

Sous le haut patronage de
Monsieur Emmanuel Macron
Président de la République

SOMMET DE LA LONGÉVITÉ

Paris, 20 mai 2026

Académie Nationale de Médecine

VERS UNE LONGÉVITÉ EN BONNE SANTÉ

Synthèse des contributions préparatoires
Axes d'action et priorités



Soutenu
par



SOMMAIRE

PREAMBULE	5
PREFACES	7
EDITORIAL	15
DOCUMENT DE SYNTHÈSE	19
L'ÉTAT DES CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES	19
LES AXES D'ACTIONS PRIORITAIRES	20
AXE 1 — INSCRIRE LA PRÉVENTION POUR UNE LONGEVITÉ EN BONNE SANTÉ DANS L'ENSEMBLE DU PARCOURS DE VIE	21
AXE 2 — DÉPLOYER MASSIVEMENT LE PROGRAMME ICOPE SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE	22
AXE 3 — ADAPTER LA FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ	23
AXE 4 — INVESTIR DANS LA RECHERCHE EN GEROSCIENCE ET VALIDER LES BIOMARQUEURS DE LA CAPACITÉ INTRINÈQUE & VIEILLISSEMENT	23
AXE 5 — CHANGER L'IMAGE CULTURELLE ET SOCIÉTALE DU VIEILLISSEMENT TOUT EN REORGANISANT LES SOINS AUTOUR DE LA LONGEVITÉ EN SANTÉ	25
CONCLUSION : DE LA CONVERGENCE À L'ACTION	26
TABLEAU DES ACTIONS PRIORITAIRES	29
CONTRIBUTIONS DES PARTICIPANTS	31
ANNEXE 1: NOTES DU SOMMET	55

PREAMBULE

Ce document s'inscrit pleinement dans le cadre du vieillissement en bonne santé, tel que défini par l'Organisation mondiale de la Santé, qui considère ce processus comme le maintien et le développement des capacités fonctionnelles permettant à chacun de faire ce qui lui est important tout au long de sa vie. La phrase « longévité en bonne santé », utilisée ici, ne vise pas à introduire un concept séparé mais à exprimer, avec un langage dynamique et stratégique, l'objectif collectif de prolonger les années vécues avec un haut niveau de capacités, d'autonomie et de participation sociale. Elle représente un horizon pour les politiques publiques, la transformation des systèmes de santé et l'innovation, basé sur les principes du vieillissement en bonne santé : approche par parcours de vie, prévention, maintien de la capacité intrinsèque, adaptation des environnements, lutte contre les inégalités et l'âgisme. Cette distinction permet de concilier une vision ambitieuse d'augmenter la durée de vie en bonne santé avec une approche inclusive, réaliste et équitable du vieillissement, intégrant à la fois la prévention du déclin et l'accompagnement des trajectoires de vie hétérogènes.

PREFACES

Le 28 avril 2026

PREFACE

Sommet de la longévité

Pour la première fois dans notre histoire, un tiers de notre vie se déroulera après 60 ans. Un tiers de la population aura plus de 65 ans en 2050. Ce qui était hier l'exception devient la règle. Cette transition démographique, nous pouvons la vivre comme une menace, ou la regarder pour ce qu'elle est : une chance. La chance d'avoir plus de temps. La chance de voir nos parents et nos enfants vieillir ensemble. La chance, pour notre pays, de mobiliser l'expérience, l'engagement et la transmission de plusieurs générations en même temps.

Mais cette chance suppose que nous fassions de la prévention de la perte d'autonomie une véritable politique publique pour que chacune et chacun d'entre-nous puisse agir pour vieillir en bonne santé.

La perte d'autonomie n'est pas une fatalité de l'âge : elle commence à se jouer dix à vingt ans avant ses premières manifestations cliniques, dans des fragilités silencieuses qu'il est désormais possible de repérer, d'évaluer et d'accompagner. Agir tôt, c'est repousser de plusieurs années l'entrée dans la dépendance, c'est se donner des chances de vieillir en bonne santé. C'est aussi, à l'échelle d'une vie, préserver ce qui compte le plus pour chacun : continuer à faire ce qui est important pour soi.

La France n'aborde pas ce défi désarmée. Elle dispose d'un atout que peu de pays peuvent revendiquer : une belle histoire de la médecine, des professionnels de santé engagés mais aussi l'IHU HealthAge de Toulouse et à travers lui, le programme ICOPE de l'Organisation mondiale de la santé, déployé chez nous à grande échelle, et déjà suivi par plus de 120 000 personnes. D'ici 2030, ce seront 2 millions de nos concitoyennes et concitoyens qui auront testé leurs capacités. Au-delà des chiffres, ICOPE incarne un changement de paradigme : passer d'une médecine curative à une médecine préventive, d'une prise en charge réactive à une anticipation structurée, d'une prévention réservée aux mieux informés à une prévention universelle. Sa généralisation, engagée par la loi du 8 avril 2024, est aujourd'hui une priorité opérationnelle de mon ministère.

Je veux saluer le rôle décisif joué par le professeur Bruno Vellas et par les équipes de l'Institut hospitalo-universitaire HealthAge de Toulouse. Sans leur travail, sans leur ténacité, sans la rigueur scientifique qu'ils ont imposée à un champ longtemps fragmenté, la France ne serait pas en avance sur ce sujet. L'IHU HealthAge, c'est aujourd'hui un instrument de politique publique, dont la clinique universitaire de la longévité, les outils numériques et les cohortes Inspire éclairent directement nos choix de demain.

Le Sommet de la Longévité du 20 mai 2026 marque un tournant. Il rassemble cent cinquante des plus grands experts mondiaux autour d'une question simple : comment passer de la convergence à l'action ? Les contributions réunies dans ce rapport préparatoire dessinent déjà cinq messages clés, que je veux faire miens.

Premièrement, pour une société de la longévité, le vieillissement en bonne santé se construit tout au long de la vie ;

Deuxièmement, ICOPE doit devenir le standard de la prise en charge préventive du vieillissement en France.

Troisièmement, la formation des professionnels de santé à la gérosceince et à la capacité intrinsèque ne peut plus être différée.

Quatrièmement, la validation des biomarqueurs du vieillissement est une priorité scientifique nationale et européenne.

Cinquièmement, lutter contre l'âgisme et l'isolement est une question de santé publique autant qu'une question de République.

Vieillir en bonne santé n'est plus un privilège. Cela peut, et cela doit, devenir un droit. Tel est le cap que je porte, avec l'ensemble du Gouvernement, et avec tous ceux - chercheurs, soignants, élus locaux, employeurs, associations, familles - qui ont compris que la longévité en bonne santé serait l'un des grands rendez-vous de notre pays pour les décennies à venir.

Agir pour vieillir en bonne santé est une priorité forte de France Autonomie. Cette mobilisation collective, avec et pour les aînés, vise à construire les bases d'une société de la longévité dans une vision pragmatique, responsable mais surtout positive du vieillissement.

Camille Galliard-Minier

Ministre déléguée chargée de l'Autonomie et des Personnes handicapées

L'espérance de vie ne cesse de croître depuis plus d'un siècle et demi. Au début du XX^{ème} siècle, l'espérance de vie à la naissance était d'une cinquantaine d'années. En 1950 elle avait augmenté de près de 20 années avec une espérance de vie à la naissance de 69,2 ans pour les femmes et 63,4 années pour les hommes. La croissance s'est régulièrement poursuivie et actuellement, elle est de 85,3 ans pour les femmes et 79,3 ans pour les hommes. Cela devrait continuer même si le rythme de croissance annuelle sera d'un niveau plus faible. La France est bien placée puisque l'espérance de vie à la naissance est supérieure de quelques années à ce qu'elle est en moyenne dans l'Union Européenne (UE). Cependant, l'espérance de vie est supérieure en Italie, en Suède ou en Espagne.

A côté de ce chiffre brut. Deux données sont plus importantes : l'espérance de vie en bonne santé à la naissance et l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans, sans handicap. En France actuellement, pour une femme l'espérance de vie en bonne santé à la naissance est de 64,1 ans et de 10,5 années à 65 ans. Chez l'homme les chiffres sont respectivement de 62,7 ans et de 9,4 années. Le différentiel entre l'espérance de vie à la naissance et l'espérance de vie en bonne santé, sans handicap, est important et la situation ne s'améliore pas.

Les raisons de ce différentiel sont multiples. Depuis de nombreuses années, tous les efforts dans le domaine médical sont consacrés aux soins et pas à la santé. Pourtant la longévité en bonne santé repose avant tout sur la prévention dès le début de l'âge adulte. De manière constante, depuis des dizaines d'années, les financements consacrés à la prévention sont insuffisants ; en 2024, le financement de la prévention se limitait à 8,7 milliards d'euros, ce qui ne représente que 2,6% des dépenses de santé.

Il est évident que la société va être confrontée à un problème majeur car le coût de la prise en charge médicale de la population et de la dépendance est en croissance exponentielle. Ce coût pourrait être insoutenable dans les années à venir.

Un grand merci au professeur Bruno Vellas d'avoir pris l'initiative d'organiser le « Sommet international de la longévité » qui se déroulera à l'Académie nationale de médecine le 20 mai prochain. Il est un pionnier et sans doute en France l'un des meilleurs experts du bien vieillir. Il jouit d'une grande notoriété internationale justifiant le nombre important de Collègues étrangers de renom qui participeront au colloque et la présence de plus de 150 participants.

Cette manifestation va permettre de faire un point exhaustif des problèmes posés actuellement par la longévité en bonne santé et de proposer des solutions.

L'Académie nationale de Médecine porte un grand intérêt à cette thématique. Elle a publié en début d'année un rapport intitulé « Approche clinique de la longévité en bonne santé » qui résulte des travaux d'un groupe de travail présidé par le Professeur Vellas. Il a, par ailleurs, été décidé que la « Grande Cause » de l'Académie pour l'année 2027 sera précisément la longévité en bonne santé.

Pr Francis Michot

Président de l'Académie nationale de Médecine

Pr Marc Delpech

Vice-Président de l'Académie nationale de Médecine



C'est acquis. La longévité en bonne santé peut être source de bien être, de baisse des coûts de la dépendance et de croissance économique avec des seniors à part entière dans la société.

Le Professeur Bruno Vellas en a eu l'intuition depuis des années et n'a cessé de développer des réflexions et des actions pour accréditer son hypothèse de départ.

Le Sommet de la Longévité qui va réunir les principaux acteurs médicaux, scientifiques et industriels afin de réfléchir comment faire de la France un leader sur la longévité en bonne santé pour les années à venir, est une nouvelle illustration de cette dynamique. 150 personnalités du monde scientifique, médical et industriel sont attendues à ce grand rendez-vous.

Cette manifestation constitue une nouvelle pierre à cet édifice construit avec passion et patience. La Région Occitanie est fière d'avoir soutenu activement l'IHU dans sa constitution et ses projets.

Les enjeux auxquels s'adresse l'IHU se situent au cœur des priorités de la Région, et notamment du prochain contrat de filière Santé en cours de finalisation.

L'IHU conjugue l'excellence scientifique et le développement de réponses concrètes aux enjeux sociétaux que sont la prévention et le bien vieillir.

Enfin, l'IHU *HealthAge* s'inscrit aussi plus largement dans la stratégie régionale pour la Santé : permettre à tous les occitans de vivre plus longtemps en bonne santé, répondre aux besoins de santé de chacun par une médecine personnalisée, donner accès aux soins sur tout le territoire...

Je vous souhaite à toutes et tous un excellent Sommet que vous saurez gravir comme les autres !

Carole Delga
Présidente
Région Occitanie / Pyrénées-Méditerranée.

EDITORIAL

La longévité en bonne santé est à « portée de mains »

Nous entrons dans une ère sans précédent : bientôt, un tiers de notre vie se déroulera après 60 ans. Une première dans l'histoire de l'humanité. Nos sociétés n'ont jamais été confrontées à un tel défi démographique, ni à une telle opportunité.

Afin de répondre à ce grand défi sociétal et d'en recueillir les bénéfices pour tous, nous devons développer les mesures nécessaires pour permettre un vieillissement actif, solidaire, productif et aidant, et faire de la longévité en bonne santé un levier de bien-être collectif et de croissance économique. Pour l'Organisation Mondiale de la Santé, bien vieillir signifie **conserver ses fonctions pour continuer à faire ce qui est important pour chacun d'entre nous**.

Une étude publiée dans Nature Aging par John Beard, révèle que la capacité intrinsèque (mesure clinique du vieillissement) observée à 70 ans aujourd'hui est comparable à celle de personnes de 60 ans il y a trente ans. Nous vieillissons mieux qu'avant ; et nous pouvons encore améliorer cette avancée. La gérosceince, science qui étudie les mécanismes du vieillissement pour prévenir les pathologies qui lui sont associées, ouvre désormais la voie à une médecine prédictive, préventive, personnalisée et participative. Le déclin de la capacité intrinsèque débute au moins 10 à 20 ans avant l'apparition clinique des maladies : c'est là, silencieusement, que se joue le vieillissement en bonne santé. Et c'est là que nous pouvons intervenir.

L'un des objectifs de la longévité en bonne santé : **repousser de vingt ans l'âge fonctionnel des individus, de sorte qu'un octogénaire de demain présente le profil biologique et fonctionnel d'un sexagénaire d'aujourd'hui**. Ce n'est pas de la science-fiction : c'est une possibilité qui repose sur des données scientifiques rigoureuses, et qui, si elle s'accompagne d'une ambition médicale collective, pourrait constituer un levier économique considérable. Retarder le vieillissement de seulement deux ans pourrait générer environ 20 000 milliards de dollars de croissance au niveau mondial¹. À l'échelle de la France, le coût annuel de la perte d'autonomie est estimé à 30 milliards d'euros, autant de ressources qui pourraient être réorientées vers l'innovation et la solidarité. Les outils existent : le programme ICOPE de l'OMS, déjà déployé sur plus de 120 000 personnes en France, permet de maintenir la capacité intrinsèque de façon personnalisée et de façon digitale. L'Académie nationale de médecine a posé, en janvier 2026, un cadre clinique sur ce qui peut être fait de raisonnable et nécessaire de nos jours. Ce cadre va évoluer dans les années à venir avec l'arrivée des marqueurs biologiques du vieillissement.

¹ (<https://www.nature.com/articles/s43587-021-00080-0>)

C'est tout l'enjeu du Sommet de la Longévité 2026, à Paris : réunir 150 des plus grands décideurs, experts, chercheurs, professionnels de santé, scientifiques, directeurs d'établissements de santé et acteurs publics et privés, pour une ambition commune : unir nos forces et nos savoirs pour faire de la longévité en bonne santé une réalité pour tous. Pour cela, nous essaierons de répondre aux questions suivantes :

- Où en sommes-nous aujourd'hui des connaissances sur le vieillissement ?
- Qu'est-ce que la gérosceince et quelles perspectives ouvre-t-elle ?
- Comment traduire l'avancée des connaissances issues de la gérosceince en applications concrètes médicales et sociétales ?
- Comment mesure-t-on l'âge biologique ? Et quelles sont les perspectives pour prévenir ou traiter les pathologies liées au vieillissement ?
- Comment préparer et adapter notre système de santé et plus largement notre société à ces transformations majeures ?
- Que pouvons-nous faire chacun dans notre domaine spécifique avec les moyens dont nous disposons ? Il s'avère qu'ensemble, on peut déjà faire beaucoup dès maintenant !

Nous mettons à disposition deux documents : l'un reprend les interviews des orateurs et modérateurs du sommet, l'autre en propose une première synthèse à compléter et à revoir à l'issue du sommet.

Déjà quelques grandes tendances se dessinent :

- Envisager les trois temps de la vie (éducation, vie active, retraite) non plus de manière linéaire, mais de façon alternée et continue, à l'image des transformations démographiques inédites que nos sociétés traversent.
- Instituer un « temps prévention » dans le monde scolaire, et dans le monde professionnel, afin de proposer aux salariés des temps dédiés (bilan annuel et interventions périodiques) à la prévention et la longévité en bonne santé. Les hôpitaux CHU, CHG, hôpitaux locaux répartis dans les territoires doivent pouvoir jouer un rôle majeur.
- Systématiser le programme ICOPE (*Integrated Care for Older People*) pour les patients dès 50 ans et le proposer systématiquement à toutes les personnes qui entrent dans l'établissement (professionnels, accompagnants).
- Lutter contre l'âgisme. La perception négative du vieillissement, comme un temps de renoncements et de dépendance, constitue un obstacle majeur à la mise en œuvre de recherches et politiques efficaces. Elle limite la compréhension du vieillissement, compromet les décisions de financement et freine l'engagement individuel dans des démarches préventives. Lancer une grande campagne nationale durable de lutte contre les stéréotypes liés à l'âge, promouvant une vision positive, réaliste et diversifiée du vieillissement.
- Créer des COP territoriales du vieillissement en bonne santé sur le modèle des Conférences des Parties (COP) issues de la diplomatie climatique. Ces instances de coordination rassemblant l'ensemble des parties prenantes (élus, collectivités, entreprises, associations, professionnels de santé, assureurs et citoyens) auraient vocation à définir collectivement les leviers d'action permettant d'atteindre des objectifs partagés de longévité en bonne santé, assortis d'engagements concrets et d'une évaluation publique annuelle des résultats.
- Mettre à jour chaque année les référentiels académiques sur ce qui est raisonnable et nécessaire à une médecine de la longévité en bonne santé et en assurer une grande

diffusion auprès des professionnels de santé de toutes disciplines ainsi que de la population générale.

- Créer un consortium national et européen pour la validation des biomarqueurs du vieillissement et la réalisation des essais en gérosceince.

Les connaissances convergent. Les acteurs sont réunis. Le 20 mai à Paris, transformons cette convergence en action : construisons ensemble la médecine de la longévité en bonne santé pour le plus grand nombre.

*Le comité scientifique du **Sommet sur la Longévité***

Pr Sandrine Andrieu, IHU HealthAge – Toulouse (France) ; Pr Anne Brunet, Stanford University – San Francisco, CA (USA) ; Pr John Beard, Columbia University – New York, NY (USA) ; Pr Fati Nourhashemi IHU HealthAge – Toulouse (France) ; Dr Sébastien Thuault, Nature Aging – New York, NY (USA) ; Pr Bruno Vellas, IHU HealthAge – Toulouse (France) ; Pr Eric Verdin, the Buck Institute for Research on Aging ,Novato, CA (USA)

DOCUMENT DE SYNTHÈSE

L'état des connaissances scientifiques

Nous subissons aujourd'hui les conséquences d'une prévention insuffisante sur la longévité en bonne santé : dysfonctionnements, dépendance et coûts qui en découlent. Cette prévention est pourtant possible à tous les âges de la vie. La cinquantaine apparaît toutefois comme une période charnière, associant à la fois une montée des risques et une prise de conscience favorable à l'adhésion à la prévention.

Nous vivrons environ 30 % de notre vie après 60 ans — ce qui peut être source de bien-être, d'économies en termes de dépendance et de croissance économique, avec des seniors qui continuent à consommer et à contribuer. Les seniors d'aujourd'hui ont vu la dépendance chez leurs proches, mais savent qu'ils peuvent bien vieillir. Ils en sont demandeurs — d'où la création, l'an dernier, de plus de 1 000 cliniques de la longévité dans le monde, en dehors de tout cadre académique. Il est essentiel qu'une réponse coordonnée, académique et validée se mette en place.

La longévité en bonne santé est à portée de main. Le Sommet de la Longévité Paris 2026 réunit les plus grandes équipes scientifiques internationales pour faire le point sur nos connaissances. Les avancées sont réelles

- **Une définition du bien vieillir** reconnue internationalement : selon l'OMS, bien vieillir, c'est conserver ses fonctions pour pouvoir continuer à faire ce qui est important pour chacun d'entre nous — source de bien-être, de solidarité et de croissance.
- **Un outil de mesure clinique validé** : la capacité intrinsèque, composite de la vision, de l'audition, de la mémoire, de l'état psychique, de la vitalité et de la mobilité. Cet outil est en cours d'affinement pour devenir un critère reconnu par les agences du médicament européenne et américaine, à partir des données de larges cohortes longitudinales comme la cohorte Inspire-T.
- **Un programme opérationnel en soins primaires** : le programme ICOPE de l'OMS, dans lequel la France est en avance sur de nombreux autres pays. Il permet de maintenir la capacité intrinsèque de façon personnalisée, via des outils numériques gratuits comme ICOPE Monitor.
- **Des programmes de recherche d'envergure en gérosceience** : la gérosceience repose sur le principe que le vieillissement biologique constitue un déterminant majeur du risque de nombreuses maladies chroniques, et qu'il est possible d'agir sur ce processus afin d'en retarder ou d'en atténuer les manifestations pathologiques. Dans cette perspective, des programmes de recherche de grande envergure visent à caractériser les mécanismes biologiques du vieillissement — notamment à travers la mesure de l'âge biologique — et à comprendre leur rôle dans la survenue des pathologies liées à l'âge, afin d'améliorer leur prévention et leur prise en charge. L'essor des approches « omiques » et de l'intelligence artificielle accélère fortement ces avancées, avec l'émergence attendue de biomarqueurs robustes dans les prochaines années, tandis que les horloges épigénétiques sont déjà de plus en plus

utilisées en recherche clinique et dans les essais randomisés. Ces progrès ouvrent la voie à une société plus résiliente face au vieillissement démographique mondial.

- **Un pipeline thérapeutique en développement** : de grands centres de recherche — Calico, Altos — ainsi que des industriels du médicament (AbbVie, GSK, AstraZeneca, Lilly, Novartis) ont d'importants programmes de géroprotecteurs en développement, ciblant l'inflammation, les cellules sénescences, la mitochondrie et l'autophagie.
- **Un changement de paradigme médical** : traditionnellement, la médecine commence lorsque la maladie apparaît. Mais la biologie nous raconte une autre histoire : le déclin fonctionnel débute 10 à 20 ans avant l'apparition clinique des maladies. La trajectoire du vieillissement suit un pic de capacité intrinsèque entre 20 et 40 ans, un déclin biologique et fonctionnel entre 40 et 60 ans, l'apparition des maladies cliniques entre 60 et 80 ans, et le handicap et la fragilité après 80 ans.
- **Le rapport de l'Académie nationale de médecine (janvier 2026)** apporte pour la première fois un cadre académique pour l'approche clinique de la longévité en bonne santé : évaluer sa capacité intrinsèque dès 50 ans, prévenir les pathologies évitables (vaccination, diagnostic précoce), et intégrer les innovations de la gérosience dès que leurs bénéfices auront été démontrés.
- **Un signal d'espoir mesurable** : les personnes qui ont 70 ans aujourd'hui ont la capacité intrinsèque de personnes qui avaient 60 ans il y a dix ans à peine. On peut raisonnablement penser que d'ici dix ans, les personnes qui auront 80 ans auront la capacité intrinsèque de personnes qui avaient 60 ans aujourd'hui — ce qui représenterait un changement considérable pour notre société.

Les Axes d'actions prioritaires

Cinquante-deux experts issus du monde académique, clinique, institutionnel, associatif et industriel ont répondu à une question commune : quelle est l'action la plus pertinente et réalisable, dans leur domaine, pour permettre au plus grand nombre d'accéder à une longévité en bonne santé ?

Leurs réponses dessinent une convergence remarquable. Au-delà de la diversité des perspectives et des contextes, un même constat traverse l'ensemble des contributions : **notre système de santé reste majoritairement organisé autour du traitement de la maladie, alors que la science, les outils et les conditions politiques sont aujourd'hui réunis pour basculer vers une médecine de l'anticipation.** Ce basculement n'est plus une option : c'est une nécessité démographique, économique et humaine.

Six axes d'action prioritaires émergent de cette consultation. Ils sont complémentaires, interdépendants, et appellent une mobilisation coordonnée de l'ensemble des acteurs.

AXE 1 — Inscrire la prévention pour une longévité en bonne santé dans l'ensemble du parcours de vie

La longévité en bonne santé se construit tout au long de la vie, bien avant 60 ans. C'est le message le plus transversal de cette consultation.

Les contributeurs soulignent unanimement que les comportements favorables à un vieillissement en santé — activité physique, alimentation équilibrée, sommeil, lien social,

éviter des addictions, vaccination — doivent être transmis, encouragés et rendus accessibles à chaque étape de la vie.

Dès l'enfance et l'adolescence, l'intégration dans les programmes scolaires d'une éducation structurée à la santé tout au long de la vie est proposée par plusieurs experts comme l'une des mesures les plus efficaces en termes d'impact populationnel. L'école est l'un des rares espaces où l'on peut atteindre l'ensemble de la population avec un message uniforme.

À l'âge adulte et en entreprise, des espaces et des temps dédiés à la prévention, intégrés dans le cadre professionnel, représentent un levier encore largement sous-exploité. La retraite constitue quant à elle un moment-clé d'intervention, que les caisses de retraite, les assureurs et les employeurs peuvent saisir de façon systématique.

À partir de 50 ans, l'accélération du vieillissement biologique justifie la mise en place d'un bilan de longévité en bonne santé, tel que recommandé par l'Académie nationale de médecine, permettant d'évaluer la capacité intrinsèque, de dépister les pathologies liées à l'âge et d'élaborer un plan personnalisé de prévention.

Plusieurs contributeurs insistent sur le fait que ces trois temps — apprentissage, vie active, retraite — ne doivent pas être envisagés de manière linéaire mais de façon combinée et continue, à l'image des transformations démographiques inédites que nos sociétés traversent.

L'enjeu central : rendre la prévention universelle, et non réservée aux plus éduqués ou aux plus favorisés. Dans un pays où l'écart d'espérance de vie en bonne santé dépasse dix ans selon le niveau socio-économique, l'absence d'un dispositif automatique et équitable de prévention constitue en soi une forme d'inégalité structurelle.

Actions prioritaires

Action 1 — Créer un enseignement « Vivre et vieillir en bonne santé » dans les programmes scolaires

Introduire dans les programmes de l'Éducation nationale, dès le primaire et jusqu'au lycée, un module structuré sur les comportements favorables à une longévité en bonne santé : activité physique, nutrition, sommeil, lien social, prévention des addictions. L'école est le seul espace permettant d'atteindre l'ensemble de la population avec un message uniforme et précoce.

Action 2 — Instituer un « temps prévention » dans le monde professionnel

Encourager, via des incitations fiscales ou réglementaires, les employeurs à proposer à leurs salariés un temps dédié annuel à la prévention santé (bilan, accompagnement, ateliers). Intégrer systématiquement dans les conventions collectives un volet « longévité en santé ». Les Hôpitaux répartis dans les territoires doivent pouvoir jouer un rôle majeur.

Action 3 — Proposer un bilan de longévité en bonne santé à partir de 50 ans et la constitution d'un « capital prévention longévité »

Conformément aux recommandations de l'Académie nationale de médecine, rendre accessible à toute personne de 50 ans et plus un bilan de longévité intégrant l'évaluation de la capacité intrinsèque (programme ICOPE), le dépistage personnalisé des pathologies liées à l'âge et une couverture vaccinale optimale. Ce bilan doit s'articuler avec les consultations de prévention déjà inscrites dans la loi.

AXE 2 — Déployer massivement le programme ICOPE sur l'ensemble du territoire

Si un seul outil concentre le consensus de cette consultation, c'est le programme ICOPE de l'OMS — Integrated Care for Older People —, cité par une très grande majorité des contributeurs, quelle que soit leur origine institutionnelle.

ICOPE propose une approche globale et intégrée du vieillissement, centrée sur le maintien de la capacité intrinsèque, définie comme l'ensemble des capacités physiques, mentales, cognitives et sensorielles d'un individu. Son protocole en cinq étapes — repérage, évaluation approfondie, plan personnalisé, mise en œuvre et monitoring — est simple, validé scientifiquement, déployable à grande échelle et déjà opérationnel en France, notamment via l'outil numérique ICOPE Monitor développé par l'IHU HealthAge, qui suit aujourd'hui plus de 120 000 personnes.

Les contributions montrent que ce programme peut être déployé dans des contextes très divers : établissements de santé, officines, résidences seniors, services d'aide à domicile, caisses de retraite, mutuelles, entreprises, La Poste, EHPAD, CHU. Il constitue un socle commun à partir duquel chaque acteur peut agir dans son domaine de compétence, avec ses propres moyens.

La question n'est plus de savoir si ICOPE fonctionne — les connaissances sont suffisantes et recommandées par l'OMS. La question est de décider de le généraliser à l'ensemble du territoire national, avec les financements, les formations et les organisations que cela suppose.

La loi « bien vieillir » d'avril 2024 et la stratégie nationale autonomie ont posé les bases réglementaires. Il appartient désormais aux pouvoirs publics de franchir l'étape suivante : faire d'ICOPE un standard de la prise en charge préventive du vieillissement en France.

Actions prioritaires

Action 4 — Mobiliser tous les points de contact avec la population

Déployer ICOPE au-delà du seul système de santé, en s'appuyant sur l'ensemble des acteurs en contact régulier avec les personnes vieillissantes : caisses de retraite (750 000 nouveaux retraités par an), officines, La Poste, services d'aide à domicile, résidences seniors, EHPAD, mutuelles, entreprises. Chaque acteur peut intégrer l'étape 1 d'ICOPE dans ses interactions habituelles.

Action 5 — Systématiser ICOPE dans tous les établissements de santé

Rendre obligatoire l'évaluation ICOPE pour toute personne de 60 ans et plus admise dans un établissement de santé ou médico-social, établissements thermaux et intégrer les indicateurs de capacité intrinsèque dans les critères de qualité des établissements.

Action 6 — Accélérer le déploiement numérique via ICOPE Monitor

Soutenir le développement et la diffusion nationale de l'outil ICOPE Monitor, permettant un suivi longitudinal des personnes à distance, avec l'appui de l'intelligence artificielle pour la stratification du risque et la personnalisation des plans de prévention.

AXE 3 — Adapter la formation des professionnels de santé

La transformation vers une médecine proactive et préventive ne pourra se réaliser sans une refonte en profondeur de la formation des professionnels de santé. C'est l'une des priorités les plus citées dans les contributions.

Aujourd'hui, la gérosceience, la capacité intrinsèque, la prévention du déclin fonctionnel et les outils du vieillissement en santé restent largement absents des cursus médicaux et paramédicaux. Les professionnels de terrain — médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes — ne disposent pas systématiquement des compétences et des outils pour porter une démarche préventive structurée.

Actions prioritaires

Action 7 — Intégrer la gérosceience et la prévention dans les cursus médicaux et paramédicaux et Impliquer les étudiants en santé dans la prévention de proximité

Réviser les maquettes de formation initiale de l'ensemble des professions de santé pour y intégrer un socle commun sur le vieillissement en bonne santé, la capacité intrinsèque, la gérosceience et les outils de prévention. Créer les postes d'enseignants-chercheurs nécessaires dans les facultés de médecine. Cœer des stages encadrés de médecine préventive permettant aux étudiants en santé de participer au déploiement territorial de la prévention — détection des fragilités, accompagnement ICOPE, éducation thérapeutique — en lien avec les soins primaires et les acteurs médico-sociaux. Ces stages doivent être évalués scientifiquement et intégrés dans les parcours universitaires.

Action 8 — Développer une formation continue sur la longévité en bonne santé accessible et certifiante

Mettre en place, en lien avec les sociétés savantes, les ordres professionnels et les universités, des programmes de formation continue sur la longévité en bonne santé, accessibles sous format numérique pour toucher l'ensemble des professionnels en exercice, y compris dans les territoires sous-dotés.

Action 9 — Introduire des indicateurs qualité incitatifs liés à la promotion de la longévité en bonne santé

Conditionner une partie des financements des établissements de santé et des structures de soins primaires à la mise en œuvre effective d'actions de prévention (évaluation ICOPE, couverture vaccinale, lutte contre la iatrogénie), afin de créer un levier systémique au changement de pratiques.

AXE 4 — Investir dans la recherche en gérosceience et valider les biomarqueurs de la capacité intrinsèque & vieillissement

La gérosceience — science qui étudie les mécanismes biologiques du vieillissement pour prévenir les pathologies qui lui sont associées — représente l'une des ruptures scientifiques majeures de notre époque. Comme le souligne le Dr Eric Verdin, Président du Buck Institute for Research on Aging, elle ouvre la voie à une médecine des 4P : prédictive, préventive, personnalisée et participative. Prédictive, grâce aux biomarqueurs, pour identifier les risques bien avant l'apparition des symptômes ; préventive, pour intervenir tôt par des stratégies validées sur le mode de vie ; personnalisée, pour adapter les interventions au profil biologique de chacun ; et participative, pour engager activement chaque individu dans la gestion de sa

santé. C'est en intégrant ces quatre dimensions à grande échelle que nous pourrions passer d'un modèle centré sur la maladie à un modèle centré sur la santé.

Plusieurs contributeurs de rang mondial s'accordent sur un point : **le principal frein à une médecine de la longévité accessible au plus grand nombre est l'absence de biomarqueurs du vieillissement simples, peu coûteux, validés, reconnus par les autorités réglementaires et acceptés par les payeurs de santé, d'important travaux sont en cours avec des résultats attendus ces prochaines années.**

À l'image de ce que le LDL-cholestérol a représenté pour le risque cardiovasculaire, ou l'hémoglobine glyquée pour le diabète, des biomarqueurs robustes du vieillissement biologique permettraient de transformer des trajectoires de déclin silencieux en cibles thérapeutiques claires, de conduire des essais cliniques compatibles avec les contraintes temporelles des investisseurs, et d'ouvrir la voie au remboursement de stratégies préventives fondées sur les preuves.

Par ailleurs, les cadres réglementaires d'évaluation doivent évoluer. Les méthodologies actuelles, conçues pour des interventions curatives à effet rapide, sont inadaptées à la nature de la gérosience, dont les bénéfices se mesurent sur des décennies. Une réforme concertée entre chercheurs, cliniciens, autorités de santé et industriels est indispensable.

Actions prioritaires

Action 10 — Lancer un programme national prioritaire de recherche en gérosience avec la création d'un consortium national pour la validation des biomarqueurs du vieillissement et les essais cliniques en gérosience

Inscrire la gérosience comme priorité stratégique avec un financement dédié sur dix ans, à la hauteur des enjeux démographiques. Soutenir les structures d'excellence et favoriser les partenariats internationaux (Buck Institute, NIH, Stanford, Imperial College).

Un consortium réunissant académiques, cliniciens, industriels et régulateurs, avec pour mission de définir, valider et soumettre aux autorités réglementaires (EMA, HAS) un premier panel de biomarqueurs du vieillissement acceptés comme critères de substitution dans les essais cliniques.

Action 11 — Adapter les cadres réglementaires d'évaluation à la spécificité de la gérosience

Engager, avec la HAS et l'EMA, une réflexion sur l'adaptation des méthodologies d'évaluation aux interventions relevant de la gérosience dont les bénéfices se manifestent sur des décennies. Développer des critères de jugement intermédiaires validés (capacité intrinsèque, biomarqueurs, âge biologique) permettant de conduire des essais cliniques dans des délais compatibles avec les contraintes des investisseurs.

Action 12 — Développer les cliniques universitaires de la longévité

Soutenir la création, dans chaque grande région universitaire, d'une clinique universitaire de la longévité en santé, sur le modèle initié par l'IHU HealthAge à Toulouse. Ces structures constituent à la fois une offre de soins préventifs pour la population et un dispositif de recherche en vie réelle, indispensable à la validation des biomarqueurs et des interventions géroscientifiques.

AXE 5 — Changer l'image culturelle et sociétale du vieillissement tout en réorganisant les soins autour de la longévité en santé

La longévité en bonne santé ne peut être réduite à une question médicale. Elle est aussi une question culturelle, sociale et politique.

Lutter contre l'âgisme. La perception négative et homogène du vieillissement — comme un temps de renoncements et de dépendance — constitue un obstacle majeur à la mise en œuvre de politiques efficaces. Elle limite la compréhension du vieillissement, compromet les décisions de financement et freine l'engagement individuel dans des démarches préventives.

Faire du lien social une priorité de santé publique. Avec 750 000 personnes de plus de 60 ans en situation de mort sociale en France, l'isolement représente un facteur de risque majeur de déclin fonctionnel, comparable en impact à des pathologies chroniques établies.

Mobiliser tous les acteurs de la société. Employeurs, assureurs, collectivités locales, associations, médias, influenceurs : la prévention du vieillissement ne peut être portée par le seul système de santé.

La transformation vers une médecine proactive nécessite une réorganisation structurelle du système de soins, selon trois orientations convergentes dans les contributions.

Assurer une continuité réelle entre médecine de ville, hôpital et médico-social. La prise en charge du vieillissement suppose une articulation fluide entre soins primaires, hôpital, médico-social et acteurs de proximité. La création de parcours intégrés et gradués, avec des plateformes pluriprofessionnelles et des dispositifs de télé-expertise, est identifiée comme un levier puissant de simplification et d'efficacité.

Garantir l'équité territoriale et sociale. Une stratégie de prévention fondée uniquement sur l'offre risque d'aggraver les inégalités existantes. Plusieurs contributeurs insistent sur la nécessité de politiques actives d'« aller-vers », ciblant en priorité les populations les plus éloignées du soin et les territoires sous-dotés.

Actions prioritaires

Action 13 — Lancer une grande campagne nationale contre l'âgisme

Initier, sous le pilotage du Ministère de la Santé et en partenariat avec les médias, les associations et les acteurs culturels, une campagne nationale durable de lutte contre les stéréotypes liés à l'âge, promouvant une vision positive, réaliste et diversifiée du vieillissement.

Action 14 — Renforcer la lutte contre les inégalités territoriales et sociales en créant des COP territoriales du vieillissement en bonne santé

Définir des objectifs de réduction des écarts d'espérance de vie en bonne santé selon le niveau socio-économique, et y adosser des financements différenciés favorisant les territoires et les populations les plus défavorisés. Une logique d'évaluation coût-efficacité des interventions doit être systématisée.

Créer des COP territoriales du vieillissement en bonne santé : Sur le modèle des Conférences des Parties (COP) issues de la diplomatie climatique. Ces instances de coordination rassemblant l'ensemble des parties prenantes (élus, collectivités, entreprises, associations, professionnels de santé, assureurs et citoyens) auraient vocation à définir collectivement les leviers d'action permettant d'atteindre des objectifs partagés de longévité en bonne santé, assortis d'engagements concrets et d'une évaluation publique annuelle des résultats.

Faire des communes et agglomérations des acteurs opérationnels de la longévité en bonne santé.

Structurer un partenariat entre centres d'expertise (CHU, IHU) et collectivités locales, qui disposent d'une connaissance fine de leurs populations et d'une proximité irremplaçable avec les habitants. Des « contrats territoriaux de longévité en bonne santé » pourraient formaliser ces partenariats avec des objectifs mesurables.

Action 15 — Mobiliser les nouveaux vecteurs de communication pour démocratiser la culture de la prévention & longévité en bonne santé

La diffusion des connaissances scientifiques ne peut rester cantonnée aux canaux académiques. Il est nécessaire de mobiliser les influenceurs, les réseaux sociaux, les médias grand public et les formats innovants (podcasts, vidéos, jeux éducatifs) pour que la culture de la prévention devienne une norme sociale partagée.

Conclusion : de la convergence à l'action

Ce qui frappe, à la lecture de ces cinquante-deux contributions, c'est moins la diversité des propositions que leur convergence remarquable. Des acteurs aussi différents qu'un directeur général de CHU, un PDG de laboratoire pharmaceutique, un délégué général d'association caritative, un chercheur de Stanford et un directeur général de caisse de retraite partagent le même diagnostic et appellent les mêmes transformations. Cette convergence reflète la maturité d'un champ scientifique, clinique et institutionnel qui a atteint un point de bascule.

Les connaissances sont là. La gérosience a profondément renouvelé notre compréhension du vieillissement : nous savons que le déclin fonctionnel débute dix à vingt ans avant l'apparition clinique des maladies, que la capacité intrinsèque est mesurable et que son maintien est possible, que des biomarqueurs du vieillissement biologique sont à portée, et que des interventions validées — nutritionnelles, physiques, vaccinales — peuvent modifier durablement les trajectoires individuelles.

Les outils sont prêts. Le programme ICOPE est opérationnel et déployé sur plus de 120 000 personnes en France. Le rapport de l'Académie nationale de médecine de janvier 2026 a posé un cadre académique rigoureux pour l'approche clinique de la longévité en bonne santé. Les premières cliniques universitaires de la longévité voient le jour. Les acteurs — publics, privés, associatifs, territoriaux — sont mobilisés.

La volonté collective est réelle. Jamais autant d'acteurs n'ont convergé avec une telle clarté vers un même objectif : passer d'une médecine de la maladie à une médecine de la santé, d'une prise en charge réactive à une anticipation proactive, d'une prévention trop souvent réservée aux plus favorisés à une longévité en bonne santé accessible à tous.

L'ambition du Sommet de la Longévité du 20 mai 2026 est précisément de franchir le seuil qui sépare la connaissance de l'action. Il ne s'agit plus de répéter des constats — ils ont été faits.

Il ne s'agit plus d'appeler à la recherche — elle progresse. Il s'agit de traduire cette convergence en engagements concrets : généraliser le programme ICOPE sur l'ensemble du territoire, créer les conditions réglementaires et financières favorables à la validation des biomarqueurs du vieillissement, développer les cliniques universitaires de la longévité, réformer la formation des professionnels de santé, et inscrire la prévention du vieillissement comme une priorité collective durable.

Avec 30 % de notre vie vécue après 60 ans, avec un coût annuel de la perte d'autonomie estimé à 30 milliards d'euros, et des écarts d'espérance de vie en bonne santé dépassant dix

ans selon le niveau socio-économique, le vieillissement en bonne santé n'est pas une question médicale parmi d'autres : c'est un défi de société, une question de justice, et une opportunité pour notre pays.

L'Académie nationale de médecine a choisi d'en faire sa Grande Cause pour 2027. Le Sommet de la Longévité du 20 mai 2026 est une occasion historique de franchir ce seuil : et placer la longévité en bonne santé au rang des grandes priorités de la France pour les prochaines décennies

Bien vieillir n'est plus un privilège. C'est un droit. Et les moyens d'en faire une réalité pour tous existent.

TABLEAU DES ACTIONS PRIORITAIRES

N°	Action prioritaire	Description
AXE 1 — Prévention tout au long du parcours de vie		
Action 1	Créer un enseignement « Vivre et vieillir en bonne santé » dans les programmes scolaires	Introduire dans les programmes de l'Éducation nationale, dès le primaire jusqu'au lycée, un module structuré sur les comportements favorables à une longévité en bonne santé: activité physique, nutrition, sommeil, lien social, prévention des addictions.
Action 2	Instituer un « temps prévention » dans le monde professionnel	Encourager les employeurs à proposer un temps dédié annuel à la prévention santé (bilan, accompagnement, ateliers), via des incitations fiscales ou réglementaires. Intégrer un volet « longévité en santé » dans les conventions collectives.
Action 3	Proposer un bilan de longévité en bonne santé à partir de 50 ans	Rendre accessible à toute personne de 50 ans et plus un bilan de longévité intégrant l'évaluation de la capacité intrinsèque (programme ICOPE), le dépistage des pathologies liées à l'âge et une couverture vaccinale optimale.
AXE 2 — Déploiement massif du programme ICOPE		
Action 4	Mobiliser tous les points de contact avec la population	Déployer ICOPE au-delà du système de santé: caisses de retraite (750 000 nouveaux retraités/an), officines, La Poste, services d'aide à domicile, résidences seniors, EHPAD, mutuelles, entreprises.
Action 5	Systématiser ICOPE dans tous les établissements de santé	Rendre obligatoire l'évaluation ICOPE pour toute personne de 60 ans et plus admise dans un établissement de santé ou médico-social, et intégrer les indicateurs de capacité intrinsèque dans les critères de qualité.
Action 6	Accélérer le déploiement numérique via ICOPE Monitor	Soutenir le développement et la diffusion nationale de l'outil ICOPE Monitor, avec l'appui de l'intelligence artificielle pour la stratification du risque et la personnalisation des plans de prévention.
AXE 3 — Adapter la formation des professionnels de santé		
Action 7	Intégrer la gérosience et la prévention dans les cursus médicaux et paramédicaux	Réviser les maquettes de formation initiale pour y intégrer un socle commun sur le vieillissement en bonne santé, la capacité intrinsèque et la gérosience. Créer des stages encadrés de médecine préventive pour les étudiants en santé.
Action 8	Développer une formation continue sur la longévité en bonne santé	Mettre en place des programmes de formation continue accessibles sous format numérique pour toucher l'ensemble des professionnels en exercice, y compris dans les territoires sous-dotés.
Action 9	Introduire des indicateurs qualité incitatifs liés à la promotion de la longévité en bonne santé	Conditionner une partie des financements des établissements de santé à la mise en œuvre effective d'actions de prévention (évaluation ICOPE, couverture vaccinale, lutte contre la iatrogénie).

AXE 4 — Investir dans la recherche en gérosceince		
Action 10	Lancer un programme national prioritaire de recherche en gérosceince	Inscrire la gérosceince comme priorité stratégique avec un financement dédié sur dix ans. Créer un consortium national réunissant académiques, cliniciens, industriels et régulateurs pour valider et soumettre aux autorités (EMA, HAS) un premier panel de biomarqueurs du vieillissement.
Action 11	Adapter les cadres réglementaires d'évaluation à la spécificité de la gérosceince	Engager avec la HAS et l'EMA une réflexion sur l'adaptation des méthodologies d'évaluation aux interventions de gérosceince, et développer des critères de jugement intermédiaires validés (capacité intrinsèque, biomarqueurs, âge biologique).
Action 12	Développer les cliniques universitaires de la longévité	Soutenir la création, dans chaque grande région universitaire, d'une clinique universitaire de la longévité en santé, sur le modèle initié par l'IHU HealthAge à Toulouse, combinant offre de soins préventifs et recherche en vie réelle.
AXE 5 — Changer l'image culturelle du vieillissement		
Action 13	Lancer une grande campagne nationale contre l'âgisme	Initier, sous le pilotage du Ministère de la Santé, une campagne nationale durable de lutte contre les stéréotypes liés à l'âge, promouvant une vision positive, réaliste et diversifiée du vieillissement.
Action 14	Renforcer la lutte contre les inégalités territoriales et sociales — COP territoriales	Définir des objectifs de réduction des écarts d'espérance de vie en bonne santé et créer des COP territoriales du vieillissement en bonne santé, rassemblant élus, collectivités, entreprises, associations, professionnels de santé et citoyens.
Action 15	Mobiliser les nouveaux vecteurs de communication pour démocratiser la prévention	Mobiliser influenceurs, réseaux sociaux, médias grand public et formats innovants (podcasts, vidéos, jeux éducatifs) pour que la culture de la prévention et de la longévité en bonne santé devienne une norme sociale partagée.

CONTRIBUTION DES PARTICIPANTS

À travers une question commune — *identifier l'action la plus pertinente et réalisable pour favoriser l'accès du plus grand nombre à une longévité en bonne santé* — les réponses mettent en lumière une diversité d'approches complémentaires : prévention tout au long du parcours de vie, transformation des pratiques cliniques, innovation scientifique, formation des professionnels, mobilisation territoriale et engagement institutionnel.

Quelle est l'action qui vous semblerait possible de mettre en place pour permettre l'accès à une longévité en bonne santé au plus grand nombre dans votre domaine de compétence et avec les moyens dont vous disposez ?



***Professeur Serge Adnot, Université Paris-Est, Créteil (France);
Institute for Lung Health, Université Justus Liebig, Giessen (Allemagne)***

Une longévité en bonne santé suppose de préserver, le plus longtemps possible, les fonctions physiologiques, physiques, cognitives et neurosensorielles permettant une vie autonome et choisie. Elle repose en grande partie sur une approche préventive à tous les âges de la vie.

Dans mon domaine de recherche, centré sur les maladies pulmonaires, une action concrète consiste à transformer les connaissances scientifiques acquises sur les mécanismes du vieillissement en outils opérationnels de prévention, de détection précoce, et d'intervention thérapeutique ciblant les maladies pulmonaires, deuxième cause de morbidité et mortalité mondiale. Cela se traduit par l'identification de cibles moléculaires, cellulaires et de biomarqueurs permettant d'anticiper et de limiter le déclin de la fonction respiratoire en lien avec des pathologies telles que la BPCO, la fibrose pulmonaire, le cancer ou les séquelles d'infections respiratoires, toutes pathologies dites « liées à l'âge ». L'enjeu est de développer des stratégies de dépistage et d'intervention précoce en combinant innovations biomédicales issues de la gérosience et recommandations de santé publique. Rendre ces outils simples, accessibles et déployables à grande échelle permettrait de préserver durablement la fonction pulmonaire et de favoriser une longévité en bonne santé pour le plus grand nombre.



Professeuse Sandrine Andrieu, IHU HealthAge -Toulouse (France)

En tant que médecin de santé publique, le parcours de prévention qui permettrait de favoriser l'accès au plus grand nombre d'une longévité en bonne santé est un parcours qui débute très tôt dans la vie et qui se continue à tous les âges de la vie. Intégrer dans les programmes scolaires une matière dédiée sur "une vie en bonne santé" permettrait d'acquérir naturellement des comportements favorables à une longévité en santé. L'école est un des rares endroits où l'on a accès à l'ensemble de la population à qui on peut délivrer un message uniforme. Un deuxième temps est le temps de l'activité professionnelle où nous pourrions imaginer que les employeurs offrent un temps dédié pour "une vie en bonne santé"

à chaque personne ou des espaces dédiés favorisant les comportements favorables. Enfin, à l'âge de la retraite, favoriser un vieillissement actif pour tous en développant des politiques de prévention qui associent d'autres acteurs que ceux du monde sanitaire (aménagement du territoire favorisant la marche, accès facilité à une alimentation saine, création de nouveaux services dédiés à la personne vieillissante orientés vers l'accompagner dans un vieillissement actif).

Comme le souligne John Row (Time, 2026), ces trois temps d'apprentissage, d'activité professionnelle et de retraite pourraient ne pas être envisagés de façon linéaire mais de façon combinée tout au long de la vie pour tenir compte de l'évolution démographique inédite que nous sommes en train de vivre et à laquelle les institutions ne sont pas préparées.



Professeur Laurent Balardy, IHU HealthAge – Toulouse (France)

Le vieillissement de la population révèle les limites d'un système de santé encore largement centré sur la prise en charge des maladies et de la dépendance, plutôt que sur leur prévention. L'enjeu n'est plus seulement de vivre plus longtemps, mais de vivre plus longtemps en bonne santé. Cela suppose de passer d'un modèle curatif et réactif à un modèle proactif, fondé sur la prévention, la détection précoce et le maintien des capacités. Trois leviers sont essentiels pour réussir cette transformation.

1. Réorganiser les soins autour de la longévité en santé. Notre système souffre d'un maillon manquant : une véritable médecine de la prévention et du maintien des capacités. Le programme ICOPE de l'OMS et le développement de cliniques de la longévité peuvent structurer cette approche, à condition qu'elle reste pragmatique, fondée sur les données scientifiques et accessible au plus grand nombre. **C'est dans cet esprit que le rapport de l'Académie nationale de médecine consacré à la longévité en santé a été élaboré.**

2. Investir dans la recherche en gérosience. Ce champ émergent connaît une dynamique internationale majeure et vise à identifier des interventions capables de ralentir le déclin fonctionnel et de prolonger la vie en bonne santé. **La labellisation de l'IHU HealthAge constitue un atout majeur pour structurer cette recherche en France et répondre à cette compétition scientifique internationale.**

3. Faire de la prévention une compétence centrale. Cette transformation suppose un effort massif de formation. L'évaluation de la capacité intrinsèque, la promotion de l'activité physique, de la nutrition et de la vaccination doivent devenir un socle de compétences partagé par l'ensemble des professionnels de santé et irriguer plus largement les politiques publiques.



Professeur John R. Beard, Irene Diamond Professor of Epidemiology and Health Policy and Management, Directeur de l'International Longevity Center, Columbia University – New York, NY (United States)

Malgré l'hétérogénéité caractéristique du vieillissement et des personnes âgées, nous avons souvent tendance à catégoriser les personnes ayant dépassé un certain âge chronologique comme étant âgées. Ces stéréotypes limitent notre compréhension du vieillissement, compromettent les politiques mises en place et même les questions de recherche posées. Il me semble donc que la première chose à faire est de revoir ces conceptions obsolètes de la longévité. La seconde est de comprendre la santé comme étant plus que la simple absence de maladie. Les diagnostics de maladie sont des résultats binaires qui nous renseignent peu sur les processus biologiques complexes et dynamiques qui les précèdent. De plus, c'est le fonctionnement et l'autonomie qu'il permet qui constituent la priorité des personnes âgées. Si nous pouvons envisager la santé de manière plus holistique et continue, nous pourrions alors commencer à explorer les influences qui, tout au long de notre vie, nous permettent d'atteindre un âge avancé en pleine forme et de

connaître le déclin le plus lent possible. Le domaine émergent de la gérosceince nous aide à comprendre ces dynamiques biologiques et, combiné à l'augmentation spectaculaire des données disponibles, à la disponibilité de l'apprentissage automatique pour interpréter ces données et à notre compréhension croissante des systèmes complexes, nous pourrions enfin être en mesure d'examiner directement la santé d'une personne et de mieux comprendre les mécanismes qui la régissent.



Professeur Athanase Benetos, CHRU de Nancy, INSERM U1116, Université de Lorraine – Nancy (France)

Je ferai d'abord trois constats :

- La longévité en bonne santé est l'affaire d'une trajectoire de toute une vie
- Bien que la génétique a un rôle important, les facteurs environnementaux pèsent très lourds.
- Notre mode de vie, dépend à la fois de choix personnels mais également des conditions socio-économiques.

Compte tenu de ces constats, voici ce que je pense que nous pouvons et devons faire en France en 2026 :

- Tout faire pour lutter contre la sédentarité et éviter l'obésité dès le plus jeune âge : Pas d'écrans avant 5 ans, des jeux qui font bouger, une alimentation la plus saine possible (le coût limite les choix, souvent).
- Chez les adolescents la lutte contre le tabagisme et autres addictions devient capitale.
- A l'âge adulte, la lutte contre les facteurs de risque majeurs (diabète, hypertension, dyslipidémie) passe aussi par des dépistages systématiques ; en cas de problème prendre l'avis des spécialistes. Il en va de même pour le dépistage de certains cancers actuellement proposé.
- Dès 65-70 ans, les mesures régulières de capacités fonctionnelles peuvent estimer le risque de perte d'autonomie ce qui permettra d'agir en conséquence le plus tôt possible. La vaccination contribue également à vivre mieux et plus longtemps.

Tout cela est-il possible désormais en France ? La réponse est que tous les outils pour respecter ces actions existent, mais il faut une meilleure organisation pour couvrir l'ensemble du territoire national et une formation de tous les professionnels de santé qui doivent être massivement impliqués dans cette politique de prévention.



Docteur Nora Berra, ancienne Ministre Secrétaire d'Etat chargée des Aînés– Lyon (France)

En tant que médecin et ancienne Secrétaire d'État chargée des Aînés, je souhaite souligner un paradoxe français : nous finançons largement la dépendance, mais trop peu son évitement. Cette situation révèle les limites d'une médecine encore trop segmentée, alors que le vieillissement appelle une approche globale de la personne.

Il me paraît essentiel aujourd'hui de porter la création d'un « capital prévention longévité » universel, activable dès 45 ans, donnant accès à un accompagnement structuré dans la durée : évaluation fonctionnelle, métabolique, cognitive, psychique et sociale, puis plan personnalisé

assorti d'objectifs suivis.

L'enjeu n'est pas d'ajouter un dépistage supplémentaire, mais d'ancrer une éthique de l'anticipation : reconnaître que prévenir la perte d'autonomie est une responsabilité collective autant qu'individuelle.

Dans un pays où les écarts d'espérance de vie en bonne santé dépassent dix ans selon le niveau socio-économique, l'absence de dispositif automatique et universel conduit de fait à réserver la prévention aux plus favorisés.

Pensé comme un véritable investissement social, ce capital s'inscrit dans une logique d'efficacité collective et devrait être évalué de manière objective à l'aune de son impact sur les maladies chroniques évitables, la fragilité et le maintien des capacités.

Offrir à chacun une opportunité concrète et accompagnée d'agir sur sa trajectoire de vieillissement constitue une condition d'une longévité plus équitable et collectivement soutenable.



Professeuse Sylvie Bonin-Guillaume, Assistance Publique hôpitaux de Marseille, Aix Marseille Université, Présidente de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie – Marseille (France)

La gériatrie en tant que spécialité médicale, est un maillon incontournable de la gérontologie qui s'intéresse à tous les aspects du vieillissement. La gériatrie est une spécialité populationnelle, intégrative évolutive et adaptative. Avec le vieillissement de la population mondiale, l'ère de la médecine centrée sur l'organe doit évoluer vers une médecine centrée

sur la personne.

Ouvrir les portes largement sur la prévention en santé est indispensable pour limiter les facteurs favorisants (maladies chroniques) et précipitants (maladies chroniques) vers la survenue de la dépendance et permettre des années de vie en santé pour la population, et ce au plus tôt dans le parcours de vie

La recherche en prévention, l'acculturation au vieillissement en santé doivent être encouragés et faire l'objet de formations des professionnels de santé tout au long de leur carrière, mais aussi être transmises par des informations fiables et accessibles à tous public pour lutter contre les idées reçues et contre l'âgisme. Enfin l'accompagnement à l'organisation des parcours de prévention de nécessite l'implication de tous les professionnels de la santé et l'appropriation des personnes concernées elles-mêmes. Ce sont les actions que la SFGG porte en tant que société savante avec le souhait de fédérer les acteurs impliqués.



Professeur Jacques Boddaert, Chef de service, Département de Gériatrie Pitié-Salpêtrière GH Pitié-Salpêtrière – APHP – Paris (France)

N'oublions pas les étudiants. Les étudiants en médecine, et en santé de manière plus générale, doivent être mis au cœur de la réflexion sur la longévité en bonne santé. A nous d'en faire des acteurs engagés.

Une sensibilisation sociétale doit débuter dès le plus jeune âge, en empêchant le regard de se déformer dans la perception de leurs aînés sous les coups de boutoirs d'un âgisme décomplexé. En ramenant de la vie, de la considération et des échanges entre les générations sur des modèles à construire.

Par l'enseignement facultaire, ils seront sensibilisés à une prévention primaire, secondaire et tertiaire, dont ils devront porter les messages quelle que soit leur spécialité. Ils intégreront l'importance de la prévention, à tout âge, et sans exclure les aînés. Eux défendront une consultation de prévention à 75 ans !

Par l'enseignement pratique facultaire, et avec eux, nous pourrions réfléchir à des stages encadrés de médecine préventive en allant aux patients. A condition d'y adosser une indispensable évaluation scientifique probablement connectée.

Dans ce prolongement, ces étudiants, encadrés et accompagnés, pourraient participer au déploiement d'un tissu médico-social de proximité, qui permettrait à chaque bassin de vie autour d'un établissement hospitalo-universitaire, de disposer d'un maillage territorial bienveillant, vigilant et réactif. Sans doute très complexe à organiser. Et à condition de ne pas

oublier qu'ils sont étudiants avant tout. Mais des étudiants que l'on pourrait impliquer dans la prévention primaire et secondaire, et dans la détection des situations de vulnérabilité, en lien avec les soins primaires.

Enfin, tous les étudiants devraient avoir une formation adaptée à la complexité de la multimorbidité, et un socle de compétences approprié pourrait être validé lors du début de l'internat, améliorant également la prévention tertiaire, avant de pouvoir s'orienter vers une surspécialisation. Ces éléments pourraient aider à former des médecins impliqués dans le bien vieillir et à même de mieux répondre aux besoins de population.

Bien sûr, rien ne pourra se faire sans ambition politique, sociétale, ni financement, ni augmentation nette des postes d'enseignants dédiés pour accompagner et former les étudiants.

C'est une réflexion à porter.



Sophie Boissard, Directrice Générale, Groupe Clariane – Paris (France)

Notre enjeu collectif est de pouvoir repérer et prévenir les pertes de capacité intrinsèques pour les personnes qui avancent en âge. Pour cela, le programme ICOPE propose un protocole très simple que toutes les structures de soins ou professionnels de santé devraient proposer à leurs patients, dans le cadre d'une consultation ou d'un traitement. Le plus grand défi restera ensuite, après le dépistage, de construire un parcours de soins et de maintien dans la durée. Chez Clariane, nous suivons en

moyenne, dans nos réseaux de SMR, de maisons de retraite ou de centres de consultation, plus de 700 000 patients, en France, en Italie et en Espagne, dont 90 % dans la tranche d'âge recommandée. Nos établissements sont répartis de façon stratégique. En dehors des grandes villes, nous sommes souvent les seuls plateaux techniques et équipes pluriprofessionnelles encore disponibles localement. Nous sommes prêts à mettre à profit ces points de contact pour systématiser la mesure de la capacité intrinsèque I et déployer des parcours adaptés (étapes 2 à 5) au service des soins primaires.



Professeur Anne Brunet, Université de Stanford – San Francisco (Etats-Unis)

Pour permettre l'accès à une longévité en bonne santé, il est important de pouvoir prédire les différentes trajectoires de vieillissement et d'intervenir à temps. Mon domaine de recherche est centré sur les mécanismes du vieillissement et sur les interventions capables de modifier ces trajectoires.

Par exemple, nous nous intéressons aux interventions qui remodelent le métabolisme, à celles qui diminuent l'inflammation, ainsi qu'aux interventions comportementales. Nous avons montré, dans des organismes modèles, que des comportements naturels (activité, sommeil) peuvent prédire des trajectoires de vie — longues ou courtes.

Ces comportements peuvent être modulés par des molécules (par exemple des neuropeptides) ou directement par des interventions visant à les modifier naturellement, ce qui pourrait s'appliquer au plus grand nombre.

Ces recherches permettent également d'utiliser l'intelligence artificielle pour identifier des biomarqueurs comportementaux ou moléculaires prédictifs de la longévité et du vieillissement. Cela ouvre la voie à des stratégies plus ciblées pour transformer des trajectoires de vie courte en trajectoires de vie longue et en bonne santé.



Yann Bubien, Directeur Général, Agence Régionale de Santé (ARS) – Provinces -Alpes – Côte d’Azur – Marseille (France)

Le vieillissement démographique et la progression des maladies chroniques ont une acuité particulière en Europe et la France n’y échappe évidemment pas. En Provence-Alpes-Côte d’Azur, nous anticipons le « pic » du nombre de personnes en situation de perte d’autonomie entre 2045 et 2056 selon les départements, avec une hausse de l’ordre de 50% de cette catégorie de population dans certains départements entre 2021 et 2050. Ce basculement constitue l’un des grands défis des prochaines années. Il nous faudra donc nous y préparer pleinement. Dans ce contexte, les ARS travaillent avec les conseils départementaux autour du « virage domiciliaire » par exemple, pour adapter les logements, développer les services autonomie et d’hospitalisation à domicile, organiser des temps de répit pour les aidants ou encore soutenir l’émergence de solutions nouvelles telles que l’habitat partagé. Les progrès technologiques et l’apport de l’intelligence artificielle ouvrent par ailleurs des perspectives très concrètes, avec des dispositifs capables d’alerter en cas de chute à domicile ou des dispositifs de téléexpertise (nous avons par exemple contribué à l’installation d’un rétinographe dans une pharmacie de Moustiers-Sainte-Marie), permettant de garantir une prise en charge des personnes âgées au plus près de leur domicile, évitant des déplacements inutiles. L’ARS Provence-Alpes-Côte d’Azur développe en parallèle de nombreuses actions « d’aller-vers » (médicobus dans les Hautes-Alpes, gynécobus dans le Var), permettant d’apporter des informations de prévention et des solutions de soins rapides et mobiles aux habitants, là où elles manquent.



Professeur Matteo Cesari, Organisation Mondiale de la Santé – Genève (Suisse)

Dans une perspective de gériatrie, l’amélioration de la longévité en bonne santé passe par le renforcement des capacités du système de santé à accompagner le vieillissement. Cela implique de mieux former le personnel de santé, en particulier dans les soins primaires, à l’accompagnement du vieillissement tout au long du parcours de vie, et de favoriser une intégration plus étroite des services sanitaires et sociaux afin d’assurer la continuité des soins. Il est également important de promouvoir une narration plus positive et plus réaliste du vieillissement, à considérer comme une étape naturelle de la vie, riche en opportunités, en contributions et en croissance.



Professeur Lionel Collet, Président de la Haute Autorité de Santé (HAS) – Paris (France)

En tant qu’autorité scientifique, la Haute Autorité de santé (HAS) agit pour que les soins et les accompagnements, à chaque étape de la vie, soient sûrs, efficaces et adaptés à chacun. La HAS encourage une médecine préventive, participative, personnalisée en vue de garantir un vieillissement en bonne santé au plus grand nombre. Pour répondre aux grandes mutations de la longévité, nos travaux visent à renforcer la prévention à tous les niveaux (primaire, secondaire et tertiaire) pour favoriser une longévité en bonne santé. Notre ambition est de contribuer par nos travaux à construire le système de santé de demain en faveur d’un bien vieillir.



Serge DA MARIANA : Directeur Général et Leïla HICHEUR : Directrice de cabinet et des affaires stratégiques, Groupe IRCM – Paris (France)

Pour Le Groupe IRCM gérant les droits sociaux complémentaires des salariés de l'emploi à domicile, favoriser la longévité en santé, implique un accompagnement global, comme le recommande l'Organisation Mondiale de la Santé.

Nous nous appuyons déjà sur le programme ICOPE, comme socle de prévention. Sa généralisation associée à la gestion des alertes, va nous permettre d'agir en impact, en renforçant la régularité des évaluations et la capacité de réponse face aux fragilités identifiées. En effet, cette démarche est complétée par une offre d'accompagnement multidimensionnelle, que nous nous engageons à renforcer pour mieux prévenir les ruptures de parcours, et qui agit sur plusieurs déterminants majeurs de la santé : la lutte contre le non-recours aux droits, la prévention de l'isolement social, l'accompagnement des fragilités sociales et économiques, ainsi que la reconnaissance et la valorisation de ces métiers essentiels.

Cette dynamique va contribuer à diffuser des pratiques favorables au vieillissement en santé, au domicile des personnes accompagnées.

En parallèle, nous avons créé avec l'IHU HealthAge, fin 2024, la première chaire d'excellence dédiée au mieux-vivre, visant à objectiver des solutions et interventions utiles et réellement impactantes pour le vieillissement en santé.

Aujourd'hui près de 200 salariés de l'emploi à domicile participent déjà à un essai clinique mondial visant à démontrer l'impact du programme ICOPE, tant sur les bénéfices fonctionnels que sur les coûts en santé publique.



Jean-Christophe Dantonel, Managing Partner IBIONEXT – Paris (France)

En tant qu'investisseur dans le secteur de la santé, je suis convaincu que le principal verrou au développement d'une médecine de la longévité accessible au plus grand nombre n'est pas scientifique : il est métrologique. Nous manquons aujourd'hui de tests simples, validés et reconnus — biologiques, fonctionnels ou combinés — capables de mesurer de façon fiable la capacité intrinsèque d'un individu et son rythme de vieillissement biologique. Sans un tel consensus, ni les cliniciens, ni les régulateurs, ni les investisseurs ne peuvent agir efficacement. L'enjeu

prioritaire est donc de faire émerger et valider des biomarqueurs du vieillissement acceptés par les autorités réglementaires et les payeurs de santé, à l'image de ce que représentent le LDL-cholestérol pour le risque cardiovasculaire ou l'hémoglobine glyquée pour le diabète. Ces marqueurs ont transformé des pathologies silencieuses en cibles thérapeutiques claires, rendant possibles des essais cliniques robustes et des décisions de remboursement préventives fondées sur des preuves. Appliqué à la longévité, un tel paradigme permettrait d'utiliser ces biomarqueurs comme critères de substitution (*surrogate endpoints*) dans des essais cliniques, rendant enfin compatibles les horizons de la recherche en gérosience avec les contraintes temporelles des investisseurs. C'est à cette condition que le capital privé pourra s'engager massivement dans le financement de géroprotecteurs et de solutions digitales de prévention — non par philanthropie, mais parce que le cadre de preuve sera suffisamment solide et partagé pour justifier cet engagement.



Marie Daudé, Directrice Générale, Direction générale de l'offre de soins (DGOS) – Paris (France)

En tant que Directrice générale de la DGOS, l'action la plus structurante pour favoriser une longévité en bonne santé consiste à organiser des parcours de soins intégrés, gradués et sécurisés, garantissant un accès équitable, précoce et coordonné à des actions de prévention, au diagnostic et à l'accompagnement.

Face à la progression des polypathologies liées au vieillissement, il est indispensable de dépasser les logiques en silos entre ville, hôpital et médico-social afin de structurer des parcours fluides et lisibles. Notre objectif est commun : anticiper les fragilités, maintenir les capacités physiques et cognitives des personnes âgées, prévenir les ruptures de prise en charge et limiter les hospitalisations évitables. La généralisation d'ICOPE participe de cette stratégie d'intervention précoce, en permettant un repérage systématique des fragilités dès 60 ans et en élaborant des plans personnalisés de suivi, articulés avec d'autres mesures, dans une logique interministérielle, comme les actions d'« aller-vers » ou encore l'adaptation des logements, le domicile étant au cœur de nos politiques de demain. Dans les établissements et en EHPAD, le renforcement du temps médical, la diffusion de l'expertise gériatrique, le développement de l'hospitalisation à domicile et la structuration de dispositifs-relais en sortie d'hospitalisation notamment contribuent à simplifier les parcours, sécuriser la continuité des soins et soutenir les professionnels de premier recours.



Professeur Philippe de Souto Barreto, IHU HealthAge – Toulouse (France)

La pratique d'une activité physique est reconnue comme un élément majeur pour le maintien et l'amélioration des fonctions essentielles (mobilité, fonctions cognitives) au cours du vieillissement.

Une approche immédiate visant à augmenter cette pratique pourrait consister à la démystifier en diffusant, via des campagnes publiques et auprès des professionnels de santé, le message qu'elle est appropriée et sûre à tous les âges (y compris à des âges très avancés – message de lutte contre l'âgisme), et que même un niveau d'activité relativement faible

(marcher 10 à 15 minutes par jour) apporte des bénéfices pour bien vieillir.

De plus, promouvoir la pratique d'exercices physiques dans les places et les parcs publics (en présence de professionnels d'APA, par exemple) constitue une initiative favorisant la socialisation et ayant déjà fait ses preuves dans d'autres pays (Academia da Cidade au Brésil).

Enfin, un module de formation sur l'activité physique et le vieillissement pourrait être intégré au curriculum de formation des professionnels de santé et du secteur social



Catherine Dive-Pouletty, Directrice Pôle Scientifique, Nestlé Health Science- Paris (France)

Dans le cadre de ses engagements d'entreprise à mission, Nestlé Health Science peut contribuer à une longévité en bonne santé en renforçant des actions de prévention concrètes, tout au long du parcours de vie.

Dans son domaine de compétence, cette action repose d'abord sur le soutien au dépistage précoce des fragilités, notamment via l'appui au déploiement du programme ICOPE et le développement d'outils de repérage de la dénutrition et de la dysphagie, facteurs clés de perte de

capacité intrinsèque.

Un second levier essentiel concerne l'accompagnement des aidants, à travers des dispositifs opérationnels comme Réflexe Aidant en officine et l'engagement de l'entreprise auprès de ses propres salariés aidants, reconnu par le label Cap Handéo.

Enfin, en s'appuyant sur son expertise scientifique et nutritionnelle, ses équipes et ses partenariats avec les professionnels de santé, Nestlé Health Science peut contribuer à diffuser ces démarches de prévention et à en faciliter l'appropriation par le plus grand nombre, en complément des dispositifs existants.



Anne Ferrer, Directrice Générale, CHU de Montpellier – Montpellier (France)

Le **CHU de Montpellier**, acteur majeur du territoire en lien avec ses partenaires publics et libéraux, place la longévité en bonne santé au cœur de son engagement. Cette approche repose sur l'évaluation de la capacité intrinsèque, une prévention personnalisée et un suivi digital appuyé par l'intelligence artificielle « Alliance santé IA », afin d'anticiper les fragilités et d'adapter les parcours malgré les contraintes de ressources.

Au-delà des patients, l'enjeu est aussi celui des professionnels hospitaliers, appelés à travailler plus longtemps. L'objectif est d'appliquer à la fois aux patients, à la population et aux équipes une même logique de prévention, en sensibilisant notamment les personnels dès 50 ans. Cette dynamique crée un effet miroir : des professionnels formés et impliqués sont mieux préparés à accompagner leurs patients.

Des initiatives concrètes, comme l'Hôpital universitaire de la vision, illustrent déjà cette démarche mixte, associant patients et professionnels dans une même philosophie de prévention. Porté à l'échelle institutionnelle, ce projet local et évalué vise à devenir un modèle reproductible pour d'autres établissements.



Professeur Luigi Ferrucci, Directeur Scientifique, Intramural Research Program, National Institute on Aging, NIH – Baltimore, MD (USA)

La longévité en bonne santé exige un changement conceptuel profond dans notre manière de définir et de mesurer le vieillissement. L'évaluation de la capacité intrinsèque (IC) constitue une avancée importante, mais elle intervient souvent à un stade où les mécanismes compensatoires ont déjà échoué et où le déclin fonctionnel commence à s'installer. Si nous

voulons véritablement anticiper le vieillissement, nous devons intervenir plus en amont dans la trajectoire, avant que le risque de handicap ne devienne cliniquement manifeste.

Pour cela, il est nécessaire de compléter l'évaluation de la capacité intrinsèque par des mesures physiologiques et des biomarqueurs validés capables de détecter les vulnérabilités précocement. Les indicateurs physiologiques — aptitude cardiorespiratoire, fonction vasculaire, flexibilité métabolique, puissance musculaire, vitesse de traitement cognitif — sont souvent de meilleurs prédicteurs du déclin futur et, surtout, ils orientent plus directement vers le système biologique en difficulté. La prévention peut ainsi devenir ciblée plutôt que générique. Par ailleurs, le développement et l'utilisation plus large de tests dits « provocateurs » ou tests de stress seront essentiels. Le vieillissement correspond fondamentalement à une perte de résilience, et la résilience ne peut être mesurée qu'en mettant les systèmes à l'épreuve et en observant leur capacité de réponse et de récupération.

Un autre enjeu majeur est d'ordre culturel. La longévité en bonne santé ne doit pas être perçue comme une obligation morale, mais comme un investissement — individuel et collectif. Les comportements et interventions qui construisent la réserve physiologique tout au long de la vie constituent des dépôts dans une « banque de santé », dans laquelle chacun pourra puiser lorsque les fonctions physiques et cognitives déclineront naturellement avec l'âge. L'éducation, dès le plus jeune âge et tout au long de la formation des professionnels, est le levier le plus puissant pour instaurer cette culture de l'investissement à long terme.

En combinant détection physiologique précoce, mesure de la résilience, recherche en biomarqueurs et transformation culturelle fondée sur l'éducation, nous pouvons passer d'une logique de réaction au vieillissement à une approche proactive visant à en orienter la trajectoire.



Professeur Françoise Forette, Université Paris Descartes – Paris (France)

La longévité en bonne santé n'est pas une aventure individuelle, mais une entreprise collective associant la personne, les autorités de santé, les pouvoirs publics et la société dans son ensemble.

Elle repose d'abord sur une responsabilité individuelle : adopter dès le plus jeune âge une démarche préventive (nutrition, activité physique et intellectuelle, lien social), consulter régulièrement pour un dépistage

précoce et participer à des programmes de prévention fonctionnelle comme ICOPE.

Elle suppose également un engagement fort des autorités de santé : promouvoir la prévention auprès des médecins et du public, développer les consultations dédiées à la longévité en bonne santé, renforcer les services de gériatrie et soutenir les campagnes de prévention.

Enfin, elle nécessite des choix politiques structurants : investir massivement dans la recherche, notamment en gérosiences, lutter contre les inégalités sociales et éducatives, combattre l'âgisme et favoriser une vision positive du vieillissement, condition essentielle pour prolonger l'autonomie et la participation sociale.

En résumé, la longévité en bonne santé est un projet collectif qui exige une mobilisation coordonnée à tous les niveaux.



Véronique Fossoul, Directrice Grand Age et dépendance, CNP Assurances – Paris (France)

La mission première de l'assureur est d'indemniser lorsque le risque survient, notamment en cas de dépendance. Mais se limiter au versement d'une rente ne suffit pas à accompagner nos assurés vers un bien vieillir ni à faire face à l'augmentation de la fréquence du risque.

CNP Assurances s'appuie sur les solutions développées au sein du groupe La Poste et de la Caisse des Dépôts pour promouvoir la prévention, levier essentiel pour limiter le reste à charge lié à la perte

d'autonomie.

Nous mobilisons l'intelligence artificielle et le déploiement d'ICOPE afin de détecter précocement les fragilités fonctionnelles et cognitives et d'anticiper les risques. Un coordinateur de parcours assure la fluidité et l'efficacité des interventions, favorisant le maintien à domicile. Des solutions digitales (téléconsultation, détection des chutes), l'aménagement du domicile et la visite d'un tiers de confiance complètent le dispositif.

Notre accompagnement s'adresse également aux proches aidants, dont le rôle est essentiel et qui doivent être sensibilisés à leur propre santé. Nous intervenons en amont du risque, notamment auprès des aidants salariés et au moment de la liquidation de la retraite, afin de promouvoir la prévention et le bien vieillir.



Professeur Benoît Gallix, Directeur Général de l'Hôpital Américain de Paris – Paris (France)

À l'Hôpital Américain de Paris, nous avons engagé deux actions concrètes pour favoriser l'accès du plus grand nombre à une longévité en bonne santé.

La première consiste à déployer, en partenariat avec l'IHU HealthAge de Toulouse, un stand ICOPE dans le hall de l'hôpital, accessible aux patients, accompagnants et visiteurs volontaires. Ce dispositif enrichi intègre l'évaluation sensorielle (HORA pour l'audition), la mobilité, la force et la performance fonctionnelle (mallette SmartPredict), afin d'identifier précocement les fragilités.

La seconde initiative vise à intégrer systématiquement, dès 50–55 ans, la détection des fragilités dans tous nos parcours de prévention du Check-up Center. À partir de septembre 2026, nos bilans incluront, en complément de notre bilan de prévention primaire et secondaire

des maladies, des tests standardisés afin de compléter notre démarche de détection des maladies ou des facteurs de risque, en y ajoutant une logique de maintien de la capacité intrinsèque.



Bénédicte Garbil, Directrice associée - Lysios Public Affairs – Paris (France)

La Géroscience : réussir la transition de la rupture scientifique à l'impact sociétal

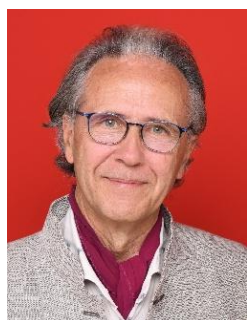
La transition démographique du vieillissement impose une mutation profonde de nos modèles de santé. Le modèle curatif dominant doit être dépassé, la prise en charge de la chronicité ne suffit plus et aucun n' imagine un système de santé viable avec 20%, 30% ou plus de sa population sous ALD. La géroscience émerge comme une réponse stratégique, en ciblant les mécanismes biologiques du vieillissement pour prévenir simultanément les pathologies liées.

En ciblant les mécanismes biologiques du vieillissement pour prévenir simultanément les pathologies liées, la géroscience est une réponse stratégique et un actif sanitaire, économique et industriel majeur pour les pays qui en disposeront.

Cependant, l'excellence scientifique ne suffit pas à passer de la découverte à la mise à disposition des innovations. La généralisation de la géroscience suppose de revoir nos cadres de régulation conçus pour évaluer l'impact d'interventions curatives et d'approches de prévention collectives car la géroscience offre les clés d'une prévention de précision agissant sur les mécanismes du vieillissement avant même l'apparition des pathologies.

Nos méthodologies d'évaluation sont inadaptées à la nature même de la géroscience. Le gold standard du critère clinique basé sur la morbi-mortalité à 20-30 ans est une impasse, car la géroscience se "rentabilise" sur des périodes plus longues. Le nécessaire changement de paradigme pour les critères et méthodologies d'évaluation n'est pas un sombre sujet de débats entre hyper-experts : c'est une condition *sine qua non* pour passer de la paille aux patients. Des cadres d'évaluation inadaptés excluraient automatiquement des innovations de rupture, décourageant ainsi les investissements privés indispensables au financement d'essais cliniques longs et coûteux.

Certes, l'équation est intimidante pour des systèmes de santé sous pression budgétaire. Mais cette tension entre dépense immédiate et économie différée ne doit pas mener à l'immobilisme. Chercheurs, cliniciens, autorités et industriels doivent s'unir dès maintenant pour refondre les cadres d'évaluation au même rythme que les travaux scientifiques. Cette anticipation est la condition pour transformer l'essai scientifique en réalité tangible pour tous les citoyens.



Professeur Eric Gilson, Institut de Recherche sur le Cancer et le Vieillessement (IRCAN) – Nice (France)

J'adopterais une approche type « One Health » visant à contrecarrer deux des grandes causes qui accélèrent le vieillissement. Le premier concerne les inégalités sociales, le second réside dans les atteintes environnementales. En réponse, je proposerais un programme territorial qui pourrait être intitulé « Bien vieillir dans un environnement sain », fondé sur trois actions : la mesure et la gestion personnalisée de l'âge biologique, prioritairement pour les populations à risque (dépistage précoce de la fragilité, biomarqueurs innovants, mesures préventives

simples et accès aux gérothérapies innovantes) ; l'environnement (réduction des îlots de chaleur, de la pollution et du manque d'espaces verts) ; et l'interface homme-écosystème (surveillance des risques infectieux et des contaminants, augmentation du temps d'exposition à la nature). De telles actions de prévention du « vieillissement pathologique » contribueraient à réduire les écarts d'espérance de vie en bonne santé entre individus.



Professeur Olivier Guérin, CHU de Nice – IRCAN – Université Côte d’Azur (UNiCA), INSERM U1081 - CNRS UMR 7284 – Nice (France)

Le vieillissement de la population rend les approches préventives indispensables afin de compléter une vision aujourd’hui encore largement centrée sur le curatif et de préserver la capacité de réponse du système de santé. Vieillir en santé et en autonomie suppose toutefois de relever plusieurs défis.

La prévention nécessite d’abord une organisation territoriale forte, fondée sur des parcours d’intervention construits collectivement par les collectivités, associations, acteurs sanitaires et sociaux, et l’État, à partir de diagnostics individualisés et fondés sur les données scientifiques.

Elle doit également garantir l’accessibilité (géographique, sociale et numérique) et favoriser l’engagement des citoyens, en ciblant prioritairement les personnes les plus éloignées du soin. Les solutions numériques en santé constituent un levier majeur pour soutenir cette dynamique.

Enfin, les parcours de prévention doivent s’articuler étroitement avec les parcours de soin afin de permettre des diagnostics précoces et une prise en charge fluide et efficace. Cela implique une évolution du système de santé, notamment vers des soins primaires pluri-professionnels territorialisés non rémunérés à l’acte.



Dominique Libault, Président Haut conseil du Financement de la Protection Sociale – Paris (France)

Si l’on souhaite permettre l’accès à une longévité en bonne santé au plus grand nombre, il faut adopter une politique populationnelle de la prévention, fondée sur un découplage entre acteurs sanitaires et sociaux sur les territoires.

Une stratégie de prévention fondée exclusivement sur l’offre peut accroître les écarts d’espérance de vie en bonne santé, il faut toucher les populations modestes et précaires, avec un enjeu finances publiques pas seulement assurance maladie et autonomie, mais aussi retraites, les perspectives d’anticipation d’années de vie en bonne santé à la retraite étant importantes dans l’appréhension du moment pour partir à la retraite.



Docteur Luis Miguel Gutiérrez Robledo – Directeur Général – Institut de Gériatrie – Mexico City (Mexique)

A mon sens cette action consiste en une approche visant à dépasser la pratique clinique conventionnelle pour engager une transformation systémique des modèles éducatifs et préventifs en matière de vieillissement en santé.

Le premier axe consiste à intégrer l’approche « parcours de vie » de l’OMS dans la formation initiale des professionnels de santé, afin d’inscrire les principes de la gérosience et de la longévité au cœur des pratiques dès le début du cursus médical et paramédical.

Le deuxième axe vise à faire évoluer le modèle de prise en charge, en passant d’une gestion réactive de la multimorbidité à une approche proactive centrée sur le maintien de la capacité intrinsèque et la préservation du capital fonctionnel tout au long du vieillissement.

Le troisième axe repose sur le déploiement du programme ICOPE comme outil longitudinal de suivi et de prévention dès l’âge mûr, afin d’orienter les pratiques cliniques vers la prévention des pertes fonctionnelles plutôt que vers le seul traitement des pathologies installées.

Dans son ensemble, cette stratégie vise à former une nouvelle génération de professionnels de santé et à construire un système de soins plus résilient, capable de promouvoir une longévité en bonne santé accessible au plus grand nombre.



Professeur Guido Kroemer - Directeur des plateformes de métabolomique et de biologie cellulaire - Gustave Roussy – Paris (France)

À ce jour, aucune avancée médicale majeure n'a permis de ralentir significativement le vieillissement biologique chez les mammifères. L'exemple de l'oncologie montre toutefois qu'un changement conceptuel profond — comme la mobilisation du système immunitaire contre les cellules tumorales — peut transformer radicalement un champ thérapeutique.

La géromédecine, centrée sur la préservation de la capacité intrinsèque et la prévention des pathologies liées à l'âge, nécessite un bouleversement comparable. La priorité doit être donnée à un investissement massif en recherche fondamentale et translationnelle afin de favoriser l'émergence de véritables percées.

En l'absence de traitement spécifique, la stratégie actuelle repose principalement sur la promotion de modes de vie favorables, avec des inégalités persistantes. Le principal frein demeure un sous-investissement chronique dans la recherche sur le vieillissement et la gérosience.



Yann Lanier, Délégué Général des Petits Frères des Pauvres – Paris (France)

La lutte contre « l'épidémie de solitude » mise en exergue en 2023 par Vivek Murthy alors administrateur général de la santé aux Etats-Unis et les conséquences délétères qu'elle produit sont un axe majeur de l'émergence d'une longévité en bonne santé. Les Petits Frères des Pauvres dans leur dernier baromètre de l'isolement social identifient 750 000 personnes de plus de soixante ans en situation de mort sociale, c'est-à-dire coupés des principaux cercles de sociabilité. Parallèlement, l'altération des liens sociaux se répand dans toutes les générations et laisse présager une diminution des compétences relationnelles individuelles et collectives. Faire de la préservation et du développement du lien social un axe central des politiques publiques permettra au-delà des aspects préventifs en matière de vieillissement en bonne santé, de favoriser un vivre ensemble de qualité, de développer la compréhension et la coopération entre les générations, d'incarner la fraternité, troisième valeur de notre République. Le soutien à l'engagement bénévole tout au long de la vie ainsi qu'à l'action des associations doit être au cœur de ce changement de paradigme.



Maëlig Le Bayon, Directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) – Paris (France)

Donner à chacun la possibilité de faire, le plus longtemps possible, ce qui est important pour lui constitue l'une des priorités de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. La prévention et la promotion de la santé sont des leviers majeurs sur lesquels nous pouvons agir ; ils sont au cœur de nos missions.

Si des progrès importants ont été réalisés ces dernières années, une étape supplémentaire peut être franchie en fédérant les acteurs du domaine, en concentrant nos efforts et nos moyens pour agir sur les principaux facteurs de risque et en fondant plus systématiquement nos interventions sur les connaissances disponibles. La prévention peut jouer un rôle déterminant dans la réduction des risques évitables. En structurant des actions précoces et ciblées, la prévention devient un véritable outil de maîtrise et d'atténuation des risques : c'est une réponse à la fois créatrice de valeur et socialement soutenable au défi inédit qui se présente à nous.

Les évolutions introduites par la loi dite « bien-vieillir » d'avril 2024 sont déterminantes : la conférence nationale de l'autonomie, le centre de ressources et de preuves, le service public

départemental de l'autonomie structurent et opérationnalisent cette ambition. Le programme ICOPE, quant à lui, offre une méthode et des outils pour une prise en charge globale, personnalisée et coordonnée : la CNSA sera pleinement investie dans son déploiement dans tous les territoires.



Raymond Le Moign – Directeur Général – Hospices Civils de Lyon – Bron (France)

En tant que Directeur général de CHU, l'action la plus structurante pour favoriser une longévité en bonne santé consiste à mettre en place des stratégies d'intervention précoce favorisant le bien vieillir et à organiser un accès équitable, précoce et coordonné à la prévention, au diagnostic et à l'innovation. Le CHU de Lyon a en particulier fait le choix de structurer une réponse hospitalo-universitaire intégrée face aux pathologies neurocognitives liées au vieillissement, en dépassant les logiques en silos. En fédérant gériatrie, neurologie, psychiatrie de la personne âgée et pharmacie clinique, il est possible de simplifier les parcours, de garantir un accès homogène aux biomarqueurs émergents et aux thérapies innovantes, et de renforcer la prévention tout au long du continuum cognitif. L'organisation d'un guichet unique d'adressage des demandes de prise en charge, puis la création de plateformes intégrées (consultations conjointes, hôpitaux de jour, télé-expertise), sont de nature à rapprocher l'expertise et le patient, soutenir les professionnels de ville et contribuer au maintien de l'autonomie, condition essentielle d'une longévité en bonne santé. À l'échelle d'un CHU, ce type de structuration est un levier puissant : il transforme l'innovation scientifique en bénéfice populationnel concret, conformément aux enseignements récents de la recherche en vieillissement qui appellent à passer d'une médecine réactive à une médecine préventive et intégrée.



Jean-François Lefebvre, Directeur Général du CHU de Toulouse – Toulouse (France)

Le CHU de Toulouse qui porte l'Institut Hospitalo-Universitaire (IHU) Health Age au travers de sa Fondation, seul IHU dédié à la longévité en santé, est de longue date en avant-garde en recherche et en soins dans cette thématique d'excellence et ainsi pour accompagner ses évolutions à l'échelle nationale et internationale.

Promoteur du programme ICOPE et de son déploiement en France avec un outil digital dédié qu'il a conçu et qu'il développe à grande échelle, avec une supervision médico-soignante permettant le suivi de plus de 120 000 personnes à l'échelle du territoire, initiateur du 1^{er} hôpital dédié à la fragilité il y a quelques années, le CHU de Toulouse est engagé dans la création de la 1^{ère} clinique universitaire de la longévité en santé.

En déclinant les avancées majeures issues des travaux de l'IHU, il s'agit de développer à partir de l'évaluation de la capacité intrinsèque, autant une offre de soins qu'une offre de prévention dédiée à longévité en santé au bénéfice de la population.

Un projet essentiel pour le plus grand nombre en faveur d'une « vie en bonne santé » que le CHU en tant qu'établissement de référence contribuera aussi à déployer auprès des acteurs de santé, établissements de santé et acteurs libéraux, comme des collectivités publiques au regard de son impact social et économique à de nombreux égards.

Enfin, le CHU de Toulouse, principal employeur en région avec 17 000 professionnels, promeut des actions de prévention directement auprès de ses équipes dans le cadre de son programme « PREVENIR – PREpourl'AVENIR ». Sensibilisés à une meilleure longévité en santé pour eux-mêmes, nos professionnels de santé, en bonne santé, seront aussi les meilleurs ambassadeurs auprès des patients et de la population générale.



David Maugé, Président du Directoire, Groupe associatif Edenis, gestionnaire d'Ehpad et Résidences Autonomie – Toulouse

Le vieillissement de la population constitue une chance inouïe pour nos sociétés, à condition de le penser comme un temps de capacités, d'engagement et de participation, et non comme un temps de renoncements.

Chez **Edenis**, association engagée depuis plus de 40 ans auprès des personnes âgées, nous sommes convaincus que l'accès du plus grand nombre à une longévité en bonne santé passe par une **prévention ancrée dans le quotidien**, bien avant l'entrée dans la dépendance. Concrètement, nous devons transformer les lieux d'accompagnement du grand âge en **véritables plateformes de prévention, de maintien de l'autonomie et de lien social**, en lien étroit avec les acteurs du territoire. Disposer de l'IHU HealthAge à Toulouse est d'ailleurs un atout considérable pour y parvenir. Cette ambition repose sur un **investissement massif dans les ressources humaines** : **former les professionnels** à la prévention et à l'approche globale de la personne, **renforcer l'attractivité** des métiers, **fidéliser** les équipes et **reconnaître** leur rôle clé dans la santé populationnelle. En associant professionnels, proches et personnes accompagnées, et en articulant médico-social, ville et hôpital, nous pouvons faire de la longévité en bonne santé une **réalité collective, humaine et durable**.



Professeur Jean-Pierre Michel - Université de Genève (Suisse) et Académie nationale de médecine – Paris (France)

L'action prioritaire mise en avant consiste à intégrer pleinement l'approche du parcours de vie dans la formation médicale et la pratique clinique. Le vieillissement étant un processus continu influencé dès les premières étapes de la vie par des facteurs biologiques, sociaux et environnementaux, il est essentiel d'agir en amont sur les déterminants modifiables de la santé afin de prévenir la fragilité, les maladies chroniques et la dépendance ultérieure. Cette vision favorise une prévention précoce, la promotion de modes de vie sains et la réduction

des inégalités tout au long de la vie.

Dans cette perspective, la priorité est donnée au développement d'une formation interdisciplinaire destinée aux professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des adultes vieillissants. Des programmes innovants et accessibles, notamment numériques, permettent une large diffusion des principes de gériatrie, de prévention et de maintien de la capacité fonctionnelle, y compris dans des pays confrontés à un vieillissement rapide et disposant de ressources limitées.

Ces initiatives renforcent les compétences cliniques et relationnelles, favorisent l'engagement en matière de prévention et améliorent la qualité des soins. En combinant l'approche du parcours de vie, la formation continue et les outils numériques, il est possible de construire, avec des moyens raisonnables, un système de santé plus équitable, orienté vers la prévention des maladies et des incapacités, et garantissant la dignité tout au long du vieillissement.



Professeur Francis Michot – Président de l'Académie Nationale de Médecine de France – Paris (France)

L'Académie nationale de médecine de France souligne son engagement en faveur de la longévité en bonne santé, l'importance stratégique du récent rapport de l'Académie consacré à cette thématique et la portée du prochain sommet, étapes clés pour structurer la réflexion et l'action autour du vieillissement en santé.

Dans cette dynamique, l'Académie a décidé de faire de la longévité en bonne santé sa Grande Cause pour l'année 2027. Cette décision traduit la volonté de placer durablement ces enjeux au cœur du débat scientifique, médical et de santé publique, afin de favoriser une mobilisation collective et de

soutenir le développement d'initiatives concrètes dans le domaine de la prévention et du vieillissement en santé.



Professeur Lefkos Middelton, Imperial College London – Londres (Royaume Uni)

Les biomarqueurs sanguins émergents sont appelés à transformer la recherche et la pratique clinique dans le champ du vieillissement et des maladies neurodégénératives liées à l'âge. Il s'agit notamment de dosages plasmatiques ciblés de protéines impliquées dans la pathologie des maladies, mais aussi d'analyses multi-omiques qui permettent de mieux comprendre l'hétérogénéité et leur étiopathogénies complexes et multifactorielle, tout en identifiant des mécanismes communs aux affections neurodégénératives.

Parallèlement, des approches combinant des études protéomiques, épigénétiques et d'imagerie avancée affinent l'évaluation de l'âge biologique des organes et des systèmes, en complément de l'âge chronologique. Associées aux outils d'analyse fondés sur l'intelligence artificielle, ces méthodes contribuent à une meilleure compréhension des mécanismes du vieillissement, des maladies liées à l'âge, mais aussi de la résilience et du maintien de la capacité intrinsèque.

Leur intégration progressive dans la pratique médicale traduit une évolution vers une médecine plus personnalisée, fondée sur les données. L'objectif est d'articuler des stratégies de prévention personnalisées, (activité physique, nutrition, mode de vie) avec des approches thérapeutiques combinées, afin de préserver la capacité intrinsèque, de favoriser un vieillissement en bonne santé et de prévenir les maladies ; et cela en fonction du profil de risque de chaque patient.

Des travaux d'évaluation médico-économique sont en cours. Toutefois, les inégalités sociales et socio-économiques demeurent un enjeu majeur pour garantir un accès équitable à ces innovations.



Professeur Arnold Munnich, Président du Conseil Scientifique de France Assurance – Paris (France)

Pour spectaculaires que soient les progrès de la recherche, prévenir sera toujours plus facile, moins cher pour la société que guérir. Comment faire comprendre au plus grand nombre d'entre nous que la prévention a sa place à tous les âges de la vie ? Avant la conception par la vaccination des futures mamans et le dépistage des couples à risque de transmettre des maladies qu'on sait reconnaître mais pas soigner. A l'école par la mise en garde des enfants contre les conduites à risques. A l'âge adulte par la généralisation des bilans de santé au travail proposés par paliers de risques individuels croissants selon les antécédents familiaux de chacun. Au moment de la retraite, par le repérage des premiers signes de fragilités. Si le Plan Alzheimer nous a appris une chose, c'est bien la réversibilité de la perte d'autonomie aux premiers stades de celle-ci. Il faut donc expliquer pour convaincre, emporter l'adhésion par tous les moyens possibles. Rien de plus difficile quand la désinformation et les rumeurs complotistes battent leur plein. Quand la parole des sachants ne pèse pas plus lourd qu'un tweet dans les réseaux sociaux. Il faudra pour réussir mobiliser les « influenceurs » et tous les vecteurs de communication. L'action la plus efficace sera une affaire de communicants.



Professeur Fati Nourhashemi, Présidente de la CME, CHU de Toulouse – Toulouse (France)

À l'heure actuelle, l'essentiel de la longévité en bonne santé ne dépend ni de technologies de pointe ni de traitements coûteux, mais de déterminants modifiables, connus, validés scientifiquement et pourtant insuffisamment appliqués. Il convient donc de revoir nos organisations afin de mettre en place une prévention intégrée, continue et accessible, centrée sur les comportements de santé tout au long de la vie, tout en veillant à ne pas creuser les inégalités de santé.

Tout d'abord, la formation des acteurs doit s'organiser autour d'un enseignement pluriprofessionnel dès la formation initiale, permettant ainsi l'intégration d'un apprentissage en équipe et en interaction dès les bancs de l'université.

Ensuite, pour garantir une égalité d'accès à la longévité en bonne santé, quel que soit le lieu de vie, une logique de santé publique de terrain s'impose. Dans une perspective à court et moyen terme, et dans le contexte économique actuel, une réorganisation en « centres d'expertise » peut constituer une réponse pragmatique.

À ce titre, l'échelon des communes ou des agglomérations représente un levier stratégique et tout autant opérationnel adapté. Chaque centre d'expertise pourrait être identifié comme référent des municipalités de son territoire. Ces dernières disposent généralement d'une connaissance fine des caractéristiques de leurs populations et des professionnels qui y exercent. Elles bénéficient également d'une proximité avec les habitants et portent les politiques territoriales et environnementales, dans une logique dite « One Health ». La santé publique peut ainsi devenir concrète à cette échelle.

Les centres d'expertise proposeraient ainsi les orientations et les actions fondées sur les données scientifiques pour un territoire élargi donné, tandis que les municipalités ou les communautés d'agglomérations les adapteraient aux spécificités locales. Les données territoriales permettraient d'en assurer le suivi et l'évaluation. Il s'agirait ainsi de construire un partenariat structuré, mutuel et durable, tout en maintenant un cadre national minimal afin d'éviter l'aggravation des inégalités, dans une logique constante de coût-efficacité.



Valérie Nuwendam Maréchal, Head Resi&Care, gérant de fonds d'investissement en immobilier de santé - Swiss Life Asset Managers France – Paris (France)

Le groupe d'Assurance de personnes auquel nous appartenons est naturellement concerné par les enjeux liés à la longévité en bonne santé, notamment en raison de l'équilibre économique entre la durée des prestations, leur montant et la détermination des primes d'assurance.

Depuis huit ans, notre filiale spécialisée en Asset Management investit dans des solutions d'habitat dédié aux seniors (résidences services, habitat partagé et co-living seniors). Elle considère cet investissement comme porteur d'un impact social majeur : offrir aux résidents un cadre de vie sécurisé, intégré au cœur de la ville, favorisant le lien social et l'aide personnalisée dans un habitat neuf, sobre énergétiquement et conçu pour faciliter l'accès et les déplacements.

Investir dans l'immobilier pour seniors reflète depuis toujours notre volonté d'accompagner le "bien vieillir". Participer à ce sommet, constitue pour nous une nouvelle étape dans le renforcement de la proximité que nous souhaitons instaurer avec nos partenaires opérateurs, au delà d'un simple propriétaire des murs.

A l'occasion de la signature des baux ou dans le dialogue régulier que nous entretenons avec nos opérateurs, nous souhaiterions pouvoir désormais leur proposer la mise en œuvre du programme Icope afin que chaque résident puisse bénéficier d'un accompagnement préventif, bienveillant et favorisant l'autonomie. Avec un tel programme la vieillesse ne doit plus se vivre comme le temps des renoncements mais comme celui des choix dans la prise en charge de sa vie.



Núria Perez Cullel, Directrice Médicale et Relation Patient/Consommateur, Laboratoires Pierre Fabre – Boulogne (France)

Accompagner les patients à chaque étape de leur vie est au cœur de l'engagement des Laboratoires Pierre Fabre. Nous sommes convaincus que bien accompagner le vieillissement suppose d'en comprendre les mécanismes, à l'échelle de la population comme de l'individu.

En dermatologie, les données de l'étude internationale ALL estiment qu'en 2040, 340 millions de personnes de plus de 65 ans présenteront une pathologie cutanée, soit 120 millions de plus qu'aujourd'hui. Grâce

aux 3 millions de données recueillies et au programme SKIN PREDICT, nous développons des modèles prédictifs pour anticiper l'évolution des dermatoses et mieux répondre aux besoins des patients âgés.

En urologie, les troubles du bas appareil urinaire, très fréquents avec l'âge, altèrent la vitalité et l'autonomie, deux piliers du vieillissement en bonne santé. À travers notre soutien au projet Inspire T, nous visons à approfondir la compréhension de ces mécanismes jusqu'à l'identification de biomarqueurs permettant une détection plus précoce.

Qu'il s'agisse de peau ou de fonction urinaire, notre ambition est la même : s'appuyer sur des données épidémiologiques et des projets de recherche pour anticiper les besoins, favoriser un dépistage précoce et proposer une prise en charge personnalisée préservant santé et qualité de vie.



Dominique Pon, Directeur Général de La Poste Santé et Autonomie – Paris (France)

La Poste n'est pas un centre de santé, mais grâce à son réseau humain de proximité, qui bénéficie d'une très bonne relation de confiance avec la population, et ses compétences numériques, elle contribue efficacement à la diffusion de programmes de santé publique, à l'accès aux soins et au fonctionnement des structures de santé. Concernant l'accès en longévité pour le plus grand nombre, La Poste intervient pour plusieurs enjeux :

1. La prise de conscience de la population de l'enjeu de la prévention pour rester en bonne santé avec l'âge, avec le maintien des capacités

intrinsèques et des fonctions.

Nous le faisons déjà efficacement avec notre participation au programme ICOPE, avec des retours d'expérience probants. Nous mobilisons notre réseau humain de proximité pour « aller vers » les populations vulnérables, isolées, que personne ne voit, afin de repérer leurs fragilités (Step 1) et les intégrer dans une filière de prise en charge à laquelle elles échappent.

2. S'assurer que des plans personnalisés de prise en charge sont bien partagés entre professionnels de santé et suivis dans leur exécution.

Le repérage des fragilités est complété par la mise à disposition des professionnels de santé et médicosociaux d'outils numériques de parcours que La Poste a développé pour divers pathologies, connectés aux SI régionaux, que nous pouvons augmenter avec l'IA, afin de proposer et suivre des plans personnalisés de prévention et de prise en charge.

3. Inscrire les programmes de prévention et de prise en charge dans des projets territoriaux de santé.

Il est capital pour accompagner le bien vieillir d'agir sur toutes ces composantes et réussir à mobiliser toutes les parties prenantes de la prise en charge sanitaire, médicosociale et territoriales. La Poste est un acteur des territoires, en lien avec toutes ces organisations et elle agit souvent comme un « catalyseur », en participant à des consortiums autour de projets de prévention et de santé publique.



Laurence Quemeneur, Scientific Research Leader, Sanofi Vaccins – Lyon (France)

La prévention est un levier essentiel pour transformer l'allongement de l'espérance de vie en années vécues en bonne santé. Avec l'âge, l'immunosénescence accroît la vulnérabilité aux infections et à leurs complications. Certaines infections fréquentes chez les personnes âgées, comme la grippe, les infections à pneumocoque, la COVID-19, le virus respiratoire syncytial (VRS) et le zona, ne se limitent pas à une atteinte aiguë ; elles peuvent déclencher une inflammation systémique et augmenter le risque d'événements cardiovasculaires et, chez les personnes fragiles, contribuer à une perte d'autonomie fonctionnelle et à un déclin cognitif. Des études récentes indiquent que des vaccins contre ces pathogènes réduisent non seulement le risque d'infection aiguë, mais aussi une partie de ces complications, notamment cardiovasculaires. La vaccination constitue donc l'un des moyens les plus simples et les plus efficaces pour réduire le risque d'infections graves et soutenir la résilience immunitaire au cours du vieillissement. En complément des approches nutritionnelles, de l'activité physique et de la prise en charge des maladies chroniques, la vaccination doit ainsi être un pilier des stratégies de vieillissement en bonne santé, soutenu par une mobilisation coordonnée des professionnels de santé, des institutions et des décideurs pour améliorer l'information et l'accès aux vaccins et ainsi atteindre une couverture vaccinale optimale.



Pierre Ricordeau, Inspecteur Général des affaires sociales, IGAS – Paris (France)

Nous sommes face à un triple défi : prise de conscience de l'enjeu et des opportunités qu'il représente, montée en puissance de la détection et de la prévention, organisation de nos systèmes de santé mais au-delà de tous nos systèmes sociaux. L'inspection générale des affaires sociales apporte des éléments pour faire face à ces défis par son travail d'évaluation des politiques publiques et des organisations, ses recommandations et son appui à leur mise en œuvre par les administrations de la sphère sanitaire et sociale. Aujourd'hui la priorité devrait être d'informer la population et de diffuser la logique de prévention bien au-delà du cercle des personnes les plus éduquées qui y est souvent le plus sensible. IL faut transformer et diversifier les modalités d'action des politiques publiques dans ce domaine afin de toucher toute la population dans une logique d'aller-vers pour que la prévention ne soit pas un facteur d'accroissement des inégalités. Il faut enfin mobiliser tous les acteurs du système de santé mais aussi toutes les institutions publiques et privées autour de la prévention. Cela peut se faire notamment sur une base territoriale avec les collectivités, les entreprises ou la société civile. Comme pour le climat, pourquoi pas des COP territoriales du vieillissement en bonne santé ?



Professeur Yves Rolland, IHU HealthAge – Toulouse (France)

Le vieillissement en bonne santé nécessite une stratégie combinant la formation de la population dès le plus jeune âge et la formation continue renforcée des soignants sur la longévité en bonne santé. Cette acculturation — éducation à l'activité physique, à la vaccination et à la prévention des maladies chroniques et des cancers — doit devenir une norme sociale pour créer une attente citoyenne et faciliter l'adhésion aux parcours préventifs. Le parcours de soins, en établissement de soins comme en médecine de ville, devrait inclure systématiquement une démarche préventive ciblée sur l'activité physique, la nutrition, la vaccination et le dépistage/prise en charge des facteurs de risque. Concrètement, introduire des indicateurs qualités incitatifs dans les lieux de soins — par exemple l'implémentation de ICOPE pour les personnes de plus de 60 ans à l'hôpital, la lutte contre la dépendance iatrogène ou d'autres démarche préventives comme le dépistage

de cancers, permettrait de compléter les pratiques actuellement centrées sur les maladies, vers des actions de prévention actuellement délaissées.

Parallèlement, un axe de recherche transdisciplinaire en gérosceince doit être soutenu pour valider des biomarqueurs du vieillissement qui ouvriront la voie vers des interventions personnalisées et ciblées pour les personnes à risques. L'utilisation future de ces biomarqueurs du vieillissement permettra d'identifier les sujets les plus susceptibles de bénéficier d'interventions personnalisées, comme le recours à des gérothérapies, optimisant ainsi l'efficience des politiques de santé.



Professeuse Nathalie Salles, Présidente de la CME, CHU de Bordeaux – Bordeaux (France)

La prévention du vieillissement en santé vise à augmenter l'espérance de vie sans incapacité, en permettant aux personnes de vieillir en santé et sans incapacités. La dépendance est le plus souvent liée aux maladies chroniques, dont l'apparition ou l'aggravation avec l'âge nécessite un dépistage précoce, un suivi régulier et une prise en soin structurée.

Aujourd'hui, le suivi des maladies chroniques reste un point faible, les soins primaires n'étant pas toujours équipés, et les spécialistes ne pouvant pas couvrir largement la population. Pour garantir un accès équitable aux soins, la réflexion devrait être concertée, pluriprofessionnelle et coordonnée, en cassant les silos entre ville, hôpital et médico-social.

Un programme structuré de dépistage et de suivi personnalisé pourrait combiner plusieurs leviers :

- Dépistage systématique des pathologies fréquentes (hypertension, diabète, fibrillation atriale etc. afin de prévenir les complications cardiovasculaires et neurodégénératives).
- Suivi régulier et coordonné reposant sur les soins primaires, les IPA et la télésurveillance, pour garantir la continuité des soins et intervenir rapidement en cas de décompensation.
- Concertation pluriprofessionnelle et parcours coordonné entre médecins, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes et acteurs du médico-social, pour anticiper les fragilités et casser les silos entre ville, hôpital et médico-social
- Utilisation des outils numériques pour collecter les données de santé et détecter précocement les signes d'alerte, comme une chute, une dénutrition ou une perte de mobilité.
- Intégration des enseignements des expérimentations de l'article 51, qui montrent l'efficacité de nouvelles organisations ville-hôpital et numériques en santé.

La mobilisation conjointe de ces leviers permettrait d'améliorer significativement le suivi des maladies chroniques, de prévenir la dépendance, d'éviter des hospitalisations évitables et d'assurer un parcours de soins fluide et coordonné, garantissant ainsi à tous une longévité en bonne santé.



Professeur Didier Samuel, Président-directeur général de l'Inserm – Paris (France)

La longévité est autant liée à notre capacité à soigner les maladies qu'à les prévenir ; sur ces deux dimensions capitales, le traitement et la prévention, la recherche biomédicale est à l'œuvre, comme sur le reste des champs de la recherche, du fondamental au patient. J'ai la conviction qu'il ne peut y avoir de bonne médecine sans une recherche d'excellence.

Ainsi, depuis sa création en 1964, l'Inserm a pour mission de répondre aux attentes et aux enjeux en matière de recherche en santé engendrés par les bouleversements sociétaux, environnementaux et sanitaires. Conformément à sa devise « La science pour la santé », l'Institut national de la santé et de la recherche médicale agit avec détermination et innove pour améliorer la santé de toutes et tous. Acteur de référence dans le domaine de la recherche médicale en France en Europe et dans le monde, l'Inserm est convaincu que l'audace, l'efficacité et l'innovation sont les moteurs de l'excellence de la recherche pour repousser les frontières du savoir et relever les défis de santé actuels. En ce sens la compréhension des mécanismes du vieillissement, l'identification de cibles thérapeutiques, la mise en route de stratégies de prévention et de traitements en y associant une approche en sciences humaines et sociales seront des axes majeurs de la démarche scientifique de l'Inserm en faveur de la longévité en bonne santé.



Docteur François Sarkozy – Président - FSNB Health & Care – Paris (France)

Il apparaît essentiel de promouvoir une stratégie structurée autour de trois axes complémentaires afin de favoriser une longévité en bonne santé par la prévention, la sensibilisation et la mobilisation collective et individuelle. Le premier axe repose sur la diffusion des connaissances scientifiques auprès du grand public à travers la publication d'ouvrages de vulgarisation consacrés au vieillissement. Cette démarche vise à améliorer la compréhension des enjeux liés à l'âge et à encourager une responsabilisation individuelle en matière de prévention. Le deuxième axe concerne le développement de programmes territoriaux de prévention, associés à l'organisation et à la participation à des colloques et conférences dédiés à la longévité et à la prévention. Ces programmes s'articulent autour de deux piliers : un pilier d'information, fondé sur des événements destinés aux professionnels de santé et au grand public avec la participation d'experts locaux et nationaux, et un pilier d'actions de prévention concrètes (vaccination, dépistage de l'obésité, du risque cardiovasculaire, de l'isolement ou de la perte d'autonomie), mobilisant l'ensemble de l'écosystème local. Le troisième axe consiste en la création d'une alliance dédiée à l'immunisation et à la prévention des infections, destinée à sensibiliser les décideurs publics et l'ensemble des acteurs de santé à l'importance de ces leviers dans la prévention du vieillissement pathologique. Cette initiative s'inscrit dans une dynamique collaborative associant professionnels de santé, institutions et associations de patients. Dans son ensemble, cette approche vise à renforcer la culture de prévention, à faciliter l'accès à l'information scientifique et à coordonner des actions concrètes permettant une longévité en bonne santé accessible au plus grand nombre.



Professeur Umberto Simeoni – Université de Lausanne (Suisse) et Président de l'Institut Danone France

Une première priorité est de renforcer une approche « vie entière » (*life course*) de la prévention des pertes de capacité liées au vieillissement et aux maladies chroniques. L'exposome, la nutrition, les modes de vie et les expositions environnementales influencent durablement les trajectoires de santé, dès les périodes clés que sont le développement, l'enfance, la puberté, la grossesse ou encore la périménopause. Ces déterminants, pouvant avoir des effets transgénérationnels, justifient des politiques de prévention précoce, comme celles déjà encouragées par l'OMS et illustrées en France par la stratégie des 1000 premiers jours.

Une deuxième proposition consiste à promouvoir une approche genrée de la prévention, afin de mieux prendre en compte les spécificités biologiques, hormonales et épigénétiques qui

influencent différemment le risque de maladies chroniques, la sénescence et la longévité chez les femmes et les hommes.

Enfin, il apparaît nécessaire d'engager une réflexion éthique sur la perspective d'une longévité humaine accrue. Celle-ci doit permettre d'anticiper les transformations sociales et d'adapter les systèmes de santé et de solidarité, en garantissant un accès aux soins qui ne soit plus fondé uniquement sur l'âge chronologique.



Sébastien Thuault, Rédacteur en Chef, *Nature Aging* – New York, NY (USA)

En tant que rédacteur en chef de *Nature Aging*, mon rôle est de comprendre et d'identifier les avancées majeures en recherche sur le vieillissement et la longévité, et, avec mon équipe, de sélectionner pour publication certaines de ces études. Grâce à une évaluation par comité de lecture rigoureuse, nous veillons à ce que ces travaux répondent aux plus hauts standards de qualité scientifique et de reproductibilité. Ces recherches contribuent à constituer une base de connaissances essentielle pour développer, à terme, des approches cliniques favorisant

un vieillissement en bonne santé pour tous, ainsi que des programmes de soins et de société qui répondent aux attentes des personnes âgées.

La gérosience, qui repose sur l'idée que le vieillissement biologique est un facteur de risque majeur pour de nombreuses maladies chroniques, et qu'il est possible d'agir sur ce processus pour retarder ou réduire l'apparition de ces maladies, est au cœur de la mission du journal. Grâce à un impact majeur sur la santé publique, ces découvertes contribueront à une société plus résiliente et durable dans le contexte du vieillissement démographique global.

Au-delà des articles de recherche, *Nature Aging* publie également des textes de réflexion et d'opinion qui permettent de diffuser de nouvelles idées et d'orienter les débats. Grâce à sa forte visibilité, la revue contribue non seulement à faire rayonner la recherche à l'international, mais aussi à informer les orientations futures de la recherche, les décideurs politiques, et les organisations non gouvernementales ainsi que le grand public.

Dans le cadre de mes fonctions, je peux contribuer à promouvoir la longévité en bonne santé en continuant à soutenir ces efforts de recherche et en veillant à ce que la revue demeure un vecteur reconnu et visible pour la diffusion des travaux sur le vieillissement et la longévité.



Docteur Katrien van Laere, SVP R&I, SVP R&I, Directrice Scientifique et Médical de Danone – Paris (France)

Avec l'avancée en âge, le microbiote intestinal devient moins diversifié et moins résilient, ce qui contribue à une diminution de l'immunité, de l'équilibre métabolique et de la capacité intrinsèque. La vision de Danone en matière de longévité et de vieillissement en bonne santé commence ici : tirer parti de notre expertise et de notre héritage uniques dans les domaines de la santé intestinale, des biotiques et de la fermentation pour lutter contre les changements liés à l'âge. Nos solutions nutritionnelles fondées sur la science soutiennent l'axe intestin-immunité dès le plus jeune âge et jusqu'à un âge avancé, jetant ainsi les bases d'une bonne

santé à long terme. Les technologies Danone s'appuient sur une compréhension approfondie des expériences des consommateurs pour personnaliser la prévention, par exemple grâce à des outils de santé de précision tels que des horloges biologiques de vieillissement basées sur l'IA qui favorisent des choix sains. En tant que contributeur actif à IHU Health Age et ICOPE, Danone participe activement à l'élaboration de stratégies nationales pour un vieillissement en bonne santé en France. En combinant innovation, partenariats et impact sur la santé publique, nous voulons aider davantage de personnes à rester en forme et à vivre plus longtemps et en meilleure santé.



Marina Vasiliou, Présidente Directrice Générale – Biogen France – Puteaux (France)

Pour la première fois dans l'histoire de la maladie d'Alzheimer, plusieurs essais cliniques portant sur des traitements médicamenteux immunologiques qui ciblent les dépôts de protéines bêta-amyloïde qui se forment dans le cerveau et sont caractéristiques de la maladie d'Alzheimer se sont révélés positifs au cours des dernières années.

Ces traitements ralentissent la progression de la maladie à un stade précoce. Ces premières solutions thérapeutiques sont désormais disponibles en Europe et dans le monde, et de nouvelles innovations thérapeutiques avec de nouveaux mécanismes d'action, comme ceux ciblant la protéine Tau, sont attendues demain. Alors que la recherche et l'innovation avancent, il apparaît aussi important d'adapter le système de santé pour améliorer le diagnostic précoce, notamment à travers les centres mémoire, de renforcer les connaissances sur cette pathologie complexe grâce au recueil de données et à la Banque Nationale Alzheimer, de favoriser la reconnaissance, le financement et le déploiement des innovations, du diagnostic aux solutions thérapeutiques.

En s'appuyant sur les forces du système de santé français et sur la nouvelle stratégie nationale Maladies Neurodégénératives, accompagnée de ressources adéquates, il est possible de faire de la France un leader européen pour relever les enjeux liés à la maladie d'Alzheimer et ainsi favoriser l'accès du plus grand nombre à une longévité en bonne santé



Professeur Bruno Vellas – Président et Fondateur - IHU HealthAge – Toulouse (France)

Le programme de l'IHU HealthAge est articulé autour de sept piliers. Le premier pilier vise l'implémentation du programme ICOPE de l'OMS en France, avec des outils digitaux et des formations déjà opérationnels, permettant le suivi de plus de 120 000 personnes. Le deuxième pilier concerne le développement de cohortes longitudinales Inspire chez l'homme et sur des modèles animaux afin de mieux définir l'âge biologique. Le troisième pilier porte sur des études mécanistiques du vieillissement cellulaire (cellules adipocytaires, cellules T, mitochondries, exocrines). Le quatrième pilier consiste en un essai randomisé du programme ICOPE chez 1 000 personnes sur 6 ans pour évaluer son impact fonctionnel, économique et la validation de biomarqueurs. Le cinquième pilier vise la mise en place d'essais cliniques randomisés contre placebo pour valider des géroprotecteurs, notamment dans le cadre du programme XPRIZE. Le sixième pilier cherche à structurer une approche clinique de la longévité en santé, via une clinique universitaire dédiée associant soins et recherche en vie réelle. Enfin, le septième pilier repose sur l'open access des données afin de permettre aux chercheurs du monde entier d'accélérer les découvertes et de favoriser un accès élargi à la longévité en bonne santé.



Eric Verdin, Président et chief executive officer, the Buck Institute for Research on Aging -Novato, CA (USA)

Aujourd'hui, le principal frein à une médecine véritablement préventive est l'absence de biomarqueurs prédictifs robustes, capables de détecter précocement les trajectoires de vieillissement avant l'apparition des maladies.

Le développement et la validation de ces marqueurs — notamment de l'immunité, du métabolisme et de la résilience physiologique — constituent une étape limitante majeure pour changer la pratique médicale.

Sans ces outils, nous restons dans une médecine réactive, centrée sur le traitement plutôt que sur l'anticipation.

Le mouvement de la longévité redonne aujourd'hui toute sa force au concept de médecine P4 avance il y a maintenant 20 ans par mon collègue Lee Hood. Ce concept de médecine P4 devient aujourd'hui le socle de la médecine du futur. Cette médecine sera:

- Prédictive : grâce aux biomarqueurs, identifier les risques bien avant les symptômes.
- Préventive : intervenir tôt par des stratégies validées sur le mode de vie et l'environnement.
- Personnalisée : adapter ces interventions au profil biologique et aux trajectoires individuelles.
- Participative : engager activement chaque individu dans la gestion de sa santé, en s'appuyant sur des données compréhensibles et actionnables.

C'est en intégrant ces quatre dimensions, à grande échelle, que nous pourrons enfin transformer la médecine, passer d'un modèle de maladie à un modèle de santé, et démocratiser l'accès à une longévité en bonne santé.



Renaud Villard, Directeur Général, Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) – Paris (France)

Les caisses de retraite ont un lien mécanique avec les citoyens au moment de leur passage à la retraite. Elles sont donc en mesure de systématiser à ce moment clé du parcours de vie une information et sensibilisation sur le programme ICOPE avec une forte incitation au téléchargement et réalisation de l'autoévaluation régulière tous les 6 mois. Cette information pourrait trouver naturellement sa place dans le "guide du retraité", document papier qui est envoyé systématiquement à tout nouveau retraité lu et conservé (750 000 envois par an).

Pour compléter cette information, les caisses de retraite sont en mesure de proposer des ateliers « Bienvenue à la retraite » à une cible prioritaire de futurs et nouveaux retraités sur la base des données dont elles disposent (données socio-économiques et données de carrière). Cet atelier, adressé à des groupes de 10/12 assurés sociaux, repose sur un référentiel national, qui couvre les thématiques suivantes :

- Démarches administratives et financières pour connaître ses droits à la retraite et droits sociaux, gérer son budget, ses ressources
- Envies, projets, tempo : penser et trouver sa place, son rythme dans cette nouvelle étape de vie
- Prendre soin de soi pour préserver sa santé et garantir son bien-être : comprendre pourquoi et comment devenir acteur de son bien-vieillir (avec un temps dédié au programme ICOPE)

Basé sur le pouvoir d'agir, cet accompagnement propose une approche positive et globale de la prévention couvrant l'accès aux droits, la vie sociale et la santé.

ANNEXE 1

Notes du sommet

Programme du matin

9h30 — Introduction

Animateurs : Francis Michot, Président ANM | Christian Boitard, Secrétaire Perpétuel ANM

Francis Michot a ouvert le Sommet en posant un constat fondamental : si la longévité en France est de bon niveau — supérieure à la moyenne européenne — l'espérance de vie en bonne santé accuse, elle, un décrochage préoccupant par rapport à cette même moyenne. Ce décalage interroge directement notre système de santé, organisé autour de la production de soins curatifs plutôt que de la préservation de la santé. Nous attendons que les gens soient malades pour intervenir, alors que 83 % des déterminants de santé relèvent de domaines que le système médical prend encore insuffisamment en charge.

Il a souligné que moins de 5 % du budget global de la santé est aujourd'hui consacré à la prévention, et plaidé pour une transformation profonde : passer d'un système centré sur le soin à un système centré sur la santé. L'Académie Nationale de Médecine s'est engagée dans cette direction depuis plusieurs mois, notamment à travers ses travaux sur la prévention et la recherche, et sa participation à la mission ministérielle sur la politique de recherche nationale.

9h35 — Sommet de la Longévité 2026

Intervenants : Bruno Vellas, Président Fondateur IHU HealthAge | Jean-François Lefebvre, Directeur Général du CHU de Toulouse | Camille Galliard-Minier, Ministre de l'Autonomie et des Personnes handicapées

Les allocutions d'ouverture ont permis de dégager les lignes directrices du Sommet, articulées autour de trois priorités convergentes.

Changer de paradigme

Il s'agit de passer d'un système médical curatif à un système centré sur le maintien des fonctions, permettant à chacun de continuer à faire ce qui compte pour lui. Ce changement de perspective suppose de placer la personne — et non la maladie — au cœur du dispositif.

Biologie du vieillissement et capacité intrinsèque

Les travaux menés à partir du concept de capacité intrinsèque éclairent la biologie du vieillissement. On observe une hétérogénéité fonctionnelle dès le début de l'âge adulte, avec une accélération significative vers 70 ans. La fenêtre d'intervention prioritaire se situe entre 40 et 70 ans, ce qui confirme que le vieillissement en santé se construit tout au long de la vie.

Trois priorités concrètes

- Le déploiement à l'échelle nationale d'ICOPE, avec un objectif atteignable de 2 millions de personnes accompagnées.

- La gérosceience comme axe majeur de recherche, avec la validation des biomarqueurs du vieillissement comme priorité scientifique nationale et européenne et la création de clinique universitaire de la longévité (CHU de Toulouse).
- Une prévention universelle, accessible à tous, luttant contre l'âgisme et l'isolement social.

9h50 — Longévité et santé : où en est vraiment la science ?

Animateurs : Bruno Vellas, ANM, IHU HealthAge | Sylvie Bonin-Guillaume, Présidente SFG, Marseille

État des connaissances : John Beard, International Longevity Center, Columbia University, New York, États-Unis

Table ronde : Lefkos Middleton, AGE Research Unit, Imperial College London, Royaume-Uni | Eric Verdin, CEO, Buck Institute, Novato, CA, États-Unis | Marina Vasiliou, Présidente Directrice Générale, Biogen France, Paris

Allocution d'ouverture — Ministre Camille Galliard-Minier

En ouvrant le Sommet, la ministre Galliard-Minier a appelé à un changement fondamental dans la façon dont la société perçoit le vieillissement de la population : non pas comme un fardeau, mais comme une chance collective. Elle a rappelé que la perte d'autonomie s'installe généralement 10 à 20 ans avant de devenir cliniquement visible, et que c'est précisément dans cette fenêtre que l'action publique doit se concentrer. La prévention, a-t-elle souligné, n'est plus une option mais une responsabilité de l'État.

Elle a mis en avant le rôle de **France Autonomie** dans la construction de réponses centrées sur la personne, permettant aux personnes âgées de choisir leur lieu de vie, leurs activités et leurs engagements sociaux. Elle a salué le travail pionnier de l'**IHU HealthAge** et du Professeur Vellas, qui ont permis à la France de prendre une avance significative en Europe. Elle a annoncé que la généralisation du **programme ICOPE** à 2 millions de personnes constitue une priorité de son ministère, à déployer via la médecine de ville, les pharmacies et les établissements médico-sociaux.

Dr. John Beard — International Longevity Center, Columbia University, New York

Le Dr. Beard a présenté les résultats d'analyses issues de vastes études longitudinales menées en Europe et aux États-Unis — notamment **SHARE**, **HRS** et **ELSA** — portant sur l'évolution de la capacité intrinsèque au fil des générations. Ce concept, développé par l'OMS, regroupe cinq sous-domaines essentiels : les capacités cognitive, locomotrice, sensorielle et psychologique, ainsi que la vitalité.

Parmi les principaux enseignements de ces études :

- Si le déclin de la capacité intrinsèque est inévitable avec l'âge, il est profondément **hétérogène** — variant considérablement d'un individu à l'autre, d'un pays à l'autre et d'une génération à l'autre.
- Les pays du Nord de l'Europe (Luxembourg, Suisse, Danemark, Suède) affichent des résultats nettement supérieurs à ceux du Sud et de l'Est, reflétant davantage les **conditions sociales et environnementales** que des différences génétiques.
- Les analyses intergénérationnelles montrent que les personnes âgées d'aujourd'hui jouissent d'une bien meilleure santé fonctionnelle que les générations précédentes au même âge — résumé par la formule : « **70 ans est vraiment le nouveau 60 ans** » — une amélioration attribuée principalement aux progrès de l'éducation, de la nutrition et de l'assainissement au XXe siècle.
- Ces gains semblent toutefois **atteindre leurs limites dans les pays du Nord**, tandis que les inégalités socioéconomiques continuent de se creuser.

Le Dr. Beard a plaidé pour un changement de paradigme radical : plutôt que de traiter les maladies une fois déclarées, la convergence de la **géroscience, de la biologie du vieillissement et de l'intelligence artificielle** permettra bientôt d'intervenir en amont — en modifiant les trajectoires de déclin bien avant l'apparition des pathologies chroniques.

Dr. Eric Verdin — CEO, Buck Institute, Novato, CA

Le Dr. Verdin a centré son intervention sur l'importance croissante des **biomarqueurs du vieillissement**. Il a rappelé qu'il y a encore quelques années, le vieillissement était considéré comme un facteur de risque non modifiable et qu'aucun biomarqueur fiable n'existait. Nous faisons aujourd'hui face à la situation inverse : une prolifération d'« **aging clocks** » qu'il devient indispensable de consolider et de hiérarchiser.

Il a souligné le décalage entre la pratique médicale actuelle — reposant sur quelques marqueurs biologiques annuels (glycémie, hémoglobine, acide urique) — et ce que la science permet désormais de mesurer. Il a observé que **nous disposons de plus de données sur notre voiture que sur notre propre corps**, conduisant ainsi notre santé à l'aveugle.

Au Buck Institute, l'équipe intègre les données issues des **objets connectés** pour bâtir une médecine résolument fondée sur les données, avec l'objectif de développer des biomarqueurs capables d'identifier — jusqu'à **15 ans à l'avance** — les patients à très haut risque d'événements cardiovasculaires ou d'autres pathologies liées au vieillissement. Son message central : **nous ne pouvons pas modifier ce que nous ne sommes pas capables de mesurer.**

Pr. Lefkos Middleton — AGE Research Unit, School of Public Health, Imperial College London

Le Pr. Middleton a abordé le lien entre biologie du vieillissement et maladies neurodégénératives, retraçant les progrès diagnostiques accomplis ces huit dernières années dans la maladie d'Alzheimer : du diagnostic post-mortem, aux premiers critères diagnostiques *in vivo* NIA/AA publiés en 2018, en passant par les premiers résultats positifs des anticorps monoclonaux, jusqu'à l'émergence des biomarqueurs sanguins du cadre ATN (Amyloïde-Tau-Neurodégénérescence).

Il a souligné la nature profondément multifactorielle du vieillissement et des maladies liées à l'âge, telles que la maladie d'Alzheimer et les maladies neurodégénératives apparentées. L'émergence récente de plateformes multi-analytiques, telles que les panels « dégénérescence » et « inflammation » d'Alamar Nulisa et les analyses protéomiques à grande échelle (11 000 protéines), transforme le domaine. Ces outils permettent de passer des marqueurs de pathologie, tels que l'amyloïde et la tau dans le cas de la maladie d'Alzheimer, à l'exploration de multiples mécanismes biologiques, ouvrant la voie à une caractérisation individuelle granulaire et approfondie. Cette approche constitue le fondement d'un modèle de médecine de précision dans la maladie d'Alzheimer et les autres maladies du vieillissement, ainsi qu'une meilleure compréhension des facteurs et marqueurs du « vieillissement en bonne santé »

Dans 5 à 10 ans, la prévention sera fondée sur les facteurs de risque biologiques individuels, processus inflammatoires, risques métaboliques et cardiovasculaires, et les comorbidités propres à chaque individu, et la thérapie combinée définira l'avenir de la prévention des maladies neurodégénératives.

Marina Vasiliou — Présidente Directrice Générale, Biogen France, Paris

Mme Vasiliou a mis en lumière une étape historique : pour la première fois, un traitement démontre un impact sur la **pathologie liée à la protéine Tau et sur le déclin cognitif** dans la maladie d'Alzheimer.

Elle a souligné que la médecine de précision exige une **recherche de précision**. Les modèles d'essais cliniques actuels — conçus pour isoler l'effet d'un seul médicament — sont inadaptés à une maladie aussi multifactorielle et hétérogène. Adopter de nouvelles approches pour cibler les populations de patients est essentiel pour les avancées thérapeutiques, l'obtention des **approbations réglementaires** et l'accès équitable aux traitements.

10h35 — La biologie du vieillissement : cause des pathologies liées au vieillissement, quelles propositions ?

Animateurs : Didier Samuel, Directeur Général Inserm, Paris | Serge Adnot, ANM

État des connaissances : Eric Verdin, CEO, Buck Institute, Novato, CA, États-Unis

Table ronde : Sébastien Thuault, Éditeur en Chef, Nature Aging, New York, États-Unis | Eric Gilson, Professeur, Institut de Recherche sur le Cancer et le Vieillissement, Nice | Guido Kroemer, Professeur, Cancer Campus Gustave Roussy, Paris | Laurence Quéméneur, Scientific Research Leader, Sanofi, Lyon

Dr. Sébastien Thuault — Nature Aging, New York

Le Dr Thuault a noté qu'il y avait une réalisation grandissante de l'importance de l'âge biologique dans l'apparition des maladies chroniques avec des exemples concrets en recherche chez l'humain où l'on voit de plus en plus d'études qui mesurent les trajectoires fonctionnelles ou moléculaires du vieillissement et qui montrent que les déviations par rapport aux trajectoires normatives peuvent prédire, dès le milieu de vie, l'apparition de maladies chroniques des années voire des décennies plus tard.

Il a également souligné qu'agir sur les mécanismes fondamentaux du vieillissement, et notamment ceux liés au vieillissement du système immunitaire, pourrait permettre d'influencer simultanément les facteurs de risque de l'ensemble des maladies chroniques qui lui sont associées. Il a insisté sur la nécessité de passer à une phase d'essais cliniques pour tester et valider les hypothèses actuelles — à l'image des statines et des antihypertenseurs, dont le bénéfice observationnel a dû être confirmé par des essais interventionnels avant d'être traduit en pratique.

Pr. Eric Gilson — Institut de Recherche sur le Cancer et le Vieillissement, Nice

Le Pr. Gilson a souligné l'importance de mieux comprendre le développement spécifique de chaque pathologie liée au vieillissement. Cette connaissance fine des mécanismes sous-jacents constitue le préalable indispensable à toute intervention thérapeutique pertinente et ciblée.

Pr. Guido Kroemer — Cancer Campus Gustave Roussy, Paris

Le Pr. Kroemer a centré son intervention sur le rôle du vieillissement dans le développement du cancer. Le cancer prolifère au sein d'un organisme affaibli, dans un contexte de **système immunitaire défaillant** — ce qui explique pourquoi de nombreux cancers surviennent préférentiellement chez le sujet âgé. La vision classique d'une cellule cancéreuse « devenant folle » n'est que partiellement exacte : une **réponse immunitaire fonctionnelle déficiente** joue un rôle tout aussi déterminant.

Sur les biomarqueurs, il a retracé l'évolution des outils : de la lecture épigénétique linéaire de l'âge aux études protéomiques plus complexes. Ces biomarqueurs permettront de concevoir des essais ciblant un **biomarqueur précurseur de la maladie** comme critère de jugement principal — à l'image de ce qui existe pour l'hypertension et l'hypercholestérolémie. Certains biomarqueurs sont aujourd'hui suffisamment performants pour permettre une intervention avant que la dégradation ne se produise. L'obstacle principal est désormais moins scientifique que culturel : **changer les mœurs et les pratiques**.

Laurence Quéméneur — Scientific Research Leader, Sanofi, Lyon

Mme Quéméneur a apporté la perspective industrielle, illustrant son propos avec l'exemple d'une biothérapeutique utilisée dans plusieurs maladies inflammatoires chroniques, et fondée sur la validation d'un biomarqueur mécanistique entre cytokines et maladies inflammatoires de type 2, qui a nécessité 60 essais cliniques et plus de 10 000 patients — rappelant l'ampleur des **exigences réglementaires**.

Le vieillissement en santé est désormais par essence intégré dans la stratégie des grands groupes pharmaceutiques. Mais à ce jour, **aucun médicament n'est validé pour le**

vieillesse en santé, et le vieillissement n'est **pas encore une indication standard validée**, mais les régulateurs intègrent de plus en plus la gériatrie, la fragilité et les comorbidités dans l'évaluation des médicaments. Démontrer un bénéfice clinique pour une autorisation de mise sur le marché suppose de cibler des processus transversaux communs aux différentes maladies liées à l'âge.

Elle a enfin mis en avant la **vaccination** comme levier central et sous-estimé de la prévention — représentant moins de 1 % des actions attribuées à la prévention du vieillissement. Les données montrent que la vaccination contre des pathologies infectieuses offre une protection à long terme avec une diminution des risques de cancers et de maladies non transmissibles chroniques.

Elle a également souligné l'importance d'un **dialogue entre chercheurs, industriels, régulateurs et payeurs** pour construire un cadre validant des thérapies préventives du vieillissement.

11h35 — La « capacité intrinsèque » : nouvelle approche clinique de la longévité en santé

Animateurs : Fati Nourhashemi, Présidente CME, CHU de Toulouse | Bertrand Guidet, ANM

État des connaissances : Matteo Cesari, OMS, Genève, Suisse

Table ronde : John Beard, International Longevity Center, Columbia University, New York, États-Unis | Philippe Barreto, IHU HealthAge, Toulouse | Umberto Simeoni, Président, Institut Danone, Paris

Pr. Matteo Cesari — OMS, Genève

Le Pr. Cesari a présenté l'état des connaissances sur la capacité intrinsèque (CI), définie comme le **composite de toutes les capacités physiques et mentales d'un individu**. Pour la traduire en pratique clinique, elle est décomposée en domaines auxquels peuvent être associés des outils d'évaluation existants. Il n'existe cependant pas de référentiel standard (gold standard) : l'OMS ne recommande pas d'instruments spécifiques, et chaque pays détermine ceux qui sont applicables dans son contexte

Le **domaine de la vitalité** reste le plus controversé, regroupant énergie et métabolisme, fonction neuromusculaire, réponse immunitaire et réponse au stress. Le rôle de la nutrition sur ce domaine est particulièrement illustratif des leviers d'intervention disponibles.

La CI s'inscrit dans la continuité des concepts de la médecine gériatrique et gérontologique, tout en marquant une évolution importante de perspective : là où la santé publique adoptait une approche descendante et populationnelle, la CI invite à **aller vers la personne** pour apporter une réponse plus adaptée et personnalisée. Nous n'en sommes qu'aux **débuts** de la CI : les bases sont posées, mais la CI demeure un concept en évolution, appelé à structurer et accélérer les travaux sur le vieillissement, en clinique comme en recherche.

La question de la complémentarité entre mesure de la CI et mesure de la fragilité a été débattue. Il est apparu que la **fragilité reste le périmètre d'action privilégié du gériatre**, tandis que la CI offre un cadre plus large et plus précoce, permettant d'orienter les interventions de prévention en amont.

Pr. John Beard — International Longevity Center, Columbia University, New York

Le Pr. Beard a rappelé l'intérêt de la capacité intrinsèque comme outil de pilotage clinique et de santé publique. La CI permet d'objectiver les trajectoires individuelles de déclin bien avant l'apparition des pathologies, offrant une fenêtre d'intervention précoce et une base solide pour des stratégies de prévention personnalisées.

Pr. Philippe Barreto — IHU HealthAge, Toulouse

Le Pr. Barreto a apporté l'éclairage de l'IHU HealthAge sur la mise en œuvre pratique de la CI dans le cadre du **programme ICOPE**. L'expérience toulousaine illustre la faisabilité d'un suivi longitudinal à grande échelle, en mobilisant la médecine de ville, les pharmacies et les

acteurs médico-sociaux. La mesure régulière de la CI permet d'adapter les outils de prévention et de **prévenir l'installation de la fragilité et de la dépendance** avant qu'elles ne deviennent irréversibles.

la mesure de la CI au moyen des percentiles permet de créer des courbes de CI, similaires aux courbes de croissance chez les enfants. Ces courbes et l'approche en percentile ont l'avantage d'être faciles à interpréter par les cliniciens.

Pr. Umberto Simeoni — Président, Institut Danone, Paris

Le Pr. Simeoni a mis en lumière la nécessité d'intervenir **dès la période périnatale et la petite enfance**, en formant les futurs parents aux bonnes stratégies de préservation de la capacité intrinsèque, afin d'éviter l'installation d'un cercle vicieux dont les effets ne se manifesteront que des décennies plus tard.

12h15 — Débat : le vieillissement, une construction sociale ? Quelles propositions ?

Animateurs : Sandrine Andrieu, IHU HealthAge, Toulouse | Françoise Forette, Professeure, Université Paris Descartes

Table ronde : Luis Miguel Gutierrez, ANM, Mexico | Luc Broussy, Silver Économie, Paris | Julie L'Hôtel Delhoume, Présidente de la FEPEM, Paris

Pr. Françoise Forette — Université Paris Descartes

Pr. Forette a ouvert le débat en rappelant un paradoxe persistant : malgré les progrès de la science, **l'image sociale de la personne âgée reste profondément dévalorisée**. Le vieillissement est avant tout une **construction sociale** dans laquelle les inégalités conditionnent profondément la façon dont chacun vieillit.

Si l'écart de mortalité entre les couches sociales favorisées et celles qui le sont moins est réduit — de 7 ans dans les années 90 à 3-5 ans aujourd'hui —, les inégalités liées au niveau d'éducation demeurent très marquées : un écart de **8 ans d'espérance de vie en bonne santé** persiste entre les diplômés du supérieur et les non-diplômés. Le niveau d'éducation conditionne la capacité à développer une conscience préventive qui permet la compréhension et la mise en œuvre des conseils de prévention. La Pr. Forette a plaidé pour que la prévention soit enseignée **dès le plus jeune âge**. Améliorer l'éducation est le plus puissant moteur de progrès pour une longévité en bonne santé.

Dr. Luis Miguel Gutierrez — ANM, Mexico

Le Dr. Gutierrez a apporté un éclairage international saisissant : **un Mexicain de 65 ans présente la même capacité intrinsèque qu'un Néerlandais de 80 ans**, illustrant l'ampleur des inégalités mondiales face au vieillissement. Il a plaidé pour cibler les populations plus jeunes et déployer ICOPE **avant la cinquantaine**.

Luc Broussy — Silver Économie, Paris

Luc Broussy a mis en lumière le **coût considérable de la fragilité sociale**, estimé à 40 milliards d'euros d'ici 2030, constitué en majorité de maladies chroniques et d'ALD — des dépenses directement corrélées au déficit de la CPAM. Il a également souligné que les **20 000 chutes annuelles** pourraient être en partie évitées grâce à une meilleure adaptation du domicile.

Pr. Sandrine Andrieu — IHU HealthAge, Toulouse

La Pr. Andrieu a conclu les échanges en s'appuyant sur une tribune de **John Rowe**, professeur de politique de santé à la Columbia University, publiée dans le *Time*, soulignant que nous assistons à un **changement fondamental dans la structure par âge de nos sociétés** — conjuguant allongement de la vie et effondrement des taux de natalité.

Il appelle à une **réingénierie profonde de nos institutions** — éducation, travail, retraite — et à renoncer au découpage traditionnel de la vie en trois temps successifs au profit d'un modèle plus fluide dans lequel formation et activité professionnelle s'entremêlent tout au long de l'existence. Il invite enfin à cesser de percevoir les aînés comme une charge, pour les reconnaître comme des **réservoirs de talent, d'expérience et de lien social**.

Programme de l'après-midi

13h45 — Débat : Peut-on encore augmenter la longévité en santé en France ? Quelles propositions ?

Animateurs : Athanase Benetos, ANM

Intervenants : Laurent Balardy et Bruno Vellas (Rapport ANM sur la Clinique de la Longévité) | Pierre Ricordeau, Inspecteur Général des Affaires Sociales (IGAS), Paris | Nathalie Salles, Présidente de la CME, CHU de Bordeaux | Anne Ferrer, Directrice Générale, CHU de Montpellier | François Sarkozy, Président, FSNB Health & Care, Paris | Gaëtan Gavazzi (contribution aux échanges)

Anne Ferrer — Directