



Vieillir en exil : le cas des personnes âgées ukrainiennes réfugiées en France

Armelle Klein

Sociologue

Post-doctorante, UMR Ceped, IRD, Inserm, Université Paris Cité



Les Papiers de la Fondation n° 63
Décembre 2025

Cette recherche a été réalisée dans le cadre de l'appel à bourses lancé par la Fondation Croix-Rouge française et avec le soutien financier de son partenaire, la Fondation de l'Avenir.

La Fondation Croix-Rouge française, créée sur l'initiative de la société nationale de la Croix-Rouge française, a pour vocation d'initier, de soutenir et de récompenser les projets de recherche qui mettent en perspective les principes, pratiques et finalités d'une action humanitaire en transition. À travers des appels à bourses de recherche, l'attribution de prix de recherche et l'organisation d'événements scientifiques, la Fondation Croix-Rouge française vise à définir les enjeux de l'action humanitaire de demain, accompagner les acteurs et les personnes, parties prenantes de la solidarité internationale, diffuser les savoirs issus de regards croisés et stimuler le débat.

La Fondation Croix-Rouge française est un membre actif du RC3 (The Red Cross Red Crescent Research Consortium), le consortium de recherche du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (CRCR). Un réseau créé en 2019, qui travaille en collaboration avec les Sociétés nationales, la Fédération internationale et le CICR, dédié à la conduite et à la promotion de recherches en sciences humaines et sociales pour aider à construire des communautés plus sûres, plus résilientes et plus durables sur la base de résultats scientifiques.

Les propos et opinions exprimés dans cet article n'engagent que son/ses auteur(s) et ne reflètent pas nécessairement ceux de la Fondation Croix-Rouge française.

Le contenu de cet article relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'auteur.

Il est interdit pour un usage autre que privé, scientifique ou pédagogique de reproduire, diffuser, vendre et publier intégralement ou partiellement sous quelque forme que ce soit cet article sans autorisation écrite particulière et préalable, dont la demande doit être adressée à la Fondation Croix-Rouge française.

© Tous droits réservés.

Avec le soutien de



Fondation de l'Avenir
Accélérons la recherche en santé

Pour citer cet article :

KLEIN Armelle « Vieillir en exil, le cas des personnes âgées ukrainiennes ayant fui la guerre en France », Fondation Croix-Rouge française, *Les Papiers de la Fondation*, n° 63, décembre 2025, 21 p.

Résumé

Le conflit en Ukraine a éclaté le 24 février 2022. Pour fuir la violence, plusieurs millions d'Ukrainiens ont quitté leur pays pour trouver refuge dans des pays voisins ainsi que dans des pays plus éloignés en Europe, comme en France, où des mesures d'accueil exceptionnelles ont été déployées. Selon les dernières estimations d'octobre 2023 (Eurostat), 69 495 personnes ont été accueillies après un pic de 118 000 réfugiés ukrainiens ayant bénéficié d'une protection administrative de la France en 2022. Cette population était constituée d'une très grande majorité d'enfants et de femmes, car les hommes étaient appelés à s'engager militairement. De nombreuses familles composées de plusieurs générations (enfants, mère et grands-parents) et un nombre non négligeable de personnes isolées se sont également retrouvées sur le territoire français. Selon les estimations des associations, environ 10% des personnes ayant fui l'Ukraine vers la France avaient plus de 60 ans.

Comme la littérature scientifique le précise, les personnes âgées sont souvent invisibilisées dans le cadre de crises humanitaires, et ce, malgré les formes de vulnérabilités sanitaires et sociales accrues liées à leur avancée dans l'âge. En nous appuyant sur des entretiens semi-directifs avec 28 personnes âgées réfugiées, âgées de 55 à 76 ans, ainsi qu'avec des professionnels et des experts en aide humanitaire et en accompagnement des personnes âgées en situation de grande précarité, nous avons cherché à comprendre les défis auxquels font face les personnes âgées lors de leur accueil en Île-de-France, en Bourgogne et dans les Alpes-Maritimes, en raison de l'exode forcé des réfugiés ukrainiens. Nous avons cherché à mettre en lumière les difficultés spécifiques rencontrées par ces personnes âgées, en tenant compte du cumul de leurs situations de vulnérabilité. Enfin, nous nous sommes intéressés aux réseaux de solidarité qu'elles pouvaient mobiliser pour accéder aux soins dont elles avaient besoin dans un contexte de tensions entre besoins d'autonomie et d'assistance. Ce travail de recherche a permis d'identifier un cloisonnement important entre les sphères humanitaires et des sphères médico-sociales entraînant une adéquation limitée des réponses apportées aux besoins des personnes âgées réfugiées.

Mots clés : accès aux soins, humanitaire, personnes âgées, Ukraine, exil

Summary

The war in Ukraine broke out on 24 February 2022 and forced millions to flee their country. While many found refuge in neighbouring nations, others sought safety further afield in Europe, including France, where exceptional measures were rolled out to support them. Estimates show that France was granting temporary protection to 69,495 Ukrainian refugees (Eurostat) in October, following a peak of 118,000 in 2022. Most were women and children, since men were called up for military service. Many people arrived as multi-generational families—children, mothers and grandparents—though a significant number of isolated individuals also found themselves on French soil. According to NGO estimates, approximately 10% of these refugees were over 60.

As highlighted in the scientific literature, older people are often rendered invisible in humanitarian crises, despite their greater vulnerability due to age-related health and social challenges. Drawing on semi-structured interviews with 28 Ukrainian refugees aged 55 to 76, as well as with humanitarian professionals and specialists in elderly care and extreme precarity, this study explores the specific challenges facing older Ukrainian refugees in three French regions: Île-de-France, Bourgogne and Alpes-Maritimes. It sheds light on their compounded vulnerabilities and examines how they mobilise solidarity networks to receive the care they need, navigating tensions between autonomy and dependence. The findings reveal a significant disconnect between the humanitarian and medico-social spheres, resulting in a mismatch between existing support systems and the actual needs of older refugees.

Keywords: access to healthcare, humanitarian, elderly, Ukraine, exile

Vieillir en exil : le cas des personnes âgées ukrainiennes réfugiées en France

Introduction

Le conflit en Ukraine a éclaté le 24 février 2022. Pour fuir la violence, plusieurs millions d'Ukrainiens et Ukrainiennes ont quitté leur pays pour trouver refuge dans les pays voisins, mais aussi en Europe, notamment en France, où les dernières estimations portaient à environ 100 000 personnes réfugiées. Les derniers chiffres disponibles font état de 69 495 APS (Autorisations provisoires de séjour) délivrés en octobre 2023. La crise ukrainienne a constitué un déplacement de population inédit en Europe depuis la 2^e guerre mondiale (Balmont, 2023), incluant un déplacement de personnes âgées de plus de 60 ans.

