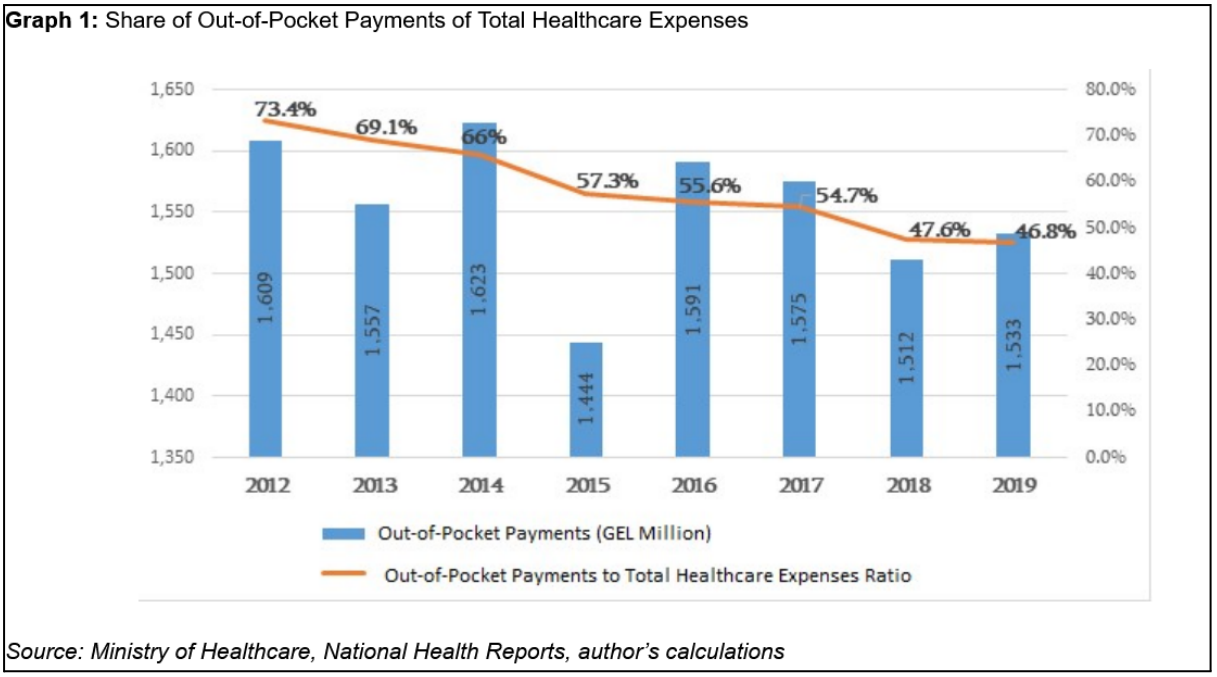

Figure 1 : Part des paiements directs dans le total des dépenses de santé, Ministère de la santé, rapports nationaux sur la santé, 2020.

En 2021, la Géorgie avait un revenu par habitant de 15 950 dollars PPA (source: Banque mondiale), au même moment en France, ce revenu s'élevait à 51 660 dollars pour la même année. Le salaire moyen en 2021 était de 1 305 laris (470 $) en tenant compte des variations du pouvoir d'achat. La même année, les revenus moyens avaient augmenté de 9,6 pour cent mais l'inflation annuelle s'élevait également à 9,6 pour cent sur la même période.[14]

Le contexte de la guerre en Ukraine a négativement influencé l'économie géorgienne notamment à cause de la réduction du commerce, du tourisme, la hausse des prix des produits de base tels que le pétrole et les produits alimentaires. La perturbation des approvisionnements et le climat d'incertitude ont fortement influencé l'économie géorgienne. La Géorgie est devenue plus dépendante économiquement de la Russie, ce qui pose des risques significatifs pour la sécurité et la résistance à long terme du pays ; en outre, la hausse drastique des prix causée par l'augmentation considérable de la demande liée à l'afflux massif de migrants en provenance de Russie, a conduit à l'affaiblissement d'un certain segment de la classe moyenne géorgienne, entravant encore davantage la stabilité économique et le développement démocratique du pays. Le taux d'inflation s'élevait à 9,8% en décembre 2022, selon le Bureau National des Statistiques (Geostat). Cette inflation est particulièrement visible dans le secteur de l'immobilier. D'après Geostat, les prix des biens immobiliers ont subi une augmentation de 10,7% en moyenne durant les neufs premiers mois de l'année 2022. Ainsi, à plusieurs reprises les personnes interviewées[15] nous ont partagé leurs inquiétudes face à l'augmentation générale des prix, notamment dans des secteurs clés comme

[14] Geostat. National Statistics Office of Georgia.
[15] Entretiens Mari Korkodatze, fondatrice de l'association Families Against Discriminations 01/01/23 et MAC GEORGIA, Jeremy Gaskill 03/02/2023

l'immobilier. Face à l'inflation, les personnes malades trouvent différents moyens pour éviter de dépenser une partie de leur revenu dans les soins. Certains refusent de se soigner ou ne prennent pas les doses de traitement nécessaire.

Alors qu'il est difficile d'établir les effets immédiats de la guerre en Ukraine sur le système de santé géorgien, nous pouvons imaginer que l'inflation qu'elle a entraînée représente une nouvelle barrière d'accès aux soins, à l'heure où les coûts excessifs de la santé en Géorgie constituaient déjà la première barrière aux soins.

1.1.2 Education

Les données de santé publique sont influencées par une série de facteurs sociaux extérieurs aux soins de santé. Les différences de taux de mortalité et les facteurs de risque sont liées à des déterminants sociaux tels que l'éducation et le revenu. En effet, l'éducation elle-même produit des bénéfices, tels que des revenus plus élevés, qui prédisposent ensuite le bénéficiaire à de meilleurs résultats en matière de santé. Pour comparer les données, le niveau d'éducation (le nombre d'années d'études accomplies) est souvent utilisé et comparé à l'espérance de vie, car c'est le plus fréquemment recensé. La qualité de l'éducation, qui prend en compte les scores de compétence et la compréhension des contenus fondamentaux, est également un facteur primordial. En ce sens, des chercheurs comme Montez et al. (2012)[16] ont mis en évidence une relation négative entre le nombre d'années d'études et le risque de mortalité pour un niveau d'études inférieur au diplôme de fin d'études secondaires.[17]

Les dépenses de la Géorgie en matière d'éducation sont faibles par rapport aux références internationales. Par rapport aux dépenses publiques totales, elles sont passées de moins de 7% en 2012 à 13,4% en 2019 et à 11,5% en 2021 (Banque mondiale). Elles restent néanmoins inférieures à l'objectif de 15-20 % fixé par l'Accord de Mascate des Nations Unies (UNESCO, 2014)[18] et la Déclaration d'Incheon (2016)[19] fixant le cadre d'action Education 2030

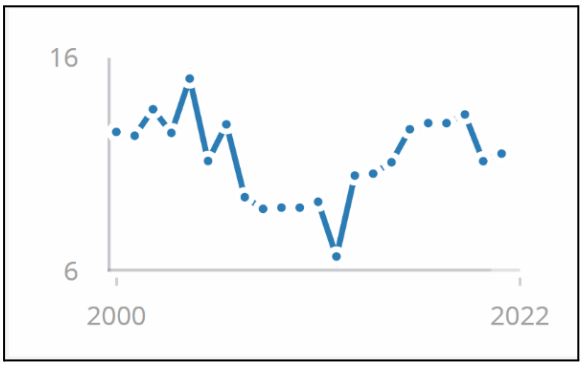

Figure 2 : Dépenses publiques en éducation, total (% des dépenses du gouvernement), Banque mondiale, 2021.

[16] Montez, J. K., Hummer, R. A., & Hayward, M. (2012). Educational Attainment and Adult Mortality in the United States : A Systematic Analysis of Functional Form. *Demography*, *49*(1), 315-336. https://doi.org/10.1007/s13524-011-0082-8

[17] Zimmerman, E., & Woolf, S. H. (2014). Understanding the Relationship Between Education and Health. *National Academy of Medecine*. https://nam.edu/perspectives-2014-understanding-the-relationship-between-education-and-health/

[18] United Nations. (s. d.). *L'éducation dans le Programme de développement durable pour l'après-2015 | Nations Unies*.https://www.un.org/fr/chronicle/article/leducation-dans-le-programme-de-developpement-durable-pour-lapres-2015

[19] Education 2030 : Déclaration d'Incheon et Cadre d'action pour la mise en œuvre de l'Objectif de développement durable 4: Assurer à tous une éducation équitable, inclusive et de qualité et des possibilités d'apprentissage tout au long de la vie.

Or si le niveau global des dépenses est important, l'efficacité et l'équité avec lesquelles ces ressources sont utilisées influent également sur les résultats. Si dans l'enquête PISA 2015, la Géorgie a obtenu des résultats similaires ou supérieurs à ceux du Brésil, de la Colombie, ou du Mexique, bien que ces pays aient des dépenses cumulées par élève plus élevées, en 2018, en revanche, les résultats du classement étaient nettement inférieurs à ceux observés en 2015 en lecture et en sciences, inversant la plupart des gains observés entre 2010 et 2015. Seuls les résultats en mathématiques du PISA 2018 sont restés significativement supérieurs au niveau observé en 2010.[20]

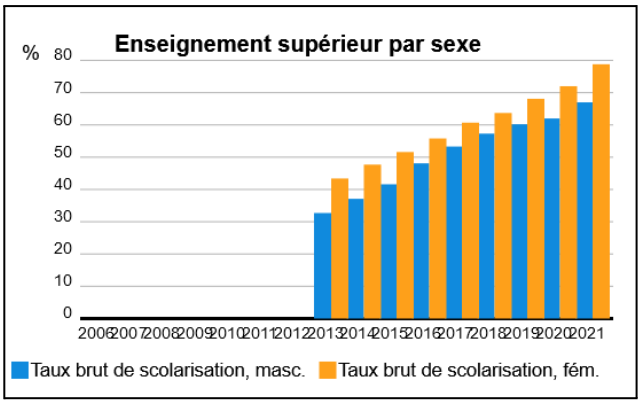

Figure 3: Enseignement superieur par sexe, Unesco, 2022.

La Géorgie a néanmoins un taux d'alphabétisation total des adultes (part des personnes âgées de 15 ans et plus) de 100%.[21] De plus, le pays est parvenu à une participation quasi universelle à l'enseignement primaire, ayant augmenté son taux net de scolarisation à 98,6 % (2021). La part des étudiants dans l'enseignement secondaire a également augmenté de manière significative et est comparable aux références internationales avec un taux net de la scolarisation dans l'enseignement secondaire égal à 96,6 % (2021).[22,23] De plus, la Géorgie a un indice de parité entre les sexes (IPS) égal à 1,01 en 2021 (un IPS inférieur à 1 indique que les filles sont plus désavantagées que les garçons en matière de possibilités d'apprentissage, et un IPS supérieur à 1 indique le contraire).[24] En outre, le taux brut de scolarisation des femmes dans l'enseignement supérieur est égal à 78,8 % contre 67% des hommes.[25] En étudiant les données sur l'éducation, on observe des résultats satisfaisants au vu des dépenses publiques même s'ils restent inférieurs aux résultats des pays de l'OCDE.

1.2 Evolution du système d'assurance santé

Suite à l'indépendance de la Géorgie, le système de santé a été progressivement décentralisé et privatisé à travers de nombreuses réformes passées entre 2007 et 2012. En 2007 un premier 'groupe pilote' vivant sous le seuil de pauvreté a eu accès à des soins ambulatoires et hospitaliers sans ticket modérateur (co-payment). L'État finançait directement les assureurs privés en charge de la mise en place du programme, à travers une cotisation annuelle pour chaque personne couverte par le programme. Seules quelques catégories de Géorgiens avaient accès à cette assurance maladie qui s'étend en 2009 aux professeurs et aux soldats.

[20]Programme for international student assessment PISA Results from (2018) Country Note : Georgia. (2018). Dans *OECD.org*. https://www.oecd.org/pisa/publications/PISA2018_CN_GEO.pdf
[21] *World Bank Open Data*. (s. d.). World Bank Open Data. https://donnees.banquemondiale.org/pays/georgie
[22]*Home*. (s. d.). https://www.oecd-ilibrary.org/sites/bbc437aeen/index.html?itemId=/content/component/bbc437ae-en
[23] *Géorgie*. (2012). UNESCO UIS. https://uis.unesco.org/fr/country/ge
[24] *World Bank Open Data*. (s. d.). World Bank Open Data. https://donnees.banquemondiale.org/pays/georgie
[25] *Géorgie*. (2012). UNESCO UIS. https://uis.unesco.org/fr/country/ge

En 2012, l'assurance publique est réformée pour comprendre les retraités, les enfants âgés de moins de six ans et les personnes en situation de handicap.

Depuis 2013, un nouveau plan d'assurance maladie dit 'universel' est mis en place : le 'programme universel de soins de santé' (PUSS). Cette réforme s'inscrit dans le programme 'Georgian Healthcare System State Concept 2014-2020. Universal Healthcare and Quality Management for Protection of Patient Rights'. La couverture universelle des soins de santé est introduite avec un ensemble de prestations minimales couvrant les soins ambulatoires planifiés et les soins d'urgence (ambulatoires et hospitaliers) avec un co-paiement pour tous les résidents légaux qui n'étaient pas couverts auparavant. Quelques mois plus tard, l'assurance universelle est élargie, couvrant la chirurgie non-urgente, le traitement du cancer et les accouchements (en plus des soins ambulatoires planifiés et des soins d'urgence), tout cela avec une participation aux frais. Par exemple, les chirurgies étaient financées à hauteur de 70%, avec un plafond annuel de 15 000 Gel[26]. Suite à l'introduction du *PUSS* en 2013, l'utilisation des services de santé ambulatoires et hospitaliers a augmenté de manière significative.[27]

Le *PUSS*, basé sur le co-paiement, est toujours en vigueur. Néanmoins, le système d'assurance publique a évolué, notamment avec l'interdiction de cumuler une assurance privé, aussi peu généreuse soit-elle, avec une assurance maladie universelle (qui elle-même ne couvre pas tous les soins). Depuis 2017 l'assurance maladie est délivrée en fonction du revenu et de l'appartenance ou non à un groupe prioritaire. Le groupe aux revenus les plus élevés (environ 1% de la population dont le revenu annuel dépasse 40 000 GEL) est exclu de la plupart des prestations du *PUSS* mais a accès aux services offerts par les "programmes verticaux", tels que les programmes contre la tuberculose, le VIH etc.

Outre le programme universel de soins de santé, l'État finance également des services de santé pour tous les résidents légaux dans le cadre de 23 programmes de protection de la santé publique. Ces programmes visent à couvrir une grande partie du pays et à assurer l'accès à la vaccination, à la prévention des maladies, à la détection précoce, au dépistage, et aux conseils en matière de réduction des risques pour les personnes désignées par l'État. En raison de l'absence de couverture d'une grande partie des services de santé, des frais d'utilisation importants sont nécessaires, en particulier pour les médicaments et les soins ambulatoires.

L'assurance maladie privée est une alternative à un système étatique qui ne couvre pas l'intégralité des dépenses de santé, mais le taux d'adhésion est faible. Ces assurances sont fournies par des compagnies d'assurance privées et couvrent environ 9 % de la population (438 302 personnes en 2020), principalement sur une base volontaire par le biais d'une couverture collective des employés et de leur famille. A la même période, 0,3% de la

[26] Goginashvili K, Nadareishvili M, Habicht T. (2021). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Georgia.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
[27] Ibid.

population n'était couverte par aucun type d'assurance.[28] Certaines assurances privées couvrent des services exclus de l'assurance publique, tels que les soins dentaires et certains médicaments en consultation externe. Ces compagnies d'assurances privées offrent un grand nombre de contrats dont la couverture varie fortement. Rusudan Mghebrishvili, est la cofondatrice et coordinatrice médicale de la *Georgian down syndrome association*. Elle travaillait précédemment pour une assurance privée. D'après elle, un forfait offrant une couverture satisfaisante s'élève à 200/ 250 /300 laris, et 400/450 pour le forfait familial couvrant les soins des parents et de leurs enfants jusqu'à 16 ans. Les assurances privées d'entreprises sont les plus courantes. A titre comparatif, d'après le Bureau national géorgien des Études Statistiques (Geostat), le salaire médian était de 900 laris (320 $) en 2021. Dans le domaine de la santé et des soins sociaux, le salaire mensuel médian s'élevait à 774 laris (277 $), dans l'éducation, il était de 649 laris (233 $).[29] Ainsi, les assurances privées restent très peu accessibles pour une grande partie de la population.

Ces différentes assurances couvrent (partiellement) les soins médicaux mais ne prennent pas en charge les examens diagnostiques. Ce manque de prise en charge donne lieu à des situations d'errance médicale avant diagnostic et de retard de prise en charge qui influencent négativement le niveau de santé de la population géorgienne ainsi que sa confiance dans le système de santé.

La décision récente d'abroger le caractère cumulable de l'assurance privée et de l'assurance publique retarde le début des soins, par exemple dans les cas de traitements oncologiques. Seuls les forfaits extrêmement coûteux des assurances privés couvrent les traitements oncologiques. Ainsi, d'après la chargée de Programme national de l'OMS, Rusudan Imnaishvili, les personnes qui ont besoin de ce type de traitement annulent souvent leur assurance et doivent attendre près de six mois avant de commencer leur traitement pris en charge par l'assurance publique. [30] Seuls, les programmes verticaux sont accessibles aux personnes qui souscrivent à une assurance privée (tels que les programmes de traitement pour la tuberculose).

Les ménages à faible revenu qui se situent au-dessus du seuil de pauvreté et les enfants âgés de 6 à 18 ans sont soumis au paiement d'un ticket modérateur élevé pour tous les services de santé.[31] La Géorgie ne fait pas exception et est confrontée à des défis de gouvernance communs découlant de la diversité et de l'autonomie relative des prestataires privés, qu'il est difficile de tenir responsables des résultats.

2. Programmes spéciaux

[28] Goginashvili K, Nadareishvili M, Habicht T. (2021). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Georgia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
[29] Geostat. National Statistics Office of Georgia.
[30] Entretien avec Rusudan Imnaishvili, OMS, 31/01/2023.
[31] Goginashvili K, Nadareishvili M, Habicht T. (2021). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Georgia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Les programmes de lutte contre le VIH et l'infection par le virus de l'hépatite C ont été financés par le Fonds mondial. Ces deux programmes sont considérés comme une grande réussite. Cependant, comme les fonds diminuent et que le gouvernement prend progressivement en charge les programmes, la viabilité de ces derniers est remise en question par des membres d'associations tel que Manana Sologashvili, fondateur de l'association Hepa plus.

2.1 L'infection par le virus de l'hépatite C (VHC)

L'infection par le virus de l'hépatite C est une infection virale transmise par le sang. La Géorgie a l'un des taux de prévalences de l'infection par le virus de l'hépatite C les plus importants au monde. En 2015, la Géorgie a lancé le premier programme national d'élimination du virus de l'hépatite C (VHC) (au monde), avec pour objectif de réduire la prévalence du virus de 90 %. Pour faciliter la mise en place du programme, un sondage a été réalisé auprès de la population atteinte par le VHC. Ainsi, en 2015 on estime que 7,7 % de la population adulte était exposée à l'infection par le virus de l'hépatite C et que 5,4 % a une infection chronique par le VHC. La consommation de drogues injectables et la transfusion de sang sont les facteurs de risque associés à l'exposition au VHC.[32] Ces résultats ont permis d'estimer à 150 000 le nombre de personnes vivant avec une infection chronique par le VHC à l'époque. Depuis, le programme d'élimination de l'infection par le virus de l'hépatite C en Géorgie a permis de traiter plus de 76 000 personnes, soit plus de la moitié du nombre estimé de personnes infectées, atteignant un taux de guérison de 98,9 %. Les autorités géorgiennes avaient fixé l'objectif ambitieux de diagnostiquer 90 % des personnes vivant avec le VHC, de traiter 95 % des personnes diagnostiquées et de guérir 95 % des patients traités d'ici à 2020. Au total, 521 personnes ont interrompu leur traitement. La cause la plus fréquente d'interruption du traitement est le décès (48,8 %). Parmi les personnes décédées pendant le traitement, la majorité (57,4 %) souffrait d'une maladie hépatique sévère.[33]

Ces situations sont le résultat d'un manque de prise en charge des effets indésirables du traitement, déploré par l'ensemble des personnes interrogées. Les programmes ne prennent pas en compte les effets indésirables des traitements. Ainsi, les problèmes fréquents d'insuffisance du foie ou de cirrhose ne sont ni pris en charge par ce programme national ni couverts par l'assurance maladie. Olivier Lefebvre, médecin au Comede, a témoigné de son expérience avec des patients géorgiens venus en France pour soigner ces effets indésirables.

Contrairement à d'autres maladies, l'infection par le virus de l'hépatite C est beaucoup moins stigmatisée. Cependant les femmes et les personnes qui font usage des drogues sont toujours victimes de stigmatisation. Manana Sologashvili a mené une recherche sur les femmes consommatrices de drogues. Lorsqu'elles apprennent qu'elles sont atteintes par le VHC, elles ne suivent pas de traitement. Beaucoup d'entre elles ont mentionné que les membres de leur famille n'étaient pas au courant de leur statut. *'C'est un gros problème dans notre pays, car il*

[32] Georgia Hepatitis Elimination Program, Progress Report, Center for Disease Control and Prevention, Ministry of Internally displaced persons from the Occupied Territories, Labour, Health, and Social Affairs of Georgia, NCDC 2021.

[33] Tsertsvadze et al.,(2020). Treatment outcomes of patients with chronic hepatitis C receiving sofosbuvir- based combination therapy within national hepatitis C elimination program in the country of Georgia, BMC Infectious Diseases.

est honteux d'être infecté. Parfois, les membres de la famille découvrent les raisons pour lesquelles ils ont été infectés. Et ils commencent à penser que vous êtes un toxicomane et la plupart du temps, les membres de la famille ne le savent pas.'

Gvantsa Kvinikadze, au sujet de l'infection par le virus de l'hépatite C : '*La confiance et le stigma sont les problèmes principaux parce que c'est toujours associé à un type de comportement déviant comme la consommation de drogues ou l'appartenance à certaines communautés*'

Enfin, lorsque le programme a été mis en place, le gouvernement géorgien avait lancé une étude fixant à 150 000 le nombre de malades à soigner. Aujourd'hui, le nombre de personnes soignées s'élève aux alentours de 70 000[34].

2.2 Tuberculose

La tuberculose est devenue un problème majeur de santé publique en Géorgie après la chute de l'Union soviétique. La guerre civile, qui a suivi l'indépendance de la Géorgie en 1991, a entraîné un grand nombre de personnes déplacées à l'intérieur du pays et un effondrement des services de santé, qui s'est notamment traduit par une difficulté à lutter contre la tuberculose.

La Géorgie est l'un des 18 pays prioritaires du plan européen de l'Organisation mondiale de la santé pour mettre fin à la tuberculose, et l'un des 27 pays au monde présentant les taux les plus élevés de tuberculose multirésistante (TB-MR). En 2016 a été lancé le Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose en Géorgie pour la période 2016-2020. Le centre national de lutte contre la tuberculose en Géorgie est l'institution principale dans le domaine de la tuberculose en Géorgie et gère le programme national de lutte contre la tuberculose. Au niveau régional, il existe des institutions de second niveau. Le réseau de surveillance de la tuberculose en Géorgie est divisé en régions. Chaque région dispose d'un réseau d'établissements où les patients sont suivis par des médecins spécialisés dans la tuberculose et d'un gestionnaire de base de données chargé de recueillir les notifications de tuberculose. Chaque région compte 5 à 10 districts disposant d'une unité de lutte contre la tuberculose, où les médecins spécialistes de la tuberculose reçoivent et suivent les patients. Le pays compte 67 districts avec des unités de lutte contre la tuberculose. part des financements internationaux a nettement diminué. En 2021 le programme est partagé quasi équitablement entre les financements nationaux et l'aide internationale. La prévalence de la TB-MR est de 12 % parmi les nouveaux cas et de 39 % parmi les cas précédemment traités. Néanmoins, depuis 2015, la Géorgie serait parvenue à réduire l'incidence de la Tuberculose et de la TB-MR de 50%.[35]

Le traitement des personnes diagnostiquées avec une TB résistante et une TB multirésistante, est plus difficile et nécessite des médicaments qui causent plus d'effets indésirables. Les

[34] Entretien avec Manana Sologashvili présidente de l'association Hepa Plus et des bénéficiaires atteints d'Hépatite C, 02/02/23.
[35] Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2021. https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs_&entity_type=%22country%22&lan=%22EN%22&iso2=%22GE%22

témoignages s'accordent sur l'absence de gestion des effets indésirables du traitement de la tuberculose.

"*Les effets secondaires ne sont pas correctement pris en charge, la santé mentale et la santé reproductive ne sont pas prises en charge. Les patients atteints de tuberculose ne bénéficient pas d'une attention suffisante en ce qui concerne leur santé mentale, la gestion des effets secondaires et la santé sexuelle.*" - Gvantsa Kvinikadze

---

Gvantsa Kvinikadze est une chercheuse travaillant sur plusieurs organisations communautaires qui s'occupent principalement des personnes séropositives ou atteintes de tuberculose, de l'infection par le virus de l'hépatite C, des usagers de drogues et des membres de la communauté trans de Géorgie. Elle nous a partagé l'expérience de nombreuses patientes ayant la TB dont la grossesse était considérée comme 'dangereuse' et incompatible avec les soins.

"*Dans les cas où les patients atteints de tuberculose décident d'émigrer, la première raison est la gestion des effets secondaires. (...) Ici, ils parlent de discrimination, de défis, d'obstacles. (...) Les gynécologues ont peu de connaissances sur la tuberculose, c'est donc difficile pour eux, il n'y a pas de communication*." -Gvantsa Kvinikadze

---

2.3 VIH

Les citoyens géorgiens bénéficient d'un accès illimité à des services de prévention et de traitement du VIH. Tout comme le programme de lutte contre la tuberculose, le programme de lutte contre le VIH a d'abord été financé par le Fonds mondial. Le gouvernement géorgien est progressivement en train de prendre en charge une part de plus importante du financement. Depuis 2020, le gouvernement géorgien a également commencé à investir dans la prévention ainsi que dans un programme en cofinancement avec le Fond mondial, visant à fournir des aiguilles et des seringues, dans l'optique de réduire les risques liés à la prise de drogues. Il existe cependant une forte stigmatisation liée à la séro-positivité en Géorgie. Cette stigmatisation empêche les personnes de se soigner mais aussi d'obtenir un emploi.

"*Dans les régions, les patients évitent de se rendre dans le centre le plus proche, ils essaient de rassembler de l'argent pour se rendre dans les grandes villes où ils ne peuvent pas être identifiés. La protection de la confidentialité et de la vie privée pose problème. Même si les médecins respectent la confidentialité, ils craignent toujours que quelqu'un puisse les voir à la clinique. Et surtout lorsqu'il s'agit de centres spécialisés, par exemple s'il y a un centre VIH, tout le monde sait que vous faites de la recherche ou que vous êtes un patient, et il est donc très facile de vous identifier.(...)'Les personnes avec ce type de diagnostics évitent le*

contact avec les autres ce qui peut entraîner des délais. Parfois les personnes ne veulent pas se faire diagnostiquer et lorsqu'elles le font, il est trop tard" - Gvantsa Kvinikadze

2.4 Santé mentale

La santé mentale est l'un des domaines les plus négligés de la santé publique au niveau mondial, et cela est particulièrement le cas en Géorgie, où seulement 2,5% des dépenses globales de la santé sont allouées aux soins psychiatriques, contre environ 5% dans les pays à hauts revenus.[36] De plus, la majorité de ces dépenses sont confiées aux malades hospitalisés et aux soins urgents, avec seulement 28% des dépenses allouées aux soins psychiatriques ambulatoires, contre environ 50% dans les pays à hauts revenus. [37] Cela se traduit par un manque de psychiatres et de personnel qualifié, une mauvaise qualité de soins et de conditions hospitalières et un recours à des médicaments de mauvaise qualité et inefficaces.

2.4.1 Données sur la santé mentale

Les données de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) tracent le portrait d'un système très peu modernisé avec une structure à l'envers de celle dans les pays à hauts revenus. Premièrement, on voit à travers ces données le recours majoritaire aux hôpitaux psychiatriques en Géorgie, avec 36,72 lits en hôpitaux psychiatriques pour 100 000 personnes contre 6,981 en France, tandis que ce taux ne s'élève qu'à 2,351 lits pour 100 000 personnes quand il s'agit des lits psychiatriques en hôpitaux généraux, contre 22,34 en France. Par rapport aux établissements résidentiels communautaires, il y a 92.154 lits pour 100 000 personnes en France, contre l'absence totale de données en Géorgie[38], ce qui pourrait indiquer le manque important de ces services.

2.4.2 Couverture des soins pour les troubles psychiques

Le *PUSS* couvre principalement les soins primaires des problèmes physiques ; les soins psychiatriques, que ce soient pour les patients hospitalisés ou ambulatoires, sont couverts par un programme vertical séparé, le Programme Étatique de Santé Mentale (PESM), mis en place en 1995. Les soins psychiatriques sont disponibles pour tous les Géorgiens en 23 services ou institutions psychiatriques au pays ; ceux-ci sont plus larges en hôpitaux qu'en ambulatoire. Ils sont en théorie gratuits, sauf s'il s'agit de problèmes psychiatriques liés à l'alcool ou à la drogue, qui ne sont remboursés qu'à 70%.[39] Cependant, en réalité le programme ne couvre que les soins pour les troubles mentaux les plus graves, notamment les psychoses ; d'autres troubles psychiatriques tels que les névroses, l'anxiété, la dépression, les troubles de la personnalité et le trouble de stress post-traumatique, ne sont pas traités

[36] Géorgie : accès à divers soins et traitements médicaux ; recherche rapide de l'analyse-pays de l'OSAR, Organisation Suisse d'Aide aux Réfugiés, 2020
[37] *Ibid.*
[38] Données recueillies du Global Health Observatory de l'Organisation Mondiale de la Santé, https://apps.who.int/gho/data/node.main.MHBEDS?lang=en
[39] Géorgie : accès à des soins médicaux ; recherche rapide de l'analyse pays, Organisation Suisse d'Aide aux Réfugiés, 2018

gratuitement.[40] Ce dernier n'est couvert ni par l'Etat ni par des assurances privées, et les traitements restent très limités et très peu accessibles à la fois financièrement et géographiquement. De plus, les augmentations du budget de la santé publique depuis 2006 visent majoritairement les soins en hôpitaux, avec très peu de financement consacré aux soins ambulatoires ou soins de réhabilitation psychologique, et les soins psychologiques ne sont pas pris en charge par le PSEM.

2.4.3 Traitement des problèmes somatiques des patients en hôpitaux psychiatriques

Selon le Défenseur public de Géorgie, les patients en institutions psychiatriques ont très peu d'accès aux soins somatiques et aux tests de laboratoire. Certaines institutions n'ont pas leurs propres laboratoires et ne collaborent pas avec des laboratoires externes, pendant que même dans les institutions avec leurs propres laboratoires, les analyses et dépistages sont très peu pratiquées. Par exemple, le Défenseur public a affirmé après une visite de l' "Academy. B. Naneishvili National Centre of Mental Health qu'à l'admission au centre uniquement les analyses , du taux de glucose dans le sang et le dépistage de l'infection par le virus de l'hépatite C et de la syphilis sont pratiqués. Seules les analyses d'urine sont ensuite renouvelées chaque année.[41] Vu que les patients qui prennent des médicaments antipsychotiques sur le long terme doivent faire régulièrement des examens médicaux, ce manque de bilans réguliers dans plusieurs domaines de la santé physique rend quasi-impossible la gestion des effets indésirables de ces médicaments et augmente la possibilité d'un diagnostic tardif des problèmes de santé somatiques.

"Il y a un énorme problème ici par rapport à la prestation de soins de santé généraux, y compris le traitement des problèmes physiques, pour les patients qui sont placés en institutions psychiatriques pour une longue durée et qui y vivent pratiquement." - Nino Valikovi, Défenseur public[42]

De plus, les patients en hôpitaux psychiatriques n'ont pas accès aux programmes de dépistage précoce des maladies. Par exemple, aucune patiente d'établissement psychiatrique n'a eu accès au programme national de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus.[43] Plusieurs établissements, tels que l' "Acad. B. Naneishvili National Centre of Mental Health", ne répondent pas assez vite aux problèmes de santé somatique chez les patients, avec un suivi incomplet, aucune prise en compte des facteurs de risque et l'absence d'un médecin généraliste pour surveiller la santé somatique des patients et les orienter vers un spécialiste.

[40] OSAR, 2020
[41] Bureau du Défenseur public (Ombudsman) de Géorgie, Thematic report on the monitoring carried out at Acad. B. Naneishvili National Centre of Mental Health Ltd, April 22-25, 2019, 10 octobre 2019
[42] Entretien réalisé sur Zoom, Nino Valikovi, Défenseur public, 02/02/2023
[43] Bureau du Défenseur public (Ombudsman) de Géorgie, Protection of Women's Sexual and Reproductive Health and Rights in Psychiatric and State Care Institutions, 11 mai 2020

Cela se rajoute au fait que les patients doivent payer de leur poche les soins physiques pendant leur séjour en hôpital psychiatrique, y compris les frais de transport vers un hôpital général dans les cas graves. Ce dernier ne se fait d'ailleurs qu'après l'aggravation sérieuse de l'état de santé et l'arrivée à une situation d'urgence. Tout cela entraîne une détérioration de l'état de santé des patients qui conduit dans certains cas à la mort.[44]

2.4.4 Conditions de vie en établissements psychiatriques

Il y a plusieurs problèmes par rapport aux conditions de vie en établissements psychiatriques. Premièrement, l'environnement est marqué par la violence, que ce soit physique, psychologique ou verbale, entre les patients ou de la part du personnel soignant. Celui-ci continue de privilégier les mesures de contraintes physiques et chimiques contre les patients dans plusieurs circonstances, notamment la désescalade des conflits entre les patients, qui sont eux-mêmes fréquents et violents. Il n'y a pas de stratégie de prévention des conflits ni de méthodes alternatives de désescalade, et la supervision des patients est inadéquate.

De plus, les conditions de vie en général sont jugées par le Défenseur public comme ne garantissant ni une vie digne ni la protection des droits des patients.[45] Par exemple, il estime que les conditions dans le "Tbilisi Mental Health Centre LLC" sont très problématiques, avec des infrastructures anciennes, la surpopulation de l'établissement, et de mauvaises conditions hygiéniques et sanitaires, avec une absence d'eau chaude et une absence de séparation du fumoir des parties communes.[46]

D'ailleurs, même les patients volontaires ne peuvent pas quitter volontairement l'établissement : ils signent un document de consentement, mais ceci se fait parfois sous pression, et sans informations à propos de leur diagnostic, du traitement et du service en général.[47]

2.4.5 Manque de personnel psychiatrique et de formation

Il y a un manque de personnel dans le domaine de la psychiatrie, que ce soit les psychiatres, les psychologues ou les infirmières. Selon l'OSAR, il n'y a que 3,92 psychiatres pour 100 000 habitants en Géorgie, presque trois fois moins que la moyenne européenne de 8,59 pour 100 000.[48] De plus, selon l'OMS il n'y a que 5,922 infirmières psychiatriques pour 100 000 habitants, contre 98,017 pour 100 000 habitants en France, et 2,328 psychologues pour 100 000 contre 48,704 en France.[49] Cela a un mauvais impact sur la qualité des soins puisque

---

[44] Ombudsman, 10 octobre 2019
[45] Bureau du Défenseur public (Ombudsman) de Géorgie, The situation of human rights and freedoms in Georgia 2018, 1 avril 2019
[46] Bureau du Défenseur public (Ombudsman) de Géorgie, Public Defender Visits Tbilisi Mental Health Center, 17 février 2020
[47] Ombudsman, 10 octobre 2019
[48] OSAR, 2018
[49] Données recueillies du Global Health Observatory de l'Organisation Mondiale de la Santé, https://apps.who.int/gho/data/node.main.MHHR?lang=en

chaque soignant doit gérer beaucoup plus de patients, ce qui empêche un suivi de qualité et la mise en place de traitements non-médicamenteux. Par exemple, au *"Acad. B. Naneishvili National Centre of Mental Health"*, chaque psychiatre gère environ 75 patients avec des troubles psychiatriques chroniques et sévères.[50] Ce genre de chiffres se répète à travers le pays, en institution et en ambulatoire.

Quant aux soins psychiatriques ambulatoires, le manque de personnel a de nombreux effets négatifs. Globalement, ces soins sont négligés par le gouvernement, dont le financement et le soutien se limitent aux soins urgents et aux malades chroniques graves. Le manque de formation du personnel dans le domaine limite les traitements disponibles ; par exemple, les services ambulatoires n'incluent pas de psychothérapie car les soignants ne sont pas formés en psychotraumatisme. Le manque de personnel entraîne des longues périodes d'attente et veut dire que les psychiatres ne peuvent pas offrir de psychothérapies, et la situation est pareille pour les services de réhabilitation psychosociale et de réintégration, qui souffrent d'un manque de moyens financiers ainsi que de personnel pour les fournir aux patients ; en 2018 seuls deux centres ambulatoires et un centre indépendant offraient de la réhabilitation psychologique.[51] Tout cela constitue un manque de suivi, qui est à la fois le cas en hôpitaux psychiatriques et en ambulatoire. Ce manque de suivi entraîne une rupture du continuum des soins et a un fort risque d'entraîner une rechute des patients et la ré-hospitalisation.

De plus, puisque le manque de personnel et de formation ne permet pas de fournir des traitements psychothérapeutiques, cela mène au recours à la pharmacothérapie, qui sans traitement psychothérapeutique complémentaire n'est pas nécessairement efficace.

2.4.6 Mauvaise qualité des médicaments

Les médicaments psychotropes, sur lesquels se basent la quasi-totalité du traitement psychiatrique, sont selon le Défenseur public souvent de qualité médiocre et inefficaces.[52] Cela est encore une autre conséquence du manque de financement de la psychiatrie en Géorgie, puisque pour maximiser le budget disponible, les médicaments prescrits sont normalement les moins chers, qui ne sont pas toujours adaptés à leur pathologie. Les patients sont alors obligés de payer de leur poche des médicaments de meilleure qualité, qui sont plus chers.

2.5 Handicap

En 2013, la Géorgie a ratifié la Convention relative aux Droits des Personnes Handicapées (CDPH), qui est officiellement entrée en vigueur le 12 avril 2014. En ratifiant la CDPH, le gouvernement géorgien s'est engagé à assurer et promouvoir le respect de tous les droits et de toutes les libertés fondamentales pour les personnes en situation de handicap. En 2020, la *loi*

[50] Ombudsman, 10 octobre 2019
[51] OSAR, 2018
[52] Ombudsman, 1 avril 2019

sur les droits des personnes en situation de handicap a été adoptée et doit garantir leur protection, leurs droits et leur bien-être. Des mécanismes de soutien pour leur inclusion dans la société ont également été introduits.

2.5.1 Disponibilité des données sur le handicap

Les statistiques sur le handicap disponibles en Géorgie ne sont pas exhaustives. Le système actuel qui enregistre le statut du handicap ne génère pas de données explicites en fonction des types de handicap et, par conséquent, il n'existe pas de statistiques spécifiques sur les personnes souffrant de déficiences physiques, mentales, sensorielles et intellectuelles dans le pays. En outre, il n'existe pas de données officielles sur les personnes souffrant de handicaps multiples.[53] Certaines associations essaient de recueillir des statistiques comme la *Georgian down syndrome association* qui récolte des données sur les personnes atteintes de trisomie 21 avec la création d'une base de données numérique soutenue par la Open Society Foundation Georgia, dans le but qu'elle soit utilisée par l'Etat.[54]

2.5.2 Aide de l'état après 18 ans

Il n'existe pas de services pour les adultes handicapés. Tous les programmes s'appliquent tout au plus jusqu'à l'âge de 18 ans. De même, la pension qu'ils reçoivent avant 18 ans, soit 335 GEL, est réduite après 18 ans à environ 150 GEL.[55]

2.5.3 Assistant d'enfants en situation de handicap

Suite à la pression des associations il y a aujourd'hui un assistant pour chaque enfant ayant des problèmes de comportement à l'école. Cela est garanti par le ministère de l'Éducation et le parent peut être présent lors du recrutement. Néanmoins, les assistants ne sont pas formés pour travailler avec les enfants handicapés et leur salaire est très bas (environ 240 GEL). Les assistants qui sont majoritairement des étudiants changent donc de travail dès que l'occasion se présente. Cela a pour conséquence que certains enfants changent d'AESH tous les mois.[56,57]

2.5.4 Troubles du spectre autistique (TSA)

Malgré des avancées juridiques, il n'y a pas d'application effective de la loi. Nous avons rencontré Mari Korkodatze, fondatrice de l'association des parents d'enfants autistes FAD (Families against Discrimination) qui témoigne du combat permanent des associations pour le respect des droits des personnes autistes.

Malgré des avancées dans la dernière décennie, les traitements disponibles restent insuffisants. Concernant le diagnostic des troubles autistiques dès l'enfance à partir de 18

---

[53] UNPRPD MPTF & UNDP. (2021). *SITUATION ANALYSIS ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES IN GEORGIA*. (p27)
[54] Entretien *« Georgian down syndrome association »* 03/02/2023
[55] Entretien *« Families against discrimination »*
[56] Entretien *« Families against discrimination »*
[57] Entretien *« Georgian down syndrome association »* 03/02/2023

mois, les signes et symptômes sont aujourd'hui facilement identifiables et se tourner vers des spécialistes n'est plus une difficulté. Ce sont les psychiatres, notamment des psychiatres pour enfants qui s'occupent du diagnostic des enfants autistes.

Concernant la disponibilité des traitements, il existe en Géorgie un « early childhood development » programme pour les enfants de moins de 7 ans pris en charge par le gouvernement. Néanmoins, les listes d'attentes pour y accéder sont longues. Pour les enfants autistes de moins de 18 ans, un seul traitement est pris en charge par le gouvernement, la thérapie ABA (analyse comportementale appliquée). Ce programme gouvernemental finance environ 72 places par an. Dans le cadre de ce programme, des séances de psychomotricité sont comprises mais la thérapie de jeu, l'orthophonie, la thérapie sensorielle, ou l'ergothérapie ne sont pas prises en charge. Lorsque le programme ou le traitement n'est pas porté par le gouvernement, le financement est entièrement à la charge de la famille et si une séance de thérapie ABA coûte environ 25 ou 30 lari, la thérapie sensorielle coûte, elle, autour de 50 lari par séance de 45 minutes. Par ailleurs, si le nombre de spécialistes a augmenté ces dernières années, et qu'il y a un nombre important de thérapeutes ABA, le manque d'orthophonistes, de thérapeutes sensoriels et d'ergothérapeutes persiste.

Les centres pour personnes autistes qui proposent les programmes sont disponibles dans les grandes villes du pays. Il y en a six à Tbilissi, deux ou trois à Batumi, deux à Zugdidi, un à Kolubeti, Telavi, Kutaisi, Rustavi et Gori.

Lorsqu'un enfant est diagnostiqué autiste, ses responsables légaux doivent entrer en contact avec un centre de prise en charge des troubles du spectre autistique. Généralement ils n'ont pas de places avant plusieurs semaines voire plusieurs mois. Lorsqu'une place se libère, l'enfant et les parents doivent attendre le mois de janvier suivant avant que le budget annuel alloué soit défini et adopté.

A ce délai de prise en charge pouvant aller jusqu'à un an, s'ajoute un délai supplémentaire lorsqu'une famille est contrainte de déménager d'un secteur à un autre pour avoir accès à un des programmes municipaux prenant en charge les troubles du spectre autistique. Il faut alors attendre trois ans à partir de la date d'enregistrement dans le nouveau lieu de résidence pour bénéficier des fonds de la nouvelle municipalité et déposer une demande auprès d'un centre prenant en charge les personnes autistes.

Pour Mari Korkodatze le principal problème est lié à l'inégalité d'accès à ses programmes : *« Le principal problème est que ces programmes ne sont pas couverts dans toute la Géorgie. ».* En effet, le gouvernement ne finance aucun transport. Un cas qui nous a été raconté, concernait une famille habitant à Poti. L'absence de centre spécialisé dans cette ville, oblige les parents à emmener leurs enfants à Batoumi, ce qui implique un très long trajet pour les enfants, sans garantie de prise en charge thérapeutique à l'arrivée.

Suite à l'augmentation du nombre d'enfants autistes, le besoin de places dans les programmes de prise en charge des troubles autistiques augmente. En effet, alors qu'ils étaient 240 en 2015, année de lancement des programmes municipaux, ils sont aujourd'hui près de 3000, rien qu'à Tbilissi. Avec l'inflation croissante et le mécontentement général de la population

demandant des hausses de salaire, la mairie de Tbilissi (qui finance 20 thérapies par mois), a décidé en janvier, pour éviter des grèves, de réduire le nombre de thérapies et d'augmenter le salaire des thérapeutes. Les associations se sont mobilisées pour maintenir les programmes et les fonds publics alloués.

Cela engendre une pression permanente sur les parents d'enfants autistes, comme le raconte Mari Korkodatze :

"Il m'a été très difficile de me battre contre ces grands organismes gouvernementaux tels que la mairie de Tbilissi. Et c'est très stressant pour moi. Parfois, je pense à tout laisser ici et à emmener mes enfants dans un autre pays, parce qu'il est inhumain de vivre dans ce pays dans les conditions que nous connaissons en Géorgie. Je connais beaucoup de parents qui ont quitté la Géorgie pour aller en France, parce qu'ici, nous nous battons tous les jours pour les services à l'enfance. Ici, c'est un travail énorme. Or, quand vous réalisez que vous n'avez plus de pouvoir, que vous n'avez plus de santé mentale... c'est très épuisant."

2.5.5 Trisomie 21

Depuis 10 ans, il y a eu des changements considérables en Géorgie concernant les connaissances sur la trisomie 21 grâce au combat des parents d'enfants handicapés. Ce sont tout particulièrement les femmes qui militent au quotidien et sont actives dans les associations.

"I'm really happy that in this country, we have such wonderful women, really, because they make huge changes in the country and in the society" Nino Kalandia (responsable des relations internationales et des relations internes de l'association).

Les stéréotypes et préjugés comme le fait que la trisomie 21 serait une maladie infectieuse, que les personnes atteintes de trisomie 21 sont un problème pour la société et qu'elles n'ont pas les mêmes droits ne sont plus d'actualité. Cela se voit également avec une mobilisation croissante de la population depuis plusieurs années pour la Journée mondiale de la trisomie 21. Si dans les premières années, c'est la *Georgian down syndrome association* qui se tournait vers les journalistes pour faire parler de la cause et de l'association, ce sont

maintenant les journalistes qui les contactent pour des entretiens et des reportages, et le nombre de volontaires augmentent.

Tests et examens

Les examens échographiques sont pris en charge par l'État à 100 % quel que soit l'âge, cependant l'amniocentèse est payante. Durant les quelques jours à la maternité suivant la naissance, les tests sont pris en charge et effectués lorsqu'un problème est détecté. Cela regroupe le dépistage cardiaque, les tests sanguins, TSH (Thyroid-stimulating hormone) et les tests auditifs. Cependant certains tests restent à la charge des familles, en particulier les tests ophtalmiques. A la sortie de la maternité, l'assurance publique ne couvre pas les recommandations internationales concernant les examens de suivi obligatoires, ils sont donc intégralement à la charge des parents, s'ils n'ont pas d'assurance privée. De plus, la *Georgian down syndrome association* essaye d'envoyer des rappels réguliers concernant les examens à effectuer car les parents ignorent souvent quels tests sont nécessaires et à quelle fréquence.

Disponibilité des programmes

Concernant le double diagnostic Trisomie 21 et des troubles du spectre autistique, d'après nos échanges avec les associations de parents, se faire tester est très cher, et tous les médecins n'ont pas la capacité de le faire. Le seul programme d'État en cas de test positif reste le programme ABA pour les enfants autistes. Il n'existe aucun programme de prise en charge pour la trisomie 21.

Pour les enfants atteints de trisomie 21, il y a la possibilité de participer au programme **Early child development program** jusqu'à l'âge de 7 ans. Ce service de développement précoce vise à prévenir la progression du handicap et l'abandon de l'enfant. Il fournit des services d'intervention précoce, stimule le développement des enfants handicapés ou présentant des troubles du développement et favorise leur intégration dans des programmes d'enseignement préscolaire ou général pour faciliter leur intégration sociale. L'ergothérapie, la thérapie du langage et l'orthophonie sont disponibles dans ce programme, et des psychologues sont également présents. En 2020, le service de développement précoce a été administré dans 19 municipalités et a bénéficié à 2 100 enfants.[58]

Programme de rééducation: Ce programme ne couvre pas les adultes handicapés. 34 organisations gèrent le programme dans 14 municipalités de Géorgie (2020). Ce programme est gratuit, mais il y a un nombre de places insuffisant et certains centres, qui n'existent que dans les plus grandes villes, sont surpeuplés.

Centre d'accueil de jours

Le service d'accueil de jour prévient l'abandon des enfants ou la séparation des enfants de leur famille et cible les enfants âgés de 6 à 18 ans titulaires d'un certificat d'invalidité. Les centres de jour pour les enfants atteints de déficiences mentales graves et profondes existent

[58] UNPRPD MPTF & UNDP. (2021). *SITUATION ANALYSIS ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES IN GEORGIA*.

uniquement à Tbilissi et Kutaisi, avec un prestataire enregistré dans chacune d'elles.[59] Ils sont majoritairement gratuits mais dans certaines régions les familles doivent payer et le délai d'attente varie.[60] Certains parents d'enfants handicapés que nous avons rencontrés sont d'avis que ces centres d'accueil de jour sont des sortes de jardins d'enfants et qu'il n'y a pas d'activités de développement dans ces garderies.[61] D'après le Rapport du défenseur des droits publics *« Monitoring Report on Day Care Centers for Persons with Disabilities »* de 2020, il n'est pas possible de fournir aux centres tous les spécialistes nécessaires, ce qui constitue une menace sérieuse pour la réadaptation des personnes handicapées et entrave la bonne mise en œuvre des services prévus par les normes et le programme d'État. Il y aurait également des manquements à la confidentialité des données de bénéficiaires, un manque de formation sur les mécanismes de détection des allégations de violence à l'encontre des personnes handicapées et les services ne seraient pas tous adaptés aux besoins individuels ou aux handicaps des bénéficiaires.[62]

L'association *Georgian down syndrome association* avait lancé un programme appelé **Seven Plus** qui a bénéficié à 12 personnes entre 7 et 18 ans. Ce projet pilote soutenu par la *European foundation* a pris fin récemment mais des négociations sont en cours pour qu'il devienne un programme national gratuit.

Prix

Pour de nombreux examens ou traitements, comme la polysomnographie, le prix est très élevé. Les parents peuvent alors demander au ministère de la Santé de prendre en charge le ticket modérateur, mais le délai d'attente est très long et les parents demandent régulièrement de l'aide financière à la fondation de l'association géorgienne sur la trisomie 21.

Exemple : Cas de David

Pour la chirurgie de David, 42 ans, qui a un problème de cataracte, tous les tests pré-opération, que ce soit l'endocrinologie, la consultation et la thérapie ont été pris en charge par l'association. Seule l'opération en elle-même est ainsi prise en charge par l'Etat.

Inégalité d'accès aux soins.

"C'est pourquoi nous essayons de communiquer avec les parents à travers la Géorgie. Parce que la Géorgie, ce n'est pas seulement Tbilissi! Je parlais de la situation il y a dix ans à Tbilissi, mais dans les régions, c'est les ténèbres." Nino Kalandia (responsable des relations internationales et des relations internes de l'association).

Dans les régions, il y a un grand manque de professionnels qualifiés. Les personnes atteintes de trisomie 21 doivent donc se déplacer à Tbilissi, où les spécialistes et les traitements sont disponibles. Le programme de soins de santé universel est certes mis en place au niveau national mais les petites municipalités ont leur propre budget et elles peuvent décider de

[59] UNPRPD MPTF & UNDP. (2021). *SITUATION ANALYSIS ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES IN GEORGIA*.
[60] Entretien *« Mac Georgia »*
[61] Entretien *« Georgian down syndrome association »* 03/02/2023
[62] Rapport du défenseur des droits publics *« Monitoring Report on Day Care Centers for Persons with Disabilities »* 2020

payer pour un service en particulier une fois tous les trois mois, ou une fois dans l'année. Chaque municipalité a donc son propre programme et la disponibilité varie d'une région à l'autre. À la suite du manque de programmes et de spécialistes en région beaucoup de familles viennent à Tbilissi. Les familles doivent alors attendre environ un an avant de bénéficier du programme.

Les difficultés économiques sont alors fréquentes avec des prix dans la capitale plus élevés qu'en région, auxquels s'ajoutent le financement des traitements et des spécialistes. Il faut trouver un nouveau poste de travail avec un bon salaire dans un contexte économique défavorable.

2.5.6 Stigma et discrimination

D'après le rapport sur le *Droit au travail et sur l'emploi des personnes handicapées* (2022) du défenseur public, les personnes handicapées continuent de se heurter à des obstacles dans l'accès aux soins de santé. Les personnes confrontées à des vulnérabilités cumulées et à des inégalités intersectionnelles risquent tout particulièrement de ne pas recevoir les soins de santé nécessaires.[63] Nous avons en effet pu constater que la santé des enfants handicapés dépend de la disponibilité, de l'engagement et des moyens financiers des parents. Nous avons eu connaissance d'une petite fille atteinte de trisomie 21 qui est aujourd'hui inopérable car sa maladie cardiaque n'a pas été dépistée à temps.

Malgré un recul des préjugés grâce à une visibilisation croissante dans l'espace public de personnes en situation de handicap, il existe encore beaucoup de désinformation. Une généticienne reconnue et très populaire dans le pays, affirme que les enfants atteints de trisomie 21 *"ne reconnaîtront jamais leurs parents, que les enfants n'auront pas d'avenir, et qu'il vaut mieux les abandonner"*.[64] De même, certains médecins incitent également les parents à abandonner les enfants. Cela rejoint le rapport de la *Open Society Fondation Georgia* de 2017 sur le manque d'accès aux services pour les enfants handicapés, qui fait état de stéréotypes traditionnels et profondément ancrés dans la société géorgienne qui suggèrent qu'avoir un enfant handicapé est une malédiction de Dieu ou une punition pour les péchés commis. Ces stéréotypes pousseraient à isoler ou abandonner ces enfants. Il manque des campagnes de sensibilisation pour lutter contre la stigmatisation liée au handicap.[65]

Nous avons aussi recueilli des témoignages faisant état de remarques dans l'espace public lorsque des personnes en situation de handicap prennent par exemple les transports. Une mère d'une petite fille atteinte de trisomie 21 nous a raconté qu'une personne rencontrée dans un parc ne voulait pas croire que sa fille pouvait distinguer un chien d'un humain. En outre, l'utilisation du mot « down » sert toujours d'insulte signifiant "débile, attardé" et le cas d'un médecin demandant *"What are you going to do with this down kid!"* lors de la découverte du handicap pendant la grossesse nous a été exposé.

---

[63] *Right to Work and Employment of Persons with Disabilities*. (2022). ombudsman.ge. https://www.ombudsman.ge/eng/190308061623angarishebi/shezghuduli-shesadzleblobis-mkone-pirta-shromisa-da-dasakmebis-ufleba

[64] Entretien *« Georgian down syndrome association »* 03/02/2023

[65] Open Society Georgia Foundation. (2017). *Lack of access to services for children with disabilities – The Georgian state and the denial of social inclusion*. https://osgf.ge/wp-json/wi/validate/v1/file?wifile=wp-content/uploads/2018/03/Childrens-Rights_ENG.pdf

Selon ONU Femmes, les femmes handicapées sont perçues comme des "créatures asexuées" qui ne devraient pas avoir de problèmes de santé reproductive et sont trois fois plus susceptibles d'avoir des besoins non satisfaits en matière de soins de santé que les hommes handicapés.[66] Nous avons pu vérifier cette vision de personnes asexuées, les membres de la *Georgian down syndrome association* confirmant que de nombreux parents infantilisent leurs enfants en situation de handicap et les perçoivent encore comme leurs “bébés”, alors que ces derniers ont plus de trente ans. L’association a prévu de créer le premier lieu de rencontre et de fête pour adolescents et adultes atteints de trisomie 21 afin de leur permettre de nouer des relations et de sortir du cadre familial.

2.5.7 Couverture des soins pour personnes en situation de handicap

Concernant la couverture des traitements pour les personnes en situation de handicap, les examens les plus coûteux ne sont pas pris en charge par l'assurance gouvernementale. Les contrôles bi-annuels pour les personnes épileptiques, une IRM (imagerie par résonance magnétique) à effectuer, en sont un exemple. Bien qu’il existe une liste spéciale de médicaments que le gouvernement prend en charge si le handicap nécessite un traitement médical urgent, les tests pré- et post-opératoires ainsi que les traitements des effets secondaires ne sont néanmoins pas remboursés. De même, tous les frais qui sont directement liés au handicap, comme les contrôles de routine, ne sont jamais pris en charge. Lorsqu’un enfant handicapé a une urgence distincte du handicap, cela peut néanmoins être couvert à hauteur de 90 % par l’assurance publique, les 10 % restants étant à la charge des parents.
Il devient alors nécessaire de se tourner vers les assurances privées pour couvrir au mieux les soins indispensables aux personnes en situation de handicap. Cependant, cela ne garantit pas un remboursement efficace, étant donné les méprises qui peuvent survenir. Ainsi, certains assureurs affirment qu’il ne peuvent payer pour les soins d’un enfant handicapé car ils ne couvrent pas les maladies chroniques. Certains parents préfèrent donc cacher le handicap de leur enfant au moment de l’inscription plutôt que de se battre pour prouver qu’un handicap n’est pas une maladie chronique. Lorsqu’une personne a souscrit à une assurance privée, celle-ci refuse de couvrir les examens liés au handicap. Les parents que nous avons rencontrés, ont affirmé devoir demandé aux médecins de faire de fausses prescriptions qui nécessitent des rendez-vous médicaux afin de pouvoir être remboursés. Un parent a même dû essayer cinq compagnies d’assurances différentes, avant d’en trouver une qui acceptait de couvrir une partie des besoins de son fils.

2.5.8 Insertion professionnelle

En 2022, le Bureau du Défenseur des droits publics a étudié la situation du droit au travail et à l'emploi des personnes handicapées en âge de travailler et vivant en Géorgie. Les résultats de l'étude montrent que la mise en œuvre des programmes publics et de la promotion de l'emploi des personnes handicapées ne s'est

[66] *Facts and figures : Women and girls with disabilities*. (s. d.). UN Women – Headquarters. https://www.unwomen.org/en/what-we-do/women-and-girls-with-disabilities/facts-

pas réellement améliorée depuis 2017. Les problèmes d'accessibilité de l'environnement physique, des transports et de l'espace de travail constituent toujours des obstacles importants pour se rendre au travail. Les entreprises ne sont pas assez incitées à embaucher des personnes handicapées et leur taux de chômage reste élevé. Les mesures prises jusqu'à présent par l'État et le secteur privé en matière d'emploi ne sont pas suffisantes. De plus, elles ne sont pas systématiques et restent temporaires.[67] Ce constat a été confirmé par la *Georgian down syndrome association*, qui considère que le programme d'État d'embauche, n'est pas appliqué effectivement. L'association affirme également qu'il y a une différence entre les personnes handicapées physiques qui sont mieux intégrées dans le monde du travail que les personnes handicapées mentales ou atteintes de trisomie 21. Leur embauche dépend du bon vouloir des entreprises privées. En ce qui concerne le secteur public, il n'y a, à leur connaissance, qu'une seule personne atteinte de trisomie 21, qui travaille à mi-temps.

Paralysie cérébrale

Les services pour les enfants atteints de paralysie cérébrale disposent d'un programme fondé par le ministère de la Santé. Mais il n'y a que 72 thérapies pour un an. Et les parents disent que ce n'est pas assez pour les enfants. Ils ont besoin de plus.[68]

3. Motif d'émigration

Quelques pathologies constituent d'après Kristína Gancárová et Marc Hasson, (chargés de mission accès aux droits et Habitat précaire à l'association Habitat-Cité), des motifs d'émigration récurrents. Ainsi, les témoignages recueillis lors des permanences à l'association révèlent une forte prévalence des pathologies cardiaques. Les cirrhoses du foie et les cas d'insuffisances rénales sont également extrêmement présents parmi les raisons qui poussent des personnes géorgiennes à venir se soigner en France. En outre, la stigmatisation et le manque de prise en charge des handicaps physiques et mentaux constituent des motifs qui reviennent souvent dans les récits migratoires des Géorgiens. Enfin, de nombreuses personnes malades de cancer viennent se soigner en France. Les pages suivantes seront dédiées à l'analyse des problèmes structurels du système de santé géorgiens, appuyée par des témoignages recueillis lors de l'étude de terrain.

II) Analyse structurelle : un système privatisé, sous l'emprise d'un marché peu régulé.

Le système de santé géorgien repose sur des lignes de responsabilité vagues. En effet, la Géorgie est confrontée à des problèmes de gouvernance découlant de la multiplicité et de la relative autonomie des prestataires privés. La responsabilité de ces derniers est difficilement retenue, puisque leurs activités manquent de transparence. L'État peine à mettre en place de réels mécanismes d'application des réformes. Les rares politiques de régulation ainsi que la

---

[67] *Right to Work and Employment of Persons with Disabilities*. (2022, 23 septembre). ombudsman.ge. https://www.ombudsman.ge/eng/190308061623angarishebi/shezghuduli-shesadzleblobis-mkone-pirta-shromisa-da-dasakmebis-ufleba

[68] Entretien "Families against discrimination"

faible capacité nationale à les mettre en œuvre découlent d'un système dont le contrôle échappe des mains du ministère de la Santé.

Le Ministère du travail, de la santé et des affaires sociales est officiellement responsable de la santé de la population, de la supervision du système de santé, de la qualité des services de santé et de l'équité en matière d'accès aux soins de santé dans l'ensemble du pays, qui a considérablement diminué depuis l'époque soviétique, en particulier en ce qui concerne la fourniture directe de services, l'achat direct et la réglementation. Les différentes vagues de décentralisation par déconcentration et privatisation qui se sont succédées ont réduit l'étendue du contrôle du ministère à une poignée d'hôpitaux spécialisés.[69]

L'Agence de régulation des activités médicales de l'État fait partie du Ministère. Cette entité est officiellement chargée de délivrer les licences pour les activités médicales et les permis pour les établissements de soins de santé et les pharmacies, ainsi que de réglementer les professionnels de la santé, les produits pharmaceutiques et les dispositifs médicaux. Toutefois, son rôle est rendu difficile par l'absence d'un cadre juridique clair pour la régulation du système de santé et par des ressources limitées.[70] Le système actuel est caractérisé par un manque de prise en charge de certains soins qui affectent particulièrement les ménages à faibles revenus qui se situent au-dessus du seuil de pauvreté.[71]

1.1 Remboursements du PUSS : prix plafonds et couverture partielle ou aléatoire

Catégorie	Nombre de bénéficiaires	Part des bénéficiaires (%)	Part de la population (%)
I - Ménages en dessous du seuil de pauvreté (<70 000 points sur l'échelle de l'assistance sociale), enseignants, artistes publics, enfants placés dans des familles d'accueil, personnes déplacées à l'intérieur de leur	515 501	12	11

[69] Richardson E, Berdzuli N (2017). Georgia: Health system review. Health Systems in Transition, 2017; 19(4):1–90.

[70] Ibid.

[71] Goginashvili K, Nadareishvili M, Habicht T. (2021). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Georgia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe;. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

propre pays.			
II Pensioners, children aged 0–5 years, students, people registered as disabled	1 176 665	27	25
III Veterans	27 475	1	1
IV Low-income households (70 000–100 000 points on the social assistance scale) and children aged 6–18 years	573 572	13	12
V Groupes de revenus : autres personnes n'ayant pas atteint l'âge de la retraite mais totalisant >100 000 points sur l'échelle d'assistance sociale	2 001 297	47	42
(a) revenu mensuel <1000 GEL	1 833 212	43	39
(b) revenu mensuel >1000 GEL et revenu annuel <40 000 GEL	107 491	3	2
(c) revenu annuel >40 000 GEL	60 594	1	1

Type de service de soin	Niveau de reste à charge	Prix plafond sur les remboursements de l’été (annuel)	Plafond des frais payés par le patient

Tests diagnostiques : tests biologiques de base	I–III: aucun coût IV–V(a): 30% du coût des soins V(b) et V(c): intégralité des coûts	Aucun	Aucun
Tests diagnostic : échographie, électrocardiographie (ECG), radiographie	I et III: aucun coût II: aucun pour la plupart des personnes dans cette catégorie; 10–20% des coûts de services pour une tomodensitométrie IV–V(a): 30% des coûts V(b) et V(c): intégralité des coûts	Aucun	Aucun
Chimiothérapie, hormonothérapie et radiothérapie	I et III : aucun II : 10 % (retraités) ou 20 % (autres) du prix de la prestation IV-V(b) : 20 % du prix de la prestation V(c) : intégralité des coûts des soins	I et III : 12 000 GEL II : 15 000 GEL IV-V(b) : 12 000 GEL	Aucun

Figure 4 : Part des remboursements en fonction des soins et des catégories de bénéficiaires.

Source: Goginashvili K, Nadareishvili M, Habicht T. (2021). Can people afford to pay for health care ? New evidence on financial protection in Georgia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Suite à l'introduction de la PUSS en 2013, l'utilisation des services de santé ambulatoires et hospitaliers a augmenté de manière significative. Les données montrent que la disponibilité des établissements de santé a augmenté depuis 2010, reflétant l'amélioration des routes et des transports publics et l'augmentation du nombre d'établissements de santé. En 2017, il y avait

15 084 lits d'hôpitaux, 280 centres de santé primaire et 1277 médecins ruraux, contre 11 178, 261 et 1203, respectivement, en 2010. L'accès aux médicaments connaît une augmentation depuis 2010, mais principalement au sein de la population urbaine et des ménages du quintile le plus aisé.

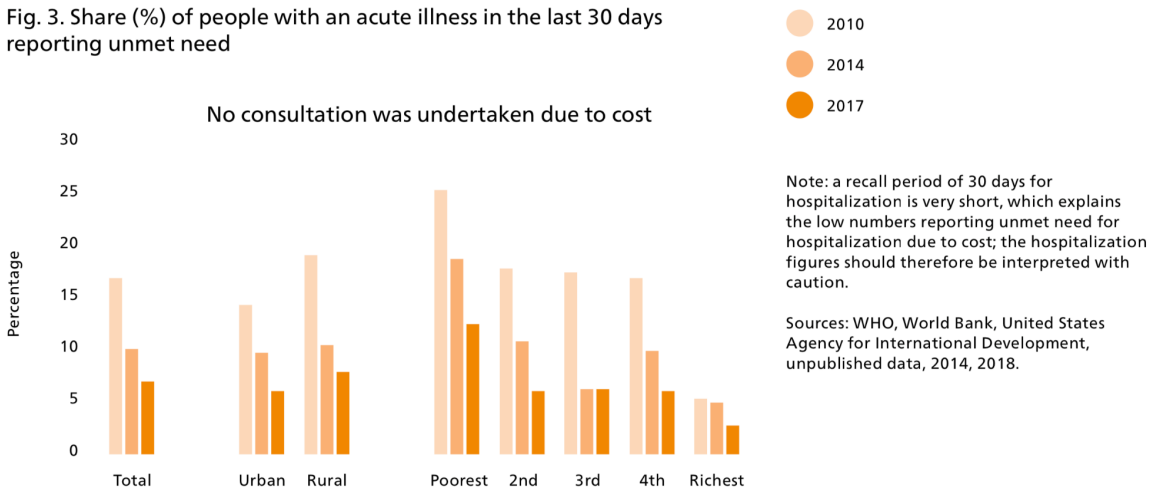

Figure 5 : Part des personnes atteintes d'une maladie grave ayant déclaré des besoins non satisfaits au cours des 30 derniers jours, Curatio International, 2021
Source : Goginashvili K, Nadareishvili M, Habicht T. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Georgia, 2021.

Cependant, entre 2014 et 2017, les inégalités entre les personnes vivant dans les zones rurales et urbaines ont diminué, tandis que l'accès des personnes du quintile le plus pauvre et du deuxième quintile s'est amélioré. Les médicaments représentent la plus grande part des paiements (69 % en 2018), suivis par les soins hospitaliers (14 %) et les soins ambulatoires (11 %)[72]. La répartition des paiements directs par type de soins de santé et par quintile en 2018 montre que les ménages les plus pauvres ont dépensé relativement plus pour les médicaments et que les ménages les plus riches ont dépensé relativement plus pour les soins hospitaliers, les soins ambulatoires et les soins dentaires.[73] Entre 2013 et 2019, uniquement 50% du prix de 100 médicaments était couvert par le *PUSS*. Par ailleurs, cette couverture était limitée à un prix plafond allant de 50 à 200 GEL par an.[74] A titre d'exemple, en 2017, le *PUSS* n'a dépensé que 23 492 GEL en médicaments.[75]

Ce faible montant de dépenses publiques en médicaments reflète la procédure bureaucratique nécessaire pour obtenir des médicaments pris en charge par l'assurance d'état, la faible sensibilisation du groupe cible, la sélection limitée et obsolète de médicaments et des

[72] Goginashvili K, Nadareishvili M, Habicht T. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Georgia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
[73] Ibid.
[74] Ibid.
[75] Ibid, (SSA, données non publiées, 19 Novembre 2017)

co-paiements élevés[76]. D'après une étude de Curatio International, 47% de la population interrogée estime que le coût des médicaments est considéré comme le principal problème du système de santé géorgien. Pour les individus appartenant à la catégorie la plus basse du *PUSS*, 24 médicaments sont remboursables depuis 2017. Les traitements de six pathologies —hypertension artérielle, épilepsie, diabète de type II, maladie de Parkinson, hypo ou hyperthyroïdie, et graves maladies cardio-vasculaires—sont remboursables. Seulement 0,5% du budget annuel de l'État en matière de santé est destiné au remboursement des médicaments.[77] Cette analyse reste toujours pertinente aujourd'hui et se reflète dans de nombreux témoignages.

1.2 Les résultats d'un faible recours aux médecins de santé primaire

Une utilisation efficace de la médecine de santé primaire se reflète directement l'état de santé d'une population. En Géorgie, de nombreux patients se font soigner sans être orientés par un médecin de premier recours[78]. Cette tendance des malades à s'orienter eux-mêmes vers des spécialistes peut réduire l'efficacité du système de santé. D'après une étude réalisée en Géorgie en 2020, 55% des médecins de famille ont indiqué que les patients ne s'adressaient à eux que pour être dirigés vers des spécialistes. 42% des patients ont consulté leur médecin de famille une seule fois ou ne l'ont jamais consulté et 57% n'ont pas consulté leur médecin à des fins préventives.[79]

Les soins de santé primaire sont dispensés par le médecin de famille près du lieu de résidence du patient et comprennent l'évaluation de l'état de santé du patient, le diagnostic, le traitement et la gestion des problèmes de santé, ainsi que la prévention et la promotion de la santé au cours du premier contact. Un système de santé qui apporte une attention particulière aux soins primaires a un effet positif sur la continuité et la coordination des services médicaux, réduisant simultanément le coût des soins spécialisés inutiles et améliore l'état de santé général de la population.

Du fait d'une rémunération insuffisante, les médecins de famille ne sont pas incités à fournir un service adéquat et le manque de formation continue affecte négativement leur développement professionnel. Le manque de qualification des médecins et la faible sensibilisation du public à la compétence du médecin généraliste engendre une méfiance généralisée à l'égard du secteur de la médecine de premier recours.

Suite à l'octroi de l'autonomie aux prestataires de services, les établissements de soins de santé primaires ont fait l'objet d'une réorganisation structurelle. Le gouvernement géorgien a reçu un soutien substantiel de la part de la communauté internationale des donateurs pour réformer le système de soins de santé primaires. Les programmes de formation à la médecine familiale et le processus de réhabilitation des établissements de soins de santé primaires ont été lancés avec le soutien du département pour le développement international du

---

[76] Curatio International Foundation. (2018). Georgia Primary Health Care Profile: 6 Year after UHC program introduction.
[77] Ibid.
[78] Verulava T., Jorbenadze R., Karimi L. (2020). Patient's perceptions about access to health care and referrals to family physicians in Georgia. vol. 55, no. 4, pp. 642-650, The Balkan Medical Union.
[79] Ibid.

Royaume-Uni (DFID) et une subvention de la Banque mondiale.[80] Malgré une faible amélioration, seuls 22 % des bénéficiaires du programme universel de soins de santé se sont adressés à une clinique ambulatoire pour une assistance médicale programmée. Selon une enquête menée en 2015, 40,1 % des personnes interrogées expriment une insatisfaction partielle (38,6,8 %) ou totale (1,5 %) à l'égard du médecin de famille[81]. Par ailleurs, 75% des personnes interrogées ont déclaré que leur médecin n'avait pas prévu d'examens médicaux périodiques, dévoilant une faible importance accordée à la médecine préventive, ce qui augmente considérablement le coût des soins médicaux en raison de la détection tardive de la maladie.

2. Oligopoles et liens entre politique et marché de la santé

Les personnes interrogées sur les sujets de corruption ou de contrôle oligarchique du marché de la santé étaient extrêmement réticentes à aborder ce sujet. Si nos interlocuteurs nous ont divulgué des informations sur l'identité des oligarques, ils ne souhaitent pas que leur nom soit mentionné dans ce rapport. Ce sujet est également peu mentionné dans les médias géorgiens qui, d'après Reporters sans frontières, sont souvent limités à la ligne éditoriale établie par les patrons de presse proches du gouvernement.

Officiellement, l'Agence géorgienne de régulation des activités médicales et pharmaceutiques est une entité importante en termes de garantie de la qualité des services de santé et du secteur pharmaceutique. D'après Ekaterine Tikaradze, Ministre des personnes déplacées des territoires occupés, du travail, de la santé et des affaires sociales de Géorgie, l'Agence a mis en œuvre un grand nombre de réformes importantes au cours des trois dernières années, y compris l'introduction des normes de qualité GMP/GDP pour les médicaments autorisés[82]. L'industrie pharmaceutique est l'une des plus importantes et des plus lucratives de Géorgie. C'est aussi l'un des plus grands employeurs privés du pays.[83]
Une étude menée entre 2012 et 2016 par Transparency International Georgia démontre que parmi les cinq plus grands revendeurs de médicament, quatre de leurs actionnaires et neuf personnes apparentées à ces entreprises ont des liens avec le Mouvement National Uni[84], ayant fait des dons pour un montant total de 415 000 GEL.[85] Le cas du groupe PSP montre de façon claire la collusion entre le monde politique et le marché de la santé. En prenant l'exemple de PSP Pharma, l'antenne pharmaceutique du groupe PSP, le rapport de Transparency International dévoile des risques élevés de corruption. Le directeur de PSP Pharma est K. Fanchulidze, les propriétaires sont V.Okriashvili, membre du parlement géorgien depuis 2004, (50%) et T. Jamelashvili (50%). V. Okriashvili (qui détient 95 % du

---

[80] Ibid.
[81] Pollack CE, Rastegar A, Keating NL. (2015). Is self-referral associated with higher quality care? Health Serv Res.; 50: 1472–90.
[82] Le code des bonnes pratiques de distribution (Good Distribution Practices code of standards) est une norme internationale garantissant le maintien de la qualité d'un médicament tout au long du réseau de distribution, afin que les médicaments autorisés, distribués aux pharmaciens d'officine et aux autres personnes vendant des médicaments au grand public, sans aucune altération de leurs propriétés.
[83] Transparency International Georgia. 2016 https://www.transparency.ge/sites/default/files/pharmaceutical_market_in_georgia.pdf
[84] Parti du président au pouvoir de 2004 à 2013 Mikheil Saakachvili.
[85] Après 2012, ces personnes n'ont fait de dons à aucun parti politique.

groupe PSP) figure sur la liste des donateurs aux partis politiques. Il a fait un don de 60 000 GEL au Mouvement national uni le 25 juillet 2012.
En ce qui concerne la participation de PSP aux marchés publics, les sociétés PSP Pharma et PSP Pharmacy, ont obtenu 706 appels d'offres au cours de la période 2010 - juin 2016. Le revenu total de ces appels d'offres s'est élevé à près de 33 millions de GEL. Au cours de la même période, ces entreprises ont obtenu 1 332 contrats par le biais d'une procédure simplifiée, pour un montant de près de 3 millions de GEL.[86]
Des pratiques similaires ont été recensées dans le groupe Aversi, où des donations pour le Mouvement national uni à hauteur de 215 000 GEL ont été recensées en 2012, provenant des directeurs généraux de chaque branche du groupe et de leurs propriétaires. Paata Kurtanidze (propriétaire de 50% des parts de Aversi Rational) a fait un don de 60 000 GEL au Mouvement national uni le 29 août 2012, Malkhaz Kurtanidze (directeur général de Aversi Rational) a donné 60 000 GEL au même parti le 4 septembre 2012, Irakli Phurseladze (directeur général d'Aversi Pharma) a fait un don de 50 000 GEL au Mouvement national uni le 4 septembre 2012. Le don du directeur général d'Aversi clinic, Dimitri Jorbenadze, s'élève quant à lui à 40 000 GEL (le 31 août 2012). Enfin, Aleksandre Janashia, membre du conseil de surveillance de la société anonyme Insurance Company Alfa avec Irakli Phurseladze, a donné 5 000 GEL au Mouvement national uni le 30 août 2012. En ce qui concerne la participation d'Aversi aux marchés publics, Aversi GeoPharma (qui a fusionné avec Aversi-Pharma au début de 2016), Aversi-Clinic et Aversi-Pharma ont remporté un total de 852 appels d'offres au cours de la période 2011 - juin 2016. Le revenu total de ces appels d'offres s'élève à 32 millions de GEL. Au cours de la même période, Aversi a obtenu 2 600 contrats grâce à la procédure simplifiée, dont le total s'élève à 3,4 millions de GEL.[87]

En plus des groupes PSP et AVERSI, l'étude mentionne également les groupes GPC (groupe GHG) et Global Pharm, qui distribue des médicaments sur le marché géorgien et travaille en collaboration avec des pharmacies, des cliniques et des bases pharmaceutiques. Ces cinq acteurs se partagent près de 70% du marché pharmaceutique.

En ce qui concerne la répartition du marché par producteur (sur la base des statistiques d'importation), il existe deux acteurs principaux sur le marché - PSP et Aversi, qui détiennent 97 % du marché. Une étude réalisée en 2018 démontre que les trois plus grands groupes (Aversi, GHG et PSP) détiennent 79% du marché pharmaceutique (source Curatio International). Le marché des assurances maladies quant à lui est partagé entre les mêmes acteurs (38% du marché) auxquels s'ajoute la firme GPI Holding qui détient 29% de ce marché.

---

[86] Transparency International Georgia. 2016
https://www.transparency.ge/sites/default/files/pharmaceutical_market_in_georgia.pdf

[87] Transparency International Georgia. 2016
https://www.transparency.ge/sites/default/files/pharmaceutical_market_in_georgia.pdf

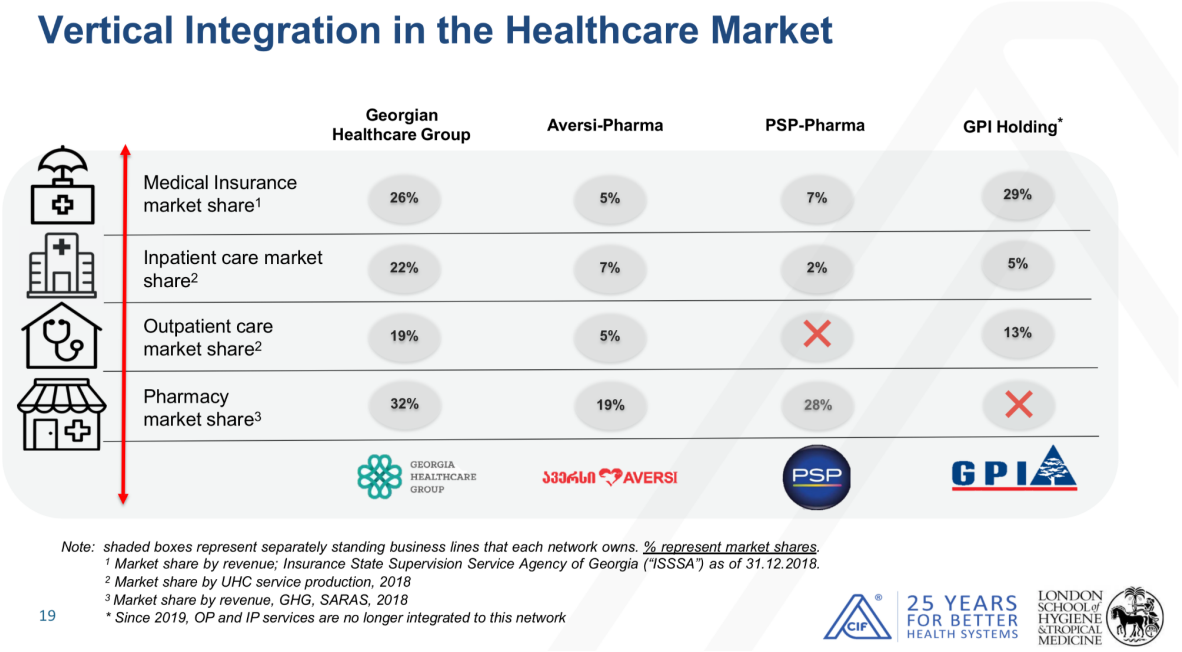

Figure 6 : intégration verticale dans le marché de la santé, Curatio International, 2018. Curatio International Foundation. Georgia Primary Health Care Profile: 6 Year after UHC program introduction, supra note 2018.

Le marché de la santé géorgien présente un niveau de fragmentation élevé, tant au niveau des services hospitaliers que des services ambulatoires. Dans l'ensemble le problème n'est pas tant la disponibilité des traitements, mais les effets de cette fragmentation. Un marché est considéré comme fragmenté s'il est dominé par de nombreux petits prestataires qui se situent en dessous de l'échelle optimale pour fournir des soins efficaces et de qualité. La présence d'un grand nombre d'acteurs empêche notamment la réalisation d'économies d'échelles. Une étude menée par Curatio International en 2022 par M.Tvaliashvili1, L.Sulaberidze1, C. Goodman, K. Hanson et G.Gotsadze, analyse la structure du marché des services hospitaliers et ambulatoires. Cette analyse cherche à identifier la répartition des acteurs sur l'ensemble du territoire géorgien et son effet sur les prix et la qualité des traitements.

2.1 Un niveau de fragmentation élevé à Tbilissi et dans les autres centres urbains.

Le marché de la santé géorgien est caractérisé par un très grand nombre d'établissements reliés au programme universel de couverture maladie. D'après cette étude, la plupart de ces centres sont autonomes et leur utilisation est très faible. Sur les deux marchés (ambulatoires et hospitaliers), le nombre de concurrents est élevé dans tous les types d'établissements, avec des temps de trajet très courts vers les concurrents dans la capitale. L'étude démontre que dans les villes de moins de 10 000 habitants, il y a 3 concurrents à moins d'une demi-heure (source de Curatio). Ce type de structure de marché est caractérisé par des prix plus élevés en

raison de l'absence d'économies d'échelle, des problèmes de qualité dus à la faiblesse de la demande, des coûts des négociations et de la réglementation.[88]

2.2 Une forte concentration dans les zones les plus reculées.

L'étude souligne cependant qu'en s'éloignant des centres urbains, les marchés des assureurs et des prestataires de soin sont quant à eux caractérisés par des effets de concentration. En dehors de Tbilissi, les marchés locaux présentent une forte concentration dans les villes de taille moyenne (entre 10 000 et 100 000 habitants) ainsi que dans les villes et villages de moins de 10 000 habitants. Ce phénomène existe également dans les villes dont la population est estimée entre 100 000 et 1 million d'habitant pour les soins ambulatoires, malgré l'existence d'un climat concurrentiel. Ce type de structure de marché engendre des prix plus élevés en raison de l'exercice d'un pouvoir monopolistique. Par ailleurs, il existe d'autres répercussions liées à la concentration dans le marché de la santé : des excès de tests diagnostiques, de traitements et d'hospitalisations. La concentration a également un effet négatif potentiel sur la qualité des soins de santé.

Contraste zones urbaines, zones rurales

L'accès aux soins de santé est en effet limité dans les zones montagneuses et rurales. Les pénuries de médecins et d'infirmières dans les zones rurales, des infrastructures parfois vétustes, la faiblesse des liens entre les médecins ruraux et les autres spécialistes, ainsi que le système compliqué et fragmenté de financement des établissements de soins sont autant de facteurs qui compliquent l'accès aux soins et il faut souvent se rendre en ville pour acheter les médicaments, et recevoir les traitements.[89]

Gvantsa Kvinikadze, chercheuse, explique qu'une femme qui vit dans un village et qui doit prendre des médicaments, par exemple contre le VIH, doit se rendre jusqu'à Tbilissi pour se faire soigner. Les traitements quotidiens nécessaires ont un coût important pour la famille et les femmes ont souvent des enfants et des personnes âgées à charge, dont elles doivent s'occuper, rendant compliquées les absences qu'impliquent les déplacements. Elles peuvent aussi avoir des animaux domestiques, des vaches, des cochons, des poulets sous leur responsabilité. De plus, si dans les grandes villes les femmes conduisent, dans les zones rurales elles n'ont pas forcément le permis de conduire et doivent alors prendre les transports publics. L'ampleur de la stigmatisation, et le manque d'intimité dans les petites communautés, compliquent leurs déplacements.

Dans le cas de la tuberculose, les symptômes disparaissent au bout de deux semaines, si bien que la famille décide parfois que le patient n'a pas besoin de se faire soigner, car cela est considéré comme une perte de temps et d'argent. Ainsi, les inégalités de genre ont une influence sur l'accès aux diagnostics et aux traitements, les femmes ayant besoin d'une

---

[88] Concentration and fragmentation : analyzing the implications of the structure of Georgia's healthcare market for quality and accessibility. (2020). UK Department for Business, Energy and Industrial Strategy.
[89] *Rural Development Strategy of Georgia 2017-2020*. (s. d.). https://eu4georgia.eu/wp-content/uploads/Rural-Development-Strategy-of-Georgia-2017-2020.pdf

autorisation, même s'il s'agit de leur santé et de leur vie, tout particulièrement dans les régions rurales.[90]

3. Des réponses incitatives nouvelles mais insuffisantes.

3.1 L'accord de libre échange avec la Turquie.

Le Premier ministre géorgien, Irakli Garibashvili, a annoncé début 2022 que les entreprises sont autorisées à importer, sans autre autorisation nationale, tous les produits pharmaceutiques approuvés par la Turquie. Cette politique a pour objectif de baisser le prix des médicaments, et vise à offrir aux citoyens la liberté de choisir leurs médicaments. Elle s'inscrit dans le cadre d'un effort visant à créer un "marché pharmaceutique bien réglementé et transparent", comme l'a déclaré le ministre de la santé Zurab Azarashvili dans une interview sur la chaîne de télévision Imedi TV en mars 2022.[91] Jusqu'à présent, la liste des pays établie par la Géorgie en 2009 reconnaissait les autorités de réglementation pharmaceutique de l'UE, de plusieurs autres États européens, des États-Unis, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande, du Japon et de la Corée du Sud. D'après un pharmacien travaillant dans une pharmacie de la chaîne Pharmadepo à Tbilissi (280 pharmacies réparties sur le territoire géorgien), cet accord de libre échange pharmaceutique a eu pour conséquence de diviser par trois le prix des médicaments. Cette baisse n'est pas négligeable, car le coût des médicaments est considéré par 46% des Géorgiens comme le principal problème en matière de soins de santé, d'après une enquête d'opinion réalisée en décembre 2020 par le *National Democratic Institute Georgia*. Par ailleurs, selon le rapport de l'Agence de la concurrence, en 2020, par rapport à 2016, le coût des médicaments en lari, a augmenté de 41 %, et de 7 % en dollars américains.[92] Une association pharmaceutique a néanmoins remarqué qu'après la mise en œuvre des changements législatifs liés à l'ouverture du marché turc auxquels elle était favorable, les fournisseurs turcs imposent des restrictions à la fourniture de certains médicaments, tant en termes d'assortiment que de quantité. L'État géorgien conteste cette information.[93]

3.2 Législation sur le plafonnement du prix et la prescription de génériques.

La législation de 2022 sur l'instauration d'un plafond pour le prix des génériques, qui interdit aux médecins de prescrire les médicaments ayant une marque déposée, a pour but de baisser les prix et de limiter le monopole de certains grands groupes qui possèdent à la fois des laboratoires pharmaceutiques, des cliniques et des assurances et peuvent conditionner le remboursement par l'assurance à la prescription d'un médicament appartenant à leur groupe. Les génériques ont en effet l'avantage d'être moins chers que les médicaments ayant une marque déposée. Le pharmacien interrogé craint, quant à lui, que cette nouvelle législation

---

[90] Entretien Gvantsa Kvinikadze, chercheuse, 01/02/2023.
[91] *Doctors to only prescribe generic drugs starting April*. (s. d.). Agenda.ge. https://agenda.ge/en/news/2022/680
[92] Civil.Ge. (2021, 25 janvier). Public Attitudes in NDI-commissioned Survey. *Civil Georgia*. https://civil.ge/archives/393027
[93] Civil.Ge. (2023, 19 avril). Pharmaceutical Association Addresses Medicine Shortages. *Civil Georgia*. https://civil.ge/archives/537870

crée des pénuries de produits de qualité au profit de médicaments bas de gamme. Or, selon l'Ombudsman, les médicaments en Géorgie étaient déjà souvent de mauvaise qualité, la faute à un système d'appel d'offres qui donne la priorité aux médicaments les moins chers (2018).[94]

III. En France: du ministère de la Santé au ministère de l'Intérieur, la santé des étrangers, une manière de contrôler la migration ?

D'après l'article L.425-9 (re codification de mai 2021) du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA), la carte de séjour est délivrée à l'étranger qui ne présente pas une menace pour l'ordre public et dont l'état "*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*"[95].

Jusqu'à la promulgation de la loi du 7 mars 2016, l'évaluation médicale des demandes de titre de séjour pour soin dépendait donc des Agences Régionales de santé (ARS). Les médecins et le personnel des ARS évaluaient le besoin de prise en charge de la personne malade. La nouvelle procédure, inaugurée le 1er janvier 2017, a instauré: "l'identito vigilance, un certificat médical conforme, la demande de comptes-rendus spécialisés, une convocation du demandeur au service médical et des contrôles d'analyses biologiques pour certaines pathologies.".[96]

1.Des avis aléatoires résultant d'une suspicion permanente.

1.1 Excès de contrôle et délais dépassant les trois mois exigés par le CESEDA.

Alors que l'article R425-13 du CESEDA exige le rendu d'un avis, par le conseil des médecins, dans un délai de trois mois à compter de la transmission du certificat médical par le demandeur, la durée moyenne des réponses d'après le dernier rapport de l'OFII est de quatre mois et demi. Ainsi, pour que la procédure se déroule dans le respect du CESEDA, le Défenseur des droits[97] suggère que les compétences de chaque acteur participant au processus de demande de TSPS soient précisées et motivées. En effet, des compétences optionnelles sont actuellement utilisées de façon systématique. C'est notamment le cas de la convocation des malades pour effectuer des contrôles d'identité et des analyses supplémentaires. Les pratiques de l'OFII se caractérisent ainsi par un recours banalisé au contrôle systématique des primo-demandeurs. Cette politique de soupçon de fraude n'est pas cohérente avec le risque

---

[94] Géorgie : accès à divers soins et traitements médicaux. (2018). Dans *OSAR*. https://www.ecoi.net/en/file/local/2041132/200630_GEO_acces_soins_divers.pdf
[95] Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, art. L. 313-11 al. 11.
[96] Procédure d'admission au séjour pour soins,Service médical de l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration. Rapport au Parlement, Année 2021. Cinquième rapport établi en application de l'article L.425-9 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile recodifié au 1er mai 2021
[97] Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer. (2019). Défenseur des droits.

réel de fraude qui, d'après les chiffres de l'OFII, s'élevait à 120 cas pour 44309 demandes en 2018. De ces contrôles qui relèvent parfois de l'arbitraire, résulte l'irrespect du délai d'instruction des demandes, perpétuant une situation d'instabilité forte pour les étrangers malades.

1.2 Des incohérences dans les avis rendus, renforcées par un manque de transparence de l'OFII et des préfectures.

Le rapport du Défenseur des droits souligne de nombreuses incohérences au sein même de l'OFII. Le rapport cite en particulier le cas des renouvellement de titres de séjours : à quelques mois d'intervalle, il arrive que deux avis concernant le même dossier se contredisent. Une première décision favorable à l'admission au séjour peut être suivie quelques mois plus tard, d'une décision défavorable alors que ce deuxième avis des médecins de l'OFII est basé sur la même base documentaire que le premier.[98] Ce changement d'avis est notamment dû à des décisions qui peuvent paraître aléatoires concernant l'accès effectif au traitement dans le pays d'origine. En effet, au sujet de l'accessibilité aux traitements, l'OFII déclare : *"Une telle appréciation est par nature subjective et dépend de situations individuelles difficiles à appréhender, pour lesquelles les médecins ne disposent pas d'informations ou dont la preuve est impossible à leur niveau : difficultés financières, absence d'étayage familial, éloignement géographique, rupture de stocks ou corruptions, minorité discriminée dans l'accès aux soins dans le pays d'origine."*

Par ailleurs, une procédure réellement transparente devrait inclure un mécanisme qui permet aux demandeurs d'avoir accès à un commentaire détaillé concernant les motivations des avis des médecins de l'OFII. Ceci est d'autant plus important lorsque la décision ne respecte pas les orientations du ministère de la Santé dans son arrêté du 5 janvier 2017. Ainsi, pour réduire la part d'aléa à laquelle sont soumis les demandeurs, le Défenseur des droits proposait dans son rapport, d'inclure le ministère de la Santé dans le processus d'élaboration de bases documentaires mises à disposition des médecins de l'OFII.

Officiellement, l'article L.425-9 du CESEDA indique : « Les médecins de l'office accomplissent cette mission dans le respect des orientations générales fixées par le ministre chargé de la santé ». Toutefois, Olivier Lefebvre, médecin au Comede, expliquait lors d'un entretien que si les médecins de l'OFII étaient tenus de respecter les recommandations du ministère de la Santé depuis la réforme entrée en vigueur le 1er janvier 2017, le ministère de l'Intérieur a « la mainmise » sur les procédures étrangers malades.

---

[98] Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer. (2019). Défenseur des droits. p.52.

"*Actuellement nous n'avons plus d'interlocuteurs officiels sur la santé des migrants à la direction générale de la santé. C'est dramatique, c'est bien symbolique, c'est montrer que la santé des migrants n'est plus une affaire de santé publique mais bien* ***une affaire de contrôle de la migration***" -Olivier Lefebvre [99]

Par ailleurs, la décision finale de la délivrance du TSPS reste à la discrétion du Préfet, même lorsqu'elle est contraire aux avis des médecins. Les associations de défense des droits des étrangers, ainsi que le rapport du Défenseur des droits soulignent l'absence de justification des décisions des préfets, lorsqu'elles ne suivent pas les avis des médecins.

Dans son rapport au parlement, pour l'année 2021, l'OFII vante une augmentation du taux des avis positifs aux demandes de titre de séjour pour soin par rapport à l'année précédente. Malgré une faible augmentation, dans l'ensemble le nombre d'avis favorables est passé de 32 623 en 2013, à 15 762 en 2020[100]. Par ailleurs, cette faible augmentation est indissociable de la baisse totale des demandes. Ainsi, depuis que la compétence des avis médicaux est passée des ARS à l'OFII, le taux de demandes a diminué de 36,9%. D'après Olivier Lefebvre, médecin au Comède, cette baisse s'explique notamment par une double auto-censure provenant à la fois des médecins et des requérants :

" Il y a une baisse, je pense aussi que l'OFII a fait son boulot, en ayant tellement de refus, il y a beaucoup moins de demandes, y compris chez les Géorgiens. (...) Je pense qu'il y a de l'auto-censure y compris chez les médecins, chez les associations et chez les patients."

1.3 Des informations partielles, un processus flou : le cas de la BISPO.

Pour pallier le manque de transparence existant aux différentes étapes de la procédure, une requête a été déposée devant le tribunal administratif de Paris visant à obtenir la mise en ligne de la base de données dite « Bibliothèque d'information santé dans les pays d'origine » (Bispo) créée par l'OFII. La Bispo est consultée pour apprécier la condition d'accès effectif aux soins dans le pays d'origine, sur le fondement de l'article L. 425-9 du CESEDA. Alors qu'une partie de la base de données est disponible, la requête demandait l'annulation du refus de l'OFII de mettre en ligne la base de données dans son intégralité. En effet, puisque l'avis des médecins de l'OFII influence les décisions des préfectures, le manque de transparence n'est pas seulement une question d'éthique mais va à l'encontre du principe du débat contradictoire.
Le droit d'accès à tous les documents, garantissant des procès justes et équitables, est l'un des piliers du principe du débat contradictoire. L'article 15 du code de la procédure civile demande que l'ensemble des parties ait accès aux éléments qu'elles invoquent afin que chacune soit à même de soutenir et d'organiser sa défense. En outre, le devoir de

[99] Entretien réalisé en zoom. 12 décembre 2022 .
[100] Statistiques issues des rapports annuels de l'OFII.

communication des pièces est précisé dans l'Article 132 du Code de Procédure civile : « *La partie qui fait état d'une pièce s'oblige à la communiquer à toute autre partie à l'instance. La communication des pièces doit être spontanée.* ». Considérant que la loi du 7 mars 2016 a réintroduit l'appréciation de l'accessibilité réelle des soins compte tenu de la situation économique et géographique du demandeur dans son pays d'origine, il est important de connaître les documents sur lesquels se basent ces avis. Ainsi, dans un rapport [101] publié en 2019, le Défenseur des droits demande la publication de l'intégralité de la BISPO. Une telle transparence permettrait de fournir les informations nécessaires afin que toutes les parties aient accès aux arguments à partir desquels elles seront jugées. Dans un jugement, du 28 avril 2022, le Tribunal administratif de Paris a rejeté cette requête déclarant que la base de données actuellement mise en ligne était suffisante.

Toutefois, la mise en ligne de la BISPO faciliterait le travail de l'ensemble des acteurs intervenant dans la procédure (médecins traitants, magistrats, associations, avocats…). Par ailleurs, la publication de toutes les informations disponibles favoriserait la qualité de la BISPO, grâce à une alimentation collective de cette base. Ce type de fonctionnement permet une meilleure fiabilité des données qui seraient alors régulièrement misent à jour. Il est important de souligner l'importance de la mise en place d'une harmonisation des pratiques, favorisée par une base de données commune telle que la BISPO.

2. Le retour volontaire médicalisé une fausse bonne solution ?

Nous avons rencontré des membres d'IOM en France et en Géorgie et avons ainsi pu obtenir des informations sur le projet pilote de retour volontaire médicalisé de la France vers la Géorgie qui s'est achevé en décembre 2022 en collaboration avec IOM et l'OFII. Ce projet comprend une phase pré-départ, un rapatriement médicalisé par voie aérienne directe avec Air France et un accompagnement de 6 mois de retour en Géorgie. Le projet a aidé 86 demandeurs, dont certains étaient accompagnés par leur famille et dont 10 % étaient des enfants. Les problèmes médicaux étaient variés, principalement cardiovasculaires, neurologiques et oncologiques. 10 personnes sont décédées, y compris des cas palliatifs qui voulaient mourir dans leur propre pays. Le projet a réussi à en amener certaines en toute sécurité, mais malheureusement, d'autres sont décédées avant le transport parce qu'elles ont demandé le programme trop tardivement. La subvention par personne s'élevait à 15 000 euros. Sur place, IOM a des accords avec les réseaux GPC et Aversi pour les médicaments et avec la majorité des cliniques à Tbilissi. Les personnes ont néanmoins fait face à de nombreux défis, notamment concernant les inégalités d'accès et de disponibilité des soins selon les régions. Ainsi, dans de nombreuses régions, des accords avec des cliniques n'ont pu être conclus. Les personnes étaient donc obligées de se rendre à Tbilissi, les transports n'étant pas pris en charge, ou de payer pour les traitements sur place, or elles n'en avaient pas les moyens. Il y a également des contraintes logistiques pour les personnes en situation de handicap, car elles ont du mal à accéder aux services. En effet, certaines institutions

[101] Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer. (2019). Défenseur des droits.

médicales ne disposent pas d'infrastructures adaptées. Concernant les personnes qui n'avaient pas d'endroit pour se loger, très peu d'abris ont été mis à disposition, la majorité n'étant même pas adaptés à la situation des personnes ayant des problèmes médicaux. Si les personnes accompagnées ayant une maladie pouvant être soignée dans les 6 mois n'ont pas eu de difficulté à la fin du financement, les personnes ayant des maladies chroniques ou nécessitant une prise en charge au-delà des 6 mois, se sont quant à elles retrouvées dans la même situation qu'avant leur départ de Géorgie et n'avaient pas accès à l'assurance publique. Dans certains cas, les personnes ont alors choisi de repartir à l'étranger.

Ce projet a donc un temps de financement trop court, il faudrait allonger la durée de prise en charge et peut-être individualiser l'accompagnement. Il faut pouvoir garantir la disponibilité et l'accessibilité des traitements et médicaments pour que les personnes ne se retrouvent pas dans des situations précaires ou dans l'impossibilité de recevoir des soins. IOM Géorgie déplorait également un manque de coopération avec les médecins français et des problèmes d'organisation avec Air France, même si le transfert avait l'avantage d'être direct.

Recommandations

1. Préciser la procédure et la rendre plus transparente afin de réduire les obstacles administratifs.

Nous suggérons que la procédure soit adaptée à tous les demandeurs de TSPS. Réduire les obstacles administratifs, qui sont le résultat d'un manque de précision législative et réglementaire, est primordial pour assurer un accès équitable à la procédure pour tous les étrangers malades.

1.1 Un respect des délais de l'instruction des dossiers.

L'obligation pour le collège de médecins de l'OFII, de rendre un avis dans un délai de trois mois, suite au dépôt du certificat médical sécurisé complété par le médecin du demandeur, n'est pas respectée. Le double contrôle, effectué, d'abord par le médecin rapporteur, puis par le collège des médecins de l'OFII est parfois incompatible avec l'état de santé des requérants. Il est nécessaire de prévoir des mesures qui réduisent le temps d'instruction des dossiers, qui dépasse en moyenne les temps prévus par le CESEDA.

1.2 Une meilleure transparence sur les compétences des médecins.

Il serait bénéfique d'encadrer les procédures et de préciser les pouvoirs des médecins de l'OFII. Ainsi, toute demande d'examen supplémentaire, devrait, dans un souci de transparence, être motivée de manière détaillée. La convocation, dont le caractère est quasi systématique, relève en réalité d'une compétence exceptionnelle inscrite dans le CESEDA. Par ailleurs, comme le prévoit la loi du 7 mars 2016, la gestion des TSPS relève d'une collaboration entre le ministère de la Santé et le ministère de l'Intérieur. Ce rapport, ainsi que ceux publiés en 2022 et 2021, témoignent de l'incohérence de nombreuses décisions par rapport aux recommandations du ministère de la Santé. Le renforcement du dialogue entre le ministère de la Santé et les médecins de l'OFII est primordial pour que la question des étrangers malades reste une priorité de santé publique et de droits à la santé pour tous.

1.3 Une procédure accessible aux étrangers malades dont la mobilité est réduite.

Les obstacles auxquels font face les étrangers malades dont la mobilité est réduite doivent être levés. C'est notamment le cas pour l'obligation de se rendre physiquement au guichet des préfectures pour récupérer déposer sa demande et retirer son titre de séjour[102] qui constitue une entrave pour les personnes hospitalisées ou dont la mobilité est réduite. Ainsi, une collaboration entre les hôpitaux et les préfectures est nécessaire, afin de permettre aux requérants (dans les cas susmentionnées), d'envoyer leur dossier par voie postale, mais aussi de nommer à travers une procuration, une personne qui pourrait retirer les titres au nom des réclamants.

2. Une connaissance réelle de la situation du pays d'origine, permettant de traiter chaque situation au cas par cas.

Dans une logique de **transparence,** la « Bibliothèque d'information santé dans les pays d'origine » sur laquelle se basent les avis des médecins de l'OFII, devrait être mise **à libre disposition dans son intégralité. Sa publication aiderait l'ensemble des acteurs (magistrats, médecins, avocats, associations…) intervenant dans la procédure.**

Ce rapport ainsi que les deux rapports produits précédemment constituent une base de support à l'action de l'administration et fournissent des exemples de barrières d'accès aux soins qui devront être prises en compte dans les décisions de l'OFII et des tribunaux administratifs. Une évaluation de la situation du système de santé géorgien requiert la mise en place d'un processus de collaboration internationale avec des acteurs locaux. Elle permettrait de garantir la fiabilité des bases de données, et par conséquent, celle des avis des médecins de l'OFII. Ceci est d'autant plus important qu'il est question d'évaluer toutes les dimensions constitutives du droit à la santé, à savoir la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des soins de santé.

Conclusion

L'enquête a confirmé le décalage entre la disponibilité, la qualité et l'accessibilité réelle des soins en Géorgie, et les décisions de refus de titre de séjour pour soin de l'OFII. En effet, dans un contexte d'inflation galopante liée à la guerre en Ukraine, les difficultés financières pour payer les médicaments, les traitements et les soins hospitaliers et ambulatoires ont été renforcées. L'État géorgien, bien que cherchant à endiguer la montée des prix à travers, d'une part, l'accord de libre-échange avec la Turquie et, de l'autre, la loi sur le plafonnement des prix et les prescriptions de génériques, ne parvient pas à rendre les traitements accessibles à tous.

[102] Articles R.311-1 et R.311- 2-1 du CESEDA

Il apparaît de même que les assurances, qu'elles soient publiques ou privées, ne couvrent pas les dépenses de la majorité des Géorgiens. Seule une minorité a les moyens de se financer une assurance privée complète couvrant la quasi-intégralité des dépenses. Les personnes de la classe moyenne inférieure sont particulièrement touchées par des inégalités d'accès aux soins, ne remplissant pas les critères de l'assurance d'état pour la couverture de nombreux soins et ne pouvant pas assumer les coûts élevés des assurances privées.

De plus, la répartition inégale des programmes municipaux sur le territoire a également pour conséquence des inégalités de disponibilité des soins selon les régions. La prise en compte du revenu de la personne ainsi que son lieu de résidence est donc essentielle pour pouvoir évaluer si les soins requis sont disponibles et accessibles. Toutes les dimensions intersectionnelles, comme la stigmatisation et les discriminations spécifiques, qui touchent aussi bien les personnes atteintes de l'infection par le virus de l'hépatite C, que les personnes en situation de handicap, sont autant de facteurs qui influencent l'accès aux soins. Les femmes vivant dans des ménages défavorisés et ruraux ainsi que les personnes LGBT+ font également face à des problématiques similaires, rendant indispensable la prise en considération de la notion de genre dans l'analyse.

Ce projet a également permis de mettre en lumière des problèmes structurels tels qu'un oligopole dans le milieu de la santé. De fait, l'industrie pharmaceutique, parmi les plus importantes et les plus lucratives, est détenue à 79% par Aversi, GHG et PSP, trois groupes qui détiennent aussi des assurances privées et des cliniques. De même, des soupçons de corruption entre monde politique et industries médicales pèsent sur le pays, ce qui peut expliquer le manque de réformes ou les prix élevés des traitements. Enfin, un autre problème concerne la fragmentation des services hospitaliers et ambulatoires qui engendre une inflation importante des soins. De plus, le faible recours aux médecins primaires à la faveur des spécialistes ou de l'achat direct en pharmacie, favorise les mauvais diagnostics et les coûts élevés.

De nombreux facteurs structurels expliquent donc les difficultés d'accessibilité physique et financière, ainsi qu'une qualité et une disponibilité des traitements défaillante selon la maladie, les caractéristiques individuelles, ou la localisation de la personne malade. Ces barrières d'accès aux soins mettent en danger la santé et la vie de géorgiens, un danger renforcé par les obstacles administratifs en France.

Références

Rapports d'Organisations Nationales

Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer. (2019). Défenseur des droits.

Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides. (2019) *Rapport d'Activité 2018.*.
Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides. (2022) *Rapport d'Activité 2021.*

Bruyère N., Egyed K.. (2021) *Droit au séjour et problématiques de santé des ressortissants géorgiens*. Habitat Cité.

Metz L., Barjon I. (2022). *Droit au séjour et problématiques de santé des ressortissants géorgiens*. 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.

World Health Organization (2017). *Georgia achieves significant health improvements but still faces considerable challenges*.

Transparency International Georgia. *Pharmaceutical market in Georgia*. 2016
UNICEF. Study on Stigmatization of children with disabilities. 2016. Insitute of Social Studies and Analysis.

Géorgie. (2012). UNESCO UIS

Organisation suisse d'aide aux réfugiés (OSAR). Géorgie : accès à des soins médicaux.

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

UNPRPD MPTF & UNDP. (2021). Situation analysis on the rights of persons with disabilities in Georgia.

Articles scientifiques et académiques

Bureau du Défenseur public (Ombudsman) de Géorgie, (2020) Public Defender Visits Tbilisi Mental Health Center

Verulava T., Jorbenadze R., Karimi L. (2020). *Patient's perceptions about access to health care and referrals to family physicians in Georgi*a. vol. 55, no. 4, pp. 642-650, The Balkan Medical Union.

Curatio International Foundation. (2018). *Georgia Primary Health Care Profile: 6 Year after UHC program introduction.*

Open Society Georgia Foundation. (2017). *Lack of access to services for children with disabilities – The Georgian state and the denial of social inclusion*.

Blondel, M. (2017). *Le nouveau traitement juridique contre l'éloignement du territoire des étrangers malades en France et devant la Cour européenne des droits de l'homme : quelle efficacité ?*. Les cahiers de la LCD, 5, 89-110. https://doi.org/10.3917/clcd.005.0089

Rukhadze, T. (2013). *An overview of the health care system in Georgia: expert recommendations in the context of predictive, preventive and personalised medicine*. The EPMA journal.

Entretiens

Entretiens réalisés avant le voyage

Marc Wluczka médecin de santé publique, coordinateur de Maavar Sarcelles, 12/12/2022.

Olivier Lefebvre, médecin travaillant au Comede, 12/12/2022.

Natia Javakhishvili, Chambre de Commerce, 15/12/22.

Bénédicte Fages, présidente de l'Association Accueil Migrants Grésivaudan, 16/12/2023

Mathieu David, ancien collaborateur du GAS, 16/12/2022

Marie-Claire Orset, Imédi Handicap, 20/12/22.

George Gotsadze, medical director, Mediclub 22/12/2022.

Jeremy Gaskill et Tsira Barkaia, Mac Georgia, 23/12/2022.

Denis Chautard, Secrétaire de Association d'entraide aux migrants à Vernon (ADEM), 25/01/2023.

Entretiens réalisés à Tbilissi :

Natya Mamucharashvili, dentiste, 28/01/2023.

Nato Natsvaladze du département des droits de l'enfant du défenseur public, 30/01/2023.

Nino Tsereteli du centre Tanadgoma, 30/01/2023.

Rusudan Imnaishvili, IOM, 31/01/2023.

Marina Tarasashvili, fondatrice de *La maison verte*, psychologue, 31/01/2023.

Natalya interne de l'hôpital New vision, 01/02/2021.

Gvantsa Kvinikadze, chercheuse, 01/02/2023.

Mari Korkodatze, fondatrice de l'association Families Against Discriminations 01/01/23.

Public Defender: 02/02/23.
Ketevan Sokhadze, responsable du département des droits de l'enfant ainsi que Nato Natsvaladze du même département.
Lika Tsiklauri et Mr David Tutberidze responsables du département de la protection des droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels.

Nino Valikovi, Chef adjoint du département des droits des personnes handicapées.

Tiko Tsomaia, journaliste, 02/02/2023.

Giorgi Saghinadze, Directeur de la Georgian Patients Union, 02/02/2023.

Manana Sologashvili présidente de l'association Hepa Plus et des bénéficiaires atteints d'Hépatite C, 02/02/23.

Maia Uchaneishvili, Directrice de recherche, et Alisa Tsuladze, chercheuse/chargée de mission, à Curatio International, 02/02/2023.

Nino Kalandia, Responsable relations internationales et Rusudan Mghebrishvili - Fondatrice de l'Association géorgienne de la trisomie 21, directrice de la "Gigo's Foundation". Georgian down syndrome association, 03/02/2023.

Association Mac Georgia: Jeremy Gaskill et Diana Janashia, 03/02/2023

Institut français Leonora Fund Attaché de Coopération, Mme Camille Nora, Conseillère de coopération et d'action culturelle, M. Olivier Lefebvre, Attaché de sécurité intérieure, 03/02/2023

<u>Entretien réalisés après notre voyage à Tbilissi :</u>

Giorgi Merabishvili Pharmacien à Tbilissi, 20/02/2023.

IOM France Chloé Taillard Yevenes, 23/02/2023.

Guiga Maminashvili Psychiatre en Géorgie, 23/03/2023.