Les personnes réfugiées d'Ukraine ont bénéficié d'un accueil exceptionnel en France conformément à une décision de l'Union européenne, activant la protection temporaire instaurée par la directive 2001/55/CE¹ lors de l'afflux massif de personnes déplacées suite au conflit en ex-Yougoslavie. Un dispositif exceptionnel assurant une protection immédiate et temporaire, mis en œuvre par la décision d'exécution (UE) 2022/382 du Conseil de l'Europe le 4 mars 2022. En France, cette protection temporaire s'est traduite par la délivrance d'une autorisation provisoire de séjour (APS) renouvelée au bout de 6 mois qui donne lieu à la Protection universelle Maladie (PUMA) et à la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) sans délai de carence, la possibilité de prendre les transports gratuitement, l'accès à un hébergement et à un accompagnement social, l'accès au travail et à la scolarisation pour les enfants. L'APS donne également automatiquement accès à l'Allocation Demandeur d'Asile (ADA) et à des Aides Personnalisées au Logement (APL) selon certaines conditions. De plus, les réfugié·s ukrainien·nes ont pu bénéficier de nombreuses infrastructures ad hoc, comme des Hubs d'accueil² structurés avec une centralisation des démarches administratives.

Face à ce contexte exceptionnel, nous avons interrogé les conditions d'accès aux soins en les comparant avec la demande de soins, ainsi qu'aux conditions d'accueil des personnes âgées. Nous avons également questionné le vécu des personnes concernées face à cet exil forcé dans une étape de la vie marquée par un certain nombre de fragilités : santé physique, mentale, isolement social, etc. Comment les dispositifs de soutien et d'accès aux soins intègrent-ils les besoins spécifiques des personnes âgées en exil ?

Revue de littérature

Une revue actualisée à partir de 2018, de l'accompagnement des personnes âgées en contexte de crises humanitaires, a permis de dresser le constat de leur vulnérabilité : de l'invisibilisation des besoins des personnes âgées à la négation de l'accès aux droits, du

¹ Décision d'exécution - 2022/382 - EN - EUR-Lex (europa.eu)

² Le hub est le terme consacré par les professionnels de l'accueil des réfugiés pour le type de dispositif d'hébergement d'urgence centralisé permettant l'orientation des personnes réfugiées vers des centres d'hébergement plus pérennes sur d'autres territoires. En France, plusieurs Hubs ont vu le jour à Paris, à Nice et à Strasbourg.

manque de données sur leurs expériences en contexte de crises humanitaires à la nécessité d'inclure davantage les personnes âgées dans les processus décisionnels des programmes humanitaires.

Nous avons identifié trois types d'articles :

- Des articles qui cherchent à expliquer l'invisibilisation des personnes âgées des actions humanitaires (Kaga & Nakache, 2019 ; Simard, 2021 ; Lupieri, 2022). On retrouve des arguments autour de la présence de biais âgistes, sexistes et néolibéraux dans la construction des programmes humanitaires. En ce sens, l'article de Lupieri (2022) est très éclairant, car il explique comment cette invisibilisation se construit par différents mécanismes. L'action humanitaire serait « coincée » entre l'impératif d'allouer les ressources en fonction de la vulnérabilité et des besoins, et les cadres financiers visant à démontrer le rapport « coût-efficacité » des actions menées. Bien qu'ils soient considérés comme « vulnérables », les réfugiés âgés, de par leurs caractéristiques socio-économiques, « peinent » à être perçus comme une population « rentable », car ils ne sont plus actifs sur le marché du travail. Dans un contexte où l'intégration des réfugiés est majoritairement orientée vers le travail, les personnes âgées sont considérées comme une charge. Une considération renforcée par la perception que les réfugiés âgés ont devant eux une durée de vie courte. De plus, la focale historique encore prédominante de l'action humanitaire à destination des femmes (en mesure de procréer) et des enfants conduit souvent à exclure les besoins des femmes âgées de 49 ans et plus, des programmes, des enquêtes, de la collecte de données et des services de santé spécialisés. Enfin, populations moins mobiles par leur âge, les réfugiés âgés propagent moins de maladies transmissibles, mais sont plus sujets à des maladies non transmissibles, souvent chroniques, considérées comme coûteuses et peu importantes par rapport à la menace épidémique de maladies infectieuses, au cœur de l'action humanitaire en santé.

- D'autres articles donnent des outils méthodologiques pour inclure davantage les personnes âgées au sein des programmes humanitaires (Richard & Kiani, 2019 ; HelpAge, 2018a, 2018b ; Kehlenbrink et al., 2019, 2022). Il est notamment identifié quatre types de barrières : des barrières économiques puisque les personnes ne peuvent plus prendre part à une activité économique, notamment en cas de perte d'autonomie ; des barrières physiques liées à la problématique de distance et d'accessibilité aux services ; des barrières sociales liées à la volonté de rester chez soi et d'isolement ; des barrières institutionnelles liées, par exemple au fait qu'on demande souvent aux personnes âgées d'être présentes physiquement pour demander une aide même lorsqu'elles rencontrent des problèmes de mobilité (HelpAge, 2018b). Plusieurs articles évoquent la nécessité de développer des politiques publiques à destination des personnes âgées en parallèle des actions de développement et humanitaires (Özmete, 2022 ; Subhasis, 2020). Dans le prolongement de ces réflexions, plusieurs études traitent de la place des travailleurs sociaux sanitaires de proximité, de leur formation et du développement de pratiques professionnelles plus inclusives vis-à-vis des personnes âgées (Karlsson & Jönsson, 2020 ; Özmete et al., 2022 ; Cox, 2020)

- D'autres articles mettent en lumière les vulnérabilités des personnes âgées dans ces contextes. Une étude réalisée en Ukraine en 2022 a montré que 34% des personnes âgées étaient en besoin urgent de médicaments pour leur maladie chronique et 91% avaient des besoins d'assistance alimentaire. C'est également le cas pour les personnes âgées

ukrainiennes qui ont migré en Moldavie : 28% déclarent être en besoin urgent de médicaments et 22% sont en perte d'autonomie (HelpAge, 2022a, 2022b). Plusieurs articles insistent sur la vulnérabilité des personnes âgées face aux maladies et à la mort en raison de la qualité et de l'accès restreint à l'eau et aux services sanitaires en contexte de catastrophes naturelles ou de conflits (Richard & Kiani, 2019). Concernant l'accès à la santé en contexte humanitaire, un article propose d'accroître l'inclusivité dans les études cliniques, en engageant des gériatres et des gérontologues dans les organisations internationales, et en menant des politiques de financements qui prennent davantage en compte les besoins des personnes âgées par le développement d'approches personnalisées (Colenda et al., 2020). Une étude insiste particulièrement sur la vulnérabilité des femmes âgées déplacées en ce qui concerne l'accès aux centres de santé pendant la pandémie au Bangladesh. Les femmes âgées dépendent souvent des ressources économiques des hommes du ménage, ce qui entraîne une baisse de leur fréquentation des centres de santé (Hossain et al., 2023). Une étude menée en Ukraine en 2014 a également révélé que les femmes âgées étaient particulièrement vulnérables à la détresse psychologique (Summers et al., 2019). De plus, les personnes âgées sont exposées à des formes de négligence au sein du cadre familial, comme le montre une étude longitudinale réalisée en Inde dans des contextes de crises sanitaires, tels que les éboulements ou les tsunamis (Sandu, 2021). En revanche, la place des personnes âgées et les vécus dans les communautés sont peu abordés. Un seul article évoque les responsabilités endossées par les personnes âgées pendant des crises, notamment la charge de s'occuper des petits-enfants (Sandu, 2021). Peu d'articles évoquent, par exemple, les stratégies positives déployées pour constituer des réseaux de solidarité et lutter contre l'isolement social.

D'une manière générale, trois leviers principaux à actionner sont identifiés dans les articles :

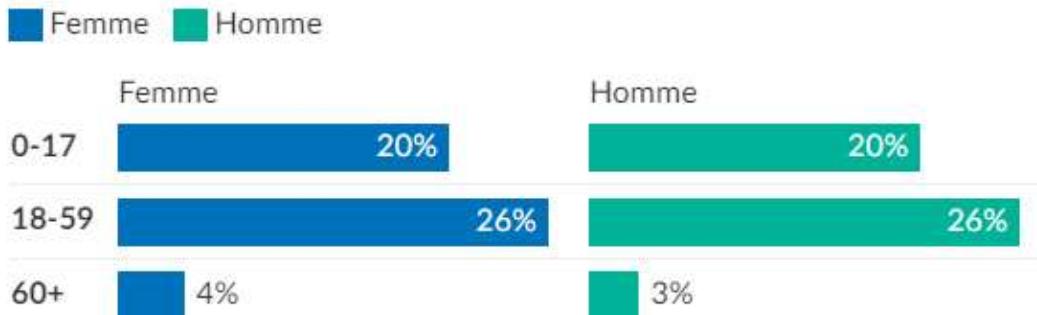
1. Renforcer les actions de proximité en formant davantage les travailleurs sociaux et en impliquant la communauté alentour ;
2. Prendre en compte la parole des aînés ;
3. Sensibiliser pour lutter contre les réflexes âgistes présents dans le champ humanitaire : travail important du Global Protection Cluster et des ONG HelpAge et Handicap International.

Données officielles en France

Concernant la présence des réfugiés ukrainiens sur le territoire français, les seules données officielles disponibles sont celles du portail des Nations Unies où est mentionné le nombre total de réfugié·es ukrainien·nes ayant reçu une protection temporaire. Le dernier chiffre date d'octobre 2023 et fait état de 69 495 personnes bénéficiant d'une protection temporaire en France. Mais ces données donnent des informations très limitées, car elles ne prennent pas en compte les flux de personnes en matière d'entrées et de sorties du territoire français. Or d'après les acteurs·rices associatif·ves, un nombre certain de personnes sont passées en France en transit et de nombreuses personnes sont retournées en Ukraine. Ainsi, il est très difficile de savoir combien de personnes réfugiées de l'Ukraine se trouvent sur le territoire. Un article du Monde datant du 30 décembre 2022 rapporte les propos de Didier Leschi, directeur général de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) qui fait état de 106 000 réfugié·es en France, dont seulement 50 000 personnes sont véritablement traçables sur le territoire. Il admet qu'aucun recensement n'a pu être effectué, mais espère

que cela sera possible lors du prochain renouvellement des autorisations provisoires de séjour (APS) qui a eu lieu en février 2023. L'autre difficulté de ces données limitées est l'impossibilité de savoir quelle est la proportion de personnes âgées parmi les personnes réfugiées d'Ukraine en France. Toutefois, il a été possible de recueillir une information précieuse de la mission Ukraine de la Croix-Rouge française (CRf). Sur les 27 000 personnes ayant bénéficié d'une aide financière de la CRf, les personnes âgées ukrainiennes de plus de 60 ans représentaient 11% des personnes ayant reçu cette aide entre le 29 avril 2022 et le 14 octobre 2022, soit 978 hommes et 2112 femmes. Bien que cet échantillon puisse présenter certains biais, il offre néanmoins un aperçu significatif de la population ukrainienne âgée de 60 ans et plus qui réside actuellement en France. Il s'agit d'une proportion très importante par rapport à celle des personnes de plus de 60 ans déplacées dans le monde, 4% des femmes et 3% des hommes avaient plus de 60 ans en 2023.

Graphique 1. Population globale de personnes contraintes de force dans le monde



14 juin 2023

Avertissement : la somme des chiffres n'est pas égale à 100 % en raison des arrondis.

* Sources : L'estimation de la démographie des personnes déplacées (IDMC) ; les réfugiés de Palestine sous le mandat de l'UNRWA (UNRWA) ; les réfugiés, les personnes se trouvant dans une situation semblable à celle des réfugiés, les demandeurs d'asile et les autres personnes ayant besoin d'une protection internationale sont basés sur les données disponibles (UNHCR) et les estimations de la population mondiale (Département des affaires économiques et sociales de l'ONU).

Source : Tendances mondiales du HCR 2022

Méthodologie

Ce terrain de recherche a été réalisé entre juillet 2022 et aout 2023. Il s'agit d'un terrain de recherche particulier du fait du caractère incertain et urgent de la crise et des évolutions rapides liées à l'évolution des flux de personnes et aux réponses politiques correspondantes. Dans ce contexte il a été choisi d'enquêter en grande majorité sur les lieux de transitions et d'accueils temporaires : Hub et CHU. Ce contexte a rendu difficile la planification ou la poursuite des entretiens, car d'un jour à l'autre, les personnes pouvaient ne plus se trouver dans le lieu où elles avaient été rencontrées la veille. Par ailleurs, ces lieux d'accueils

temporaires ne permettaient pas forcément de réaliser des entretiens dans de bonnes conditions : lieux mal chauffés, absence d'espace isolé, hangar bruyant, disponibilité limitée des personnes.

L'enquête se base sur 28 entretiens semi-directifs. Il y en a 7 avec des personnes réfugiées âgées entre 55 et 76 ans, 11 avec des spécialistes de l'urgence humanitaire, de la santé ou de l'accompagnement des personnes âgées en situation de grande précarité, et 10 autres avec des travailleurs de première ligne en Île-de-France, en Bourgogne et dans les Alpes-Maritimes, qui sont intervenus auprès des Ukrainiens ayant trouvé refuge en France.

Concernant les entretiens auprès des personnes réfugiées, nous avons mené 5 entretiens avec une traductrice auprès de deux hommes, de deux femmes et d'un couple dans un centre d'hébergement d'urgence (CHU) de Saône-et-Loire. Nous avons ensuite mené 1 entretien en français avec une mère et sa fille. La fille parlait français, étant installée en France depuis plusieurs années. L'entretien a été réalisé sur son lieu de travail à Paris. Enfin, nous avons mené un entretien avec une aidante et une bénévole ukrainienne très engagée dans l'aide aux réfugié·es et qui a accueilli ses deux parents âgés. L'entretien a été réalisé à son domicile en région parisienne. 120 heures d'observations directes et participatives ont également été réalisées au sein du hub parisien, au sein d'un CHU en Île-de-France, au sein d'un CHU en Saône-et-Loire et au sein d'une association d'aide aux personnes ukrainiennes ayant fui la guerre dans les Alpes Maritimes. Nous avons participé en tant que maraudeuse à un dispositif d'accès aux soins de la CRf. Celui-ci a été conçu en 2021 pour donner suite à l'arrivée importante de personnes venant d'Afghanistan, mais il a véritablement été mis en place en mars 2022 avec l'arrivée des réfugié·es ukrainien·nes. Il s'agit d'un dispositif mobile de santé, d'orientation et de maintien des liens familiaux, composé d'une ambulance avec un·e médecin, des secouristes et des maraudeur·euses. Ce dispositif a été mobilisé en grande partie pour les réfugié·es ukrainien·nes en se rendant au Hub parisien et au CHU dédié aux personnes vulnérables, en assurant un accueil médical ainsi qu'en se rendant au sein des camps de réfugiés (principalement situé dans le quart nord-est parisien). Nous avons aussi passé plusieurs journées d'observation dans un CHU de Saône-et-Loire où nous avons mené en plus 5 entretiens.

En France, une cellule interministérielle de crise a été montée pour centraliser la coordination des réponses territorialisées d'accueil des réfugié·es ukrainien·nes. Il n'a pas été possible de rentrer en contact avec cette cellule, ce qui explique pourquoi nous avons une approche très localisée des actions d'accès aux soins.

Résultats

Grâce à ce large éventail de méthodes de recueil, nous avons pu étudier le vécu de ces personnes âgées au prisme de leurs multiples vulnérabilités. Nous avons également exploré comment, dans une perspective de tensions entre les besoins d'autonomie et d'assistance, elles parviennent à structurer des réseaux de solidarités autour d'elles et à accéder aux soins dont elles ont besoin. Ce travail de recherche a permis d'identifier un cloisonnement important des sphères humanitaires et des sphères médico-sociales entraînant une adéquation limitée des réponses apportées aux besoins des personnes âgées réfugiées.

L'expérience contrastée des personnes âgées en exil

Le vécu des personnes âgées réfugiées d'Ukraine en France a été appréhendé à partir des conditions de leur arrivée en France et de la structuration des solidarités autour d'elles. Très peu de personnes âgées sont arrivées seules et se retrouvent complètement isolées à l'image de Mr Olek, 76 ans qui est arrivé en France après 3 jours d'autocar pour rejoindre sa fille et son petit-fils qui étaient arrivés en France quelques mois plus tôt ou encore, de Mr Dimitri, 69 ans, venu rejoindre ses filles qui vivent en France depuis 20 ans. C'est également le cas des parents de Rosanna qui a une cinquantaine d'années et qui vit en France depuis une vingtaine d'années avec son mari et sa fille. Mr Sergei et Mme Alicia, 69 et 63 ans sont arrivés en voiture avec leur fils en janvier 2023 pour rejoindre leur belle-fille et leurs petits-enfants arrivés en France au tout début de la guerre. Seule Mme Talia, 68 ans, est arrivée seule et ne connaissait absolument personne en France : « *j'ai toujours voulu venir en France depuis que je suis enfant* ». C'est d'ailleurs un constat partagé par une coordinatrice d'un CHU, « *ce que j'observe depuis début septembre où je suis arrivée c'est qu'il y a beaucoup de personnes âgées entre 65 et 90 ans qui sont là, et qui sont rarement seules. On a quelques personnes âgées seules, mais c'est un peu à la marge. Pour les cas de personnes isolées seules, c'est bien souvent des personnes qui ont été hébergées chez leurs enfants ou avec leur famille ici et puis qui au bout d'un moment... parce que les liens familiaux ne sont pas aussi solides que ça, parce que les logements ne le permettent pas forcément et parce que les personnes âgées ont, plus ou moins de facilité à s'adapter à ce départ précipité du pays* ».

Le fait d'être arrivé accompagné de proches ne signifie pas pour autant que les personnes âgées ne se sentent pas seules. Plusieurs des femmes rencontrées décrivent des journées entières passées enfermées dans leur chambre et expriment une attente forte vis-à-vis de leurs proches pour s'occuper au quotidien. Notons que les hommes rencontrés semblent plus enclins à s'engager dans des activités comme Mr Dimitri qui se promène volontiers seul et se rend à la piscine une fois par semaine. Il semble y avoir un effet genre et un effet de classe sociale avec des ressources différencierées pour mettre en place des stratégies d'adaptation. Cependant, une coordinatrice d'un HUB confie « *je trouve qu'il y a quand même un isolement de ces personnes âgées là de par le fait que les personnes de la famille qui s'en occupent se mettent une pression et cadrent vachement l'accès (aux personnes âgées) [...] Les personnes âgées sont plutôt des personnes qui ne disent pas grand-chose, qui se laissent porter* ». On observe donc une tension entre la présence des proches autour des personnes âgées comme élément protecteur et l'accès difficile des professionnels pour recueillir les besoins des personnes.

L'ensemble des professionnels rencontrés se sont accordés sur le fait que le profil général de la population ukrainienne a beaucoup évolué au fil du temps en France : « *parce que les femmes venaient souvent avec leur mère aussi ou... dans la mesure du possible. Sauf que la première vague, c'était les personnes les plus aisées. Donc c'était plus facile de voyager avec des personnes peut-être âgées ou plus âgées, voilà. Sauf que, dans le cas présent, la deuxième, troisième et ixième vague, c'est de plus en plus précaire. Du coup, les personnes âgées ont tendance à rester sur place. J'ai même des exemples de personnes âgées qui sont restées là-bas. Ça crée beaucoup de détresse chez les familles qui arrivent ici. Parce que bah déjà il y a la culpabilité, je pense, de laisser son parent sur place. Ensuite, bah il y a l'inquiétude forcément* » (Coordinatrice maintien des liens familiaux).

Les professionnels de l'accueil des réfugiés rencontrés dans le cadre de ce travail s'accordent sur le fait que beaucoup de personnes âgées sont rentrées au fil des mois, car il y avait trop de barrières en matière d'intégration en France. « *C'est les personnes qui s'adaptent, qui s'intègrent le moins bien on va dire. Et elles ont du mal parce que vu leur âge, elles ne peuvent pas se projeter. Elles ne peuvent pas dire : « je vais refaire ma vie en France », ce n'est pas possible. Donc, c'est les personnes qui rentrent les premières en Ukraine. On en a beaucoup qui sont parties cet été. Parce qu'ils n'avaient pas... même ceux qui étaient bien ici avec leur famille, avec les enfants ici, non, ils ont dit : « ma maison est là-bas, je rentre ». Donc on a quand-même pas mal de femmes comme ça* » (Présidente d'une association d'aide aux réfugié·es). « *Je vois bien la différence avec des familles et des enfants en bas âge ou qui attendent des enfants qui sont sur une autre temporalité avec une inscription à l'école, on est sur d'autres choses avec des projections dans le futur, même si elles sont sûrement angoissantes. Mais au moins, voilà, il y a des choses qui se dessinent, pour les personnes âgées et pour les personnes malades l'incertitude concernant la fin de vie, le retour dans le pays d'origine et tout, et bon dur à accompagner et très lourd* » (Coordinatrice sas). La question de la projection dans le futur a été assez difficile à appréhender dans le cadre de notre échantillon, car la plupart des personnes venaient d'arriver et il semblait peu opportun, étant donné la difficulté des situations rencontrées, de les inciter à répondre à des questionnements douloureux. Pour autant, au cours des entretiens, les personnes ont pu exprimer différents positionnements sur le retour en Ukraine. Ce qui en ressort, ce sont des formes d'incertitudes. Par exemple Mme Alicia confie « *je ne sais pas, mais tout est trop cher en Ukraine c'est impossible de vivre. Même le gaz c'est inabordable. Si mes enfants restent, on va rester avec eux. Tant qu'ils sont là, on va rester. Avec la voiture on ne peut pas aller bien loin, on est trop fatigués. En plus c'est compliqué de comprendre le Code de la route ici* ». Mr Olek exprime également une incertitude sur le fait de rester en France ou non. En revanche, Mme Talia ne souhaite pas rentrer en Ukraine, « *Non je ne veux pas rentrer en Ukraine, la vie là-bas est trop compliquée, je suis seule, je ne travaille pas, je préférerais m'installer en France* ». Mme Anita, 70 ans, est dans l'incapacité matérielle de rentrer en Ukraine « *J'avais une maison, mais elle a été complètement détruite par une bombe, donc je ne peux pas rentrer* ». Un responsable de l'accueil des réfugiés dans une municipalité de Saône-et-Loire nous confiait que les personnes exprimaient « *Je veux rentrer en Ukraine, je veux finir ma vie en Ukraine* ».

Un accès aux soins assuré, mais avec des barrières persistantes

L'ensemble des professionnels de santé rencontrés dans le cadre de ce travail (médecins, coordinateurs des unités médicales dans les CHU, médecin référent du dispositif itinérant d'accès aux soins) rapportent une demande de soins importante de la part des personnes ukrainiennes, notamment pour la médecine spécialiste. La mission médicale de la CRf en Alsace qui a fonctionné du 11 mars au 29 avril 2022, a réalisé 494 consultations avec quatre motifs principaux :

- 1- Des infections aiguës, notamment des infections virales ;
- 2- Des problèmes psychologiques et psychiatriques dont le traitement a été rendu difficile par la barrière de la langue et par la temporalité permise par l'accueil temporaire. Il y avait deux types de problématiques psychologiques, soit des problèmes psychologiques aigus pour lesquels le renfort de la cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) a pu être mobilisé, soit des problèmes

- psychologiques de suivi en majorité pour des problèmes d'insomnies ou d'anxiété. Pendant cette période la CUMP passait une à deux fois par semaine.
- 3- Co-morbidités des personnes vieillissantes : problématique de renouvellement d'ordonnance et hospitalisations pour problèmes coronariens. Mr Litz, médecin coordinateur de la mission médicale, évoque le cas d'une personne de 80 ans qui voyageait depuis 3 jours avec juste un petit baluchon et qui a nécessité une hospitalisation ;
 - 4- Les problèmes liés à la Covid : équipe de secouristes habilités pour faire les tests antigéniques aux personnes symptomatiques. Il a été mis en place une structure d'isolement pour les Ukrainiens ayant le Covid dans une commune proche de Strasbourg.

La mission médicale en Rhône-Alpes a été mise en place entre avril et juin 2022 sur un bateau à Marseille. Il y a eu dans cette période 1400 consultations d'IDE ou de médecin. 56% ont concerné des demandes de consultations de spécialistes (ophtalmologue, dentiste, cardiologue et rhumatologue) et 15% des consultations constituaient une véritable urgence. Par ailleurs, il y a eu un consensus sur une forme d'exigence et d'incompréhension sur le fonctionnement du système de santé en France. De nombreuses questions agitaient les personnes ayant fui l'Ukraine en France sur les délais d'attente longs pour avoir un rendez-vous. Beaucoup d'idées reçues sur le fonctionnement de la santé en France ont dû être déconstruites par les professionnels de l'accueil. Il nous semble utile ici de présenter quelques divergences entre l'organisation des systèmes de santé français et ukrainien qui ont pu aboutir à ces incompréhensions, voire à certaines déceptions. En Ukraine, il est très facile de consulter un médecin généraliste, mais, par contre, il n'y a pas de système généralisé d'assurance maladie, donc tous les frais de médicaments, d'hospitalisation, d'examens médicaux sont à la charge des personnes. L'entretien réalisé auprès de Rosana, Ukrainienne qui vit depuis 20 ans en France, a été très instructif. Elle est bénévole dans plusieurs associations d'aides aux réfugiés et elle est aidante de ses deux parents qui ont fui l'Ukraine, avec son aide, au début de la guerre. Cet extrait est assez éclairant sur les divergences du recours aux soins dans les deux pays :

*« Ma mère, elle dit : « *regarde on est soignés, c'est gratuit* », je dis : « *vous [en Ukraine], vous avez le rendez-vous avec le médecin tout de suite, mais vous le payez le médecin. Ce n'est pas déclaré, si tu ne paies pas ton médecin, tu ne vas pas avoir le rendez-vous. Chez nous [en France], ça se passe différemment. Pour vous, vous êtes couverts actuellement par les droits à la Sécu, du coup, c'est gratuit, on s'occupe de vous, mais pour nous, c'est hyper compliqué. Déjà, on paie des impôts et ensuite il faut qu'on ait des mutuelles qui peuvent nous rembourser* ». « *Vraiment, le médecin généraliste de mes parents doit les recevoir, sauf que maman elle a toujours quelques euros avec elle pour donner où elle achetait des boîtes de chocolat pour remercier le médecin [...] Du coup, pour mes parents, par exemple, pour les personnes fragiles comme ça qui n'ont pas de revenu, c'est très compliqué parce qu'il faut trouver l'argent pour être soigné. Tu es soigné, mais il faut avoir l'argent. Par exemple, mon père, il a été opéré en Ukraine, du coup, il était opéré par un bon chirurgien, mais il était opéré parce qu'on l'a payé. On a payé 6 000 ou 7 000 € au noir pour qu'il soit... puisqu'ils ont demandé tout de suite : est-ce que vous avez l'argent, on l'opère, sinon il va mourir [...] C'est un petit peu facile pour les gens qui habitent dans les grandes villes. Parce que les filles par exemple ici qui sont venues de Kiev, elles disent : « pour nous, c'est très difficile ici parce**

que parfois on tombe sur des médecins qui sont incompétents, qui nous reçoivent dix minutes et que le diagnostic est mal posé », elles ne sont pas soignées. Du coup, elles sont obligées de faire un aller-retour à Kiev pour se faire soigner et revenir en France. Le dernier cas c'était une fille qui avait des problèmes dentaires, elle est allée voir le médecin, je ne sais pas qui a fait quoi, ça a commencé à gonfler. Elle est retournée en Ukraine pendant deux semaines, elle a trouvé un dentiste là-bas. Elle a payé, mais ce ne sont pas les mêmes prix qu'en France ».

Du point de vue de l'offre de soin et de son accès, les personnes rencontrées ont pu globalement recevoir les soins dont elles avaient besoin. Par exemple Mr Olek a pu être opéré en France à partir du moment où ses droits étaient ouverts et grâce à la présence d'une travailleuse sociale. Mr Olek : « *J'ai été opéré en décembre. Ici il faut attendre pour avoir un rendez-vous c'est très long alors qu'en Ukraine ce n'est pas comme ça, c'est très rapide. J'ai attendu d'avoir mes papiers de la CMU et je suis allé voir le médecin, maintenant je suis suivi à l'hôpital du Creusot. Je devrais encore me faire opérer j'attends pour une autre opération* »

Enquêtrice : *Comment cela s'est passé pour communiquer avec les médecins ?*

Mr Olek : *J'ai été aidé avec Mme E (travailleur sociale du CHU) qui a pris les rendez-vous pour moi*

Enquêtrice : *Après l'opération vous avez pu rentrer tout de suite ?*

Mr Olek : *Non je suis resté à l'hôpital 4 jours*

Enquêtrice : *Comment s'est passé le retour ici après le séjour à l'hôpital ?*

Mr Olek : *J'ai pris un taxi pour rentrer de l'hôpital et, avec l'ascenseur, tout va bien.*

Enquêtrice : *Avez-vous dû payer quelque chose ?*

Mr Olek : *Non rien du tout, j'ai tout fait avec Mme E avec qui je suis allé chercher les médicaments, je suis vraiment chanceux*

La période d'attente pour recevoir l'autorisation provisoire de séjour et les droits ouverts pour la PUMA crée des incertitudes et de l'inquiétude. Même si les Ukrainiens ont bénéficié de l'annulation du délai de carence contrairement aux autres demandeurs d'asile, les délais se sont quand même allongés au fur et à mesure de la crise. Mme Anita est ainsi en attente de ses papiers au moment de l'entretien, pour pouvoir refaire ses lunettes qui ont été cassées lors de sa migration. Il a seulement été rapporté une seule fois un refus de soin pour une consultation de cardiologue en ville. En revanche, ce qui apparaît dans l'ensemble des expériences de consultations ou d'hospitalisations, c'est la présence permanente d'aidants : des proches, des professionnels ou des bénévoles. En effet, nos observations menées au hub parisien s'inscrivent dans la continuité de cette dynamique. La mobilisation d'une « armada » de bénévoles souvent issus de la communauté ukrainienne a été exceptionnelle. Intervenant tour à tour pour traduire, pour héberger, pour distribuer des vivres et des vêtements, pour accompagner les personnes aux préfectures ou bien à des rendez-vous médicaux, ces bénévoles ont été un chainon indispensable de l'accueil des personnes ayant fui l'Ukraine en France.

Dans la continuité des résultats de recherche sur les conditions d'accès aux soins des réfugiés, on retrouve les barrières liées à l'obtention des droits et aux démarches administratives au sens large et à l'absence de traduction et aux recours nécessaires à des tiers.

Des profils de personnes âgées multiples et des placements en EHPAD au cas par cas

Aucune donnée spécifique n'a été collectée sur l'état de santé des personnes âgées. En revanche, nous avons pu observer une grande diversité de profils de personnes âgées et nous avons été la première étonnée de constater la présence de personnes très âgées et très dépendantes. Dans l'ensemble, nous avons recueilli une opinion répandue chez les professionnels et similaire à celle exprimée par cette coordinatrice de CHU « *Les personnes âgées ne parlent pas un mot de français et n'apprendront jamais le français, je veux dire à 90 ans. Il y a des personnes qui perdent un peu la mémoire, il y a beaucoup de personnes qui... l'état de santé en Ukraine plus le trauma sur des personnes âgées, font qu'elles sont complètement désorientées*c'est les cas qui sont vraiment très difficiles à placer (...) moi je n'ai pas la vision, je n'ai pas les statistiques. Je ne peux parler que pour les cas qu'on a traités. Je sais que par exemple nous, on a placé [en EHPAD] trois cas, on va dire. Donc, une fois, c'était une personne âgée qui était un peu oubliée parce que je ne sais pas si son dossier est passé à travers. Du coup, elle a passé trois mois à dormir chez des amis de sa fille. Parfois, elle dormait même dans un camion. Donc c'était vraiment une situation un peu difficile. Et quand elle est venue me voir, on a fait un signalement à la mairie, c'est remonté à la préfecture, et finalement on lui a trouvé une place dans un EHPAD à X (ville d'Alpes-Maritimes). Elle, elle avait 82 ans

Rosanna revient sur les difficultés d'accès aux soins des personnes qu'elle a pu accompagner en tant que bénévole : « *les Ukrainiens du coup, ils sont privilégiés, je dis : « ce n'est pas vrai, ce n'est pas vrai du tout ». Parce que, même si on a le droit à la Sécu, on peut être parfois refusés par les médecins. Il faut savoir prendre le rendez-vous, il faut savoir s'expliquer, parler de ses problèmes santé, et ça, ils ne savent pas faire. Il faut trouver les traducteurs ; nous, on n'est pas nombreux pour les aider ; et du coup, ce n'est pas si simple que ça. Et à chaque fois, il faut réexpliquer pour dire que les Ukrainiens, ce sont des privilégiés... [...] Au bout de six mois, voire dix mois, ils ont commencé à dire que, par exemple à la Sécurité sociale, j'y suis allée au mois de janvier, on m'a été annoncé clairement que nous, les Ukrainiens, c'est comme tous les autres, on va les traiter comme tous les autres. Mais j'ai dit : « mais ils n'ont pas l'accès à leur Compte Ameli », même pour imprimer l'attestation de droit qui est demandée partout, ils ne peuvent pas le faire parce qu'il faut télécharger l'attestation, et ça, ils ne peuvent pas faire*de combat permanent » et évoque ses pleurs récurrents face aux médecins. Elle décrit par exemple une hospitalisation d'urgence infernale.

Une méconnaissance des besoins des personnes âgées et des sphères d'action cloisonnées

Les professionnels de l'urgence humanitaire et de l'Aide aux réfugiés ont peu d'expérience en France dans l'accompagnement des personnes âgées, étant plutôt habitués à de jeunes

hommes. En France, la moyenne d'âge des demandeurs d'asile majeurs était de 32,6 ans en 2022³. Ce qui entraîne une certaine méconnaissance des besoins spécifiques des personnes âgées dans leur diversité. C'est sans surprise, les personnes en perte d'autonomie qui ont cristallisé le plus d'inquiétudes, comme en témoigne une professionnelle associative de l'Aide aux réfugiés : « *on est limités quand même en matière d'aides, enfin, on peut faire des relais sur des petits accompagnements des choses, mais enfin des personnes ultras dépendantes, on n'a pas les professionnels pour accompagner à la toilette et à la vie quotidienne* ». Nos nombreuses heures d'observation au sein du hub parisien nous ont permis de constater l'absence d'infrastructure spécifique pour les personnes ayant des limitations physiques. Le CHU dédié aux personnes vulnérables installées dans un hôtel d'une ville de la petite ceinture francilienne a seulement 2 places dites « PMR » (personnes à mobilité réduite). Ce qui a entraîné une file d'attente continue qui nous a permis de croiser plusieurs jours de suite un monsieur de 80 ans, amputé d'une jambe, en fauteuil roulant, dormant sur un lit de camp et qui s'était fabriqué un semblant d'intimité avec des draps dans la rue. En tant que maraudeuse au hub parisien, nous avons aussi été amenées, sans aucune formation ni précaution dictée, à amener aux toilettes une dame de 92 ans. Outre le risque de chute accru par la non-accessibilité des lieux, l'absence de formation liée à la manutention des personnes et au partage de l'extrême intimité est susceptible d'entraîner des situations de grands inconforts en premier lieu pour les personnes concernées, mais également pour les bénévoles et les professionnels qui n'ont jamais été confrontés à cela.

Cette situation a mené beaucoup de professionnels à interroger la manière d'accompagner les personnes âgées « *c'est une vraie question-là qui ouvre beaucoup de boîtes de Pandore parce que la question du vieillissement, on la connaît mal, les questions croisées des problématiques qui sont très liées à la précarité, aux inégalités de santé, qui sont croisées au vieillissement et voilà, et puis cette fameuse question de qu'est-ce que... tout simplement, qu'est-ce que la vieillesse et comment on accompagne la vieillesse, voilà* » (Responsable associative de l'accueil des réfugiés). Cet extrait pointe bien la méconnaissance de ce public spécifique et des réponses que l'on peut apporter. Une experte du CHU, qui s'occupait particulièrement des personnes les plus fragiles, nous avouait être dépassée par les méandres des ressources destinées aux aînés en perte d'autonomie. Elle ne savait pas vers qui se tourner pour offrir un soutien optimal aux personnes âgées les plus dépendantes et les plus isolées.

Une directive émanant du Secrétariat général de la Première ministre Elisabeth Borne a été émise le 23 juin 2023 pour renforcer « l'application des dispositions de la note interministérielle du 13 mai 2022 relative à l'accueil des déplacés ukrainiens en situation de handicap ou de perte d'autonomie⁴ ». Cette directive vise à améliorer l'accompagnement de ces personnes par les communautés 360°, les pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE) et les dispositifs d'appui à la coordination (DACP)⁵. Dans cette note interministérielle, il est précisé que « l'octroi de la protection temporaire n'ouvre en revanche pas droit à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) (articles L. 245-1 et R. 145-1 du code

³ https://ofpra.gouv.fr/libraries/pdf.js/web/viewer.html?file=/sites/default/files/2023-07/OFPRA_RA_2022_WEB%20-%20m%C3%A0j%2007.pdf

⁴ Note d'information interministérielle N° DGCS/SD3/2022/145 du 13 mai 2022 relative à l'accueil des déplacés d'Ukraine en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

⁵ Circulaire n°6406-SG du 23.06.2023 – Orientations pluriannuelles accueil, insertion, personnes déplacées en provenance d'Ukraine (2023-2024).

de l'action sociale et des familles (CASF) et à la prestation de compensation du handicap (PCH) (articles L. 232-2 et R. 232-2 du CASF), car il ne permet pas de remplir la condition de « résidence stable et régulière » prévue par le CASF pour l'accès aux prestations de compensation. L'APA et la PCH ne peuvent donc être mobilisées, comme d'ordinaire, pour financer l'accompagnement médico-social des personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap (financement du tarif « dépendance » en EHPAD par l'APA-établissement, financement des interventions des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) par l'APA-domicile ou la PCH). Cette protection temporaire n'ouvre pas non plus le droit à l'aide sociale à l'hébergement des départements (aide sociale, hébergement des EPHAD et foyers de vie, par exemple) ni l'accès à l'aide sociale de l'État, ouvert sous condition de séjour régulier. La référente Ukraine d'une ARS nous a appris que l'État via les ARS proposait le financement d'un forfait de 110 euros par jour pour accueillir en EHPAD les personnes âgées ukrainiennes, mais à notre connaissance, cette disposition n'a pu bénéficier qu'à deux personnes en Île-de-France.

Un constat qui peut s'expliquer par plusieurs raisons. Premièrement, il est difficile de savoir exactement combien de personnes nécessitaient vraiment un placement en EHPAD. Si nous avons pu rencontrer certaines personnes susceptibles d'en bénéficier, il est difficile d'en évaluer le besoin à l'échelle nationale. Deuxièmement, la difficulté de trouver des places en EHPAD avec des listes d'attente conséquentes, surtout concernant les EHPAD publics sans reste à charge peut également expliquer le faible recours à cette disposition. Enfin, comme le soulignait cette responsable municipale, l'accueil des réfugiés, « *c'est un public... Par contre, pour des personnes âgées sans enfant ni petit-enfant à proximité, placer celles-ci dans des établissements spécialisés (EHPAD) est impossible. Impossible pour eux, ils ne l'entendent pas. Alors que je considère qu'ils seraient peut-être mieux qu'au sas ou dans un appartement* ». Nous pouvons supposer que les personnes âgées qui sont arrivées en famille pourraient nécessiter un accueil en EHPAD, mais que l'aide est apportée par les proches. Pour les personnes âgées seules, sans aidants, se retrouver en EHPAD hors des repères de la communauté ukrainienne est un des facteurs qui explique que le recours à l'institution n'est pas un souhait des personnes.

D'après Rosanna, il existe très peu d'institutions pour personnes âgées dépendantes en Ukraine et culturellement, la dépendance est plutôt assurée par les familles. Elle nous confiait d'ailleurs qu'« *il y a beaucoup de personnes âgées, c'est très compliqué, car aucun droit ouvert pour le handicap et le vieillissement : no PCH ni minimum vieillesse* ». Elles ont droit à l'ADA, mais à aucune autre aide sociale, or ce sont des personnes qui ont le plus de difficultés à s'intégrer en raison de l'apprentissage quasi impossible de la langue. Ce sont aussi des personnes qui ont besoin de soutien psychologique, or c'est très compliqué en Île-de-France de trouver des structures. Ce sont aussi des personnes qui ont des besoins de logements adaptés. Ce qui apparaît c'est une forme d'inadéquation des réponses aux besoins des personnes âgées ayant fui l'Ukraine en France. On peut s'interroger sur la pertinence du financement de place en EHPAD privilégié face à une demande visiblement très faible, mais face à des besoins d'aides humaines et financières. Une dérogation au délai de carence pour l'accès aux soins a été rendue possible par l'APS. Pourquoi n'envisagerait-on pas une dérogation d'accès à l'APA ou à une autre allocation spécialisée ? Cette question de l'adéquation des réponses aux besoins des personnes âgées vulnérables est centrale, mais elle doit également s'inscrire dans un renforcement des connaissances des besoins des personnes âgées, mais aussi des structures, des aides et des dispositifs qui pourraient être mobilisables par la sphère humanitaire. L'accessibilité et l'adaptation des lieux d'accueil

temporaires ou non, la formation des professionnels de l'aide humanitaire, le renforcement des leviers d'accès aux soins (traduction) et la transversalité des compétences au sein des grandes entités, comme la Croix-Rouge française, sont des défis à relever pour assurer un accompagnement de qualité des personnes âgées en situation d'exil.

Conclusion

Les personnes âgées se retrouvent dans des formes accrues de : 1- Vulnérabilité sociale : en effet, l'isolement semble plus fortement ressenti par les difficultés d'apprentissage de la langue et par le mécanisme d'étrangeté au monde⁶ accru par le déracinement lié à l'exil ; 2- Vulnérabilité sanitaire : avec des parcours de soins plus complexes, mais moins lisibles, ayant des problématiques d'accessibilité importantes ; 3- Vulnérabilité économique : en raison de l'absence d'aides économiques spécifiquement pensées pour des personnes qui ne peuvent pas travailler (qu'elles soient âgées ou bien en situation de handicap) ; 4- Vulnérabilité institutionnelle : due à la méconnaissance des besoins des personnes âgées et à la complexité du système français d'accompagnement de l'avancée en âge. Un contexte qui est peu lisible pour les acteurs sociaux et de l'humanitaire. Notons que les résultats de cette recherche, unique en France sur les personnes âgées ayant fui une crise humanitaire majeure, s'inscrivent dans la continuité des études réalisées à l'échelle internationale. Les personnes âgées se retrouvent dans des formes accrues de vulnérabilité. Elles sont également peu entendues dans leur diversité et dans leur capacité à mobiliser des réseaux de solidarité pour faire face à l'exil. Leur accueil en France et la capacité à y rester sur le long terme sont fortement conditionnés au recours à des ressources propres qu'elles soient humaines (aidants) ou économiques. En effet, les conditions de logement et de soins rendent difficile un accueil durable dans de bonnes conditions pour les personnes âgées en situation de grande vulnérabilité.

L'absence de prestation spécifique pour les personnes âgées et les personnes handicapées (qui ne peuvent pas travailler) pour les personnes réfugiées entrave leur accès aux services de santé et contribue à des situations de dépendance qui peuvent mener à des formes de maltraitance et à des non-recours aux services de santé.

Les acteurs professionnels rencontrés témoignent tous d'une préoccupation pour les spécificités de l'accompagnement des personnes âgées, mais disposent de peu d'outils pour y faire face. De ce point de vue, les besoins des personnes âgées sont encore insuffisamment connus et pris en compte. Pourtant, les mouvements de population comprenant des personnes âgées sont amenés à augmenter et l'accompagnement d'urgence et de plus long terme est à renforcer.

Cette recherche met en lumière une méconnaissance des besoins spécifiques d'accompagnement sociaux et sanitaires des personnes âgées par les pouvoirs publics et par les acteurs de l'humanitaire. Ces derniers manquent de formation à la fois sur les besoins d'accompagnement de ce public et sur les acteurs, les institutions et les dispositifs médico-sociaux qu'il est possible de mobiliser. Les résultats de cette recherche espèrent convaincre de l'importance du dialogue entre ces mondes. Il semble important de préciser que cette

⁶ Le sentiment d'étrangeté au monde qui correspond à un sentiment, partagé par de nombreuses personnes vieillissantes, de distanciation et d'incompréhensions face à leur environnement (Caradec, 2004)

crise humanitaire majeure se superpose à la situation critique du système sanitaire et de l'hôpital public et de l'organisation de l'offre de soins en France (Covid, démographie médicale désavantageuse, crise de l'hôpital public, crise de certaines spécialités, comme la psychiatrie) et aux difficultés du secteur de l'autonomie (dévalorisation des métiers de l'accompagnement, coordination complexe face à la multitude des acteurs, dégradation de la santé psychologique des aidants).

Ce projet a reçu un avis favorable du comité d'éthique de l'Inserm (CCEI IRB), Avis n°23-1017 datant du 4 juillet 2023.

Bibliographie

- ATLANI-DUAULT L.A., BROWN L., FRIED L., 2018, « The elderly: an invisible population in humanitarian aid », *The Lancet Public Health*, 3, 1, p. e14.
- BALMOND L., 2023, « Questions de sécurité humaine : migrants et réfugiés et victimes des conflits ». *Paix et sécurité européenne et internationale*, 19. ffhal-04029654
- CARADEC V., 2004, Vieillir après la retraite. Approche sociologique du vieillissement. Paris, France : Presses universitaires de France, coll. « Sociologie d'aujourd'hui », 240 p.
- COLENDA C.C., REYNOLDS C.F., APPLEGATE W.B., SLOANE P.D., ZIMMERMAN S., NEWMAN A.B., MEEKS S., OUSLANDER J.G., 2020, « COVID-19 Pandemic and Ageism: A Call for Humanitarian Care », *The Journals of Gerontology: Series A*, 75, 9, p. 1786-1787.
- Cox C., 2020, « Older Adults and Covid 19: Social Justice, Disparities, and Social Work Practice », *Journal of Gerontological Social Work*, 63, 6-7, p. 611-624.
- HELPAGE, 2018a, « Humanitarian inclusion standards for older people and people with disabilities », 264 p.
- HELPAGE, 2018B, LONDON SCHOOL OF HYGIENE AND TROPICAL MEDICINE, « Missing millions: How older people with disabilities are excluded from humanitarian response », 60 p.
- HELPAGE, 2022A, « Eastern Ukraine: the needs of older people », 1p.
- HELPAGE, 2022B, « Moldova: rapid needs assessment of older refugees », 3 p.
- HOSSAIN M.R., PARRY A.A., SULTANA R., AKTAR B., RASHID S.F., 2023, « Exploring healthcare-seeking behavior of most vulnerable groups amid the COVID-19 pandemic in the humanitarian context in Cox's Bazar, Bangladesh: Findings from an exploratory qualitative study », *PLOS Global Public Health*, 3, 3, p. e0000382.
- KAGA M., NAKACHE D., 2019, « Whose needs count in situations of forced displacement? Revaluing older people and addressing their exclusion from research and humanitarian programmes », *International Journal of Migration and Border Studies*, 5, 1-2, p. 134-151.
- KARLSSON S.G., JÖNSSON J.H., 2020, « Forced Migration, Older Refugees and Displacement: Implications for Social Work as a Human Rights Profession », *Journal of Human Rights and Social Work*, 5, 3, p. 212-222.

- KEHLENBRINK S., ANSBRO É., BESANÇON S., HASSAN S., ROBERTS B., JOBANPUTRA K., 2022, « Strengthening Diabetes Care in Humanitarian Crises in Low- and Middle-income Settings », *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 107, 9, p. e3553-e3561.
- KEHLENBRINK S., JAACKS L.M., AEBISCHER PERONE S., ANSBRO É., ASHBOURNE E., ATKINSON C., ATKINSON M., ATUN R., BESANÇON S., BOULLE P., BYGRAVE H., CABALLERO E., COOPER K., CRISTELLO A., DIGOVICH K., DOOCY S., EBRAHIM S., EWEN M., GOODMAN D., HAMVAS L., HASSAN S., HAWKINS M.A., HEHENKAMP A., HUNTER R.F., JAACKS L.M., JENKINS D., JOBANPUTRA K., KAYDEN S., KHAN Y., KEHLENBRINK S., KIDY F., KLATMAN E., LAHENS L., LAING R., LEANING J., LE FEUVRE P., LONTCHI-YIMAGOU E., LUO J., LYONS G., McDONNELL M.E., MEIGS J., MEYER C., MILLER L., MOY J., MUELLER K., OGLE G., O'LAUGHLIN K., PARK P., PATEL P., PFIESTER E., RATNAYAKE R., REDDY A., REED T., ROBERTS B., ROBINSON P., ROY K., SALTİ N., SEIGLIE J., SEITA A., SIESJÖ V., SLAMA S., SOURIS K.J., WISPELWEY B., YOVIC S., ZAQQOUT O., ZHAO M., 2019, « Diabetes in humanitarian crises: the Boston Declaration », *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 7, 8, p. 590-592.
- LUPIERI S., 2022, « “Vulnerable” but not “Valuable”: Older refugees and perceptions of deservingness in medical humanitarianism », *Social Science & Medicine (1982)*, 301, p. 114903.
- ÖZMETE E., PAK M., DURU S., 2022, « Problems and Issues Concerning Social Integration of Elderly Refugees in Turkey », *Journal of Refugee Studies*, 35, 1, p. 93-121.
- RICHARD D., KIANI S., 2019, « Rapid Review of Disability and Older Age Inclusion in Humanitarian WASH Interventions », HIF, 44 p.
- SANDU S., SREEDHAR S., CHANG L., COHEN L., CRUZ A., OLSON H.R., SREEDHAR R., GOMEZ K., CARRION A., 2021, « 21st Century Good Neighbor Program: An Easily Generalizable Program to Reduce Social Isolation in Older Adults », *Frontiers in Public Health*, 9, p. 766706.
- SIMARD M., 2021, « Crises humanitaires et handicap : éléments de cadrage conceptuels, contextuels et normatifs », *Aequitas: revue de développement humain, handicap et changement social / Aequitas: Journal of human development, disability, and social change*, 27, 1, p. 173-191.
- SUBHASIS B., 2020, « Issues among elderly survivors and provisions of support in disaster response policies and programme in India, 34(4), 525-543. », *Indian Journal of Gerontology*, 34, 4, p. 525-543.
- SUMMERS A., LEIDMAN E., PEREIRA FIGUEIRA PERIQUITO IM, BILUKHA OO., 2019, “Serious psychological distress and disability among older persons living in conflict affected areas in eastern Ukraine: a cluster-randomized cross-sectional household survey”, *Conflict Health*, 13: 10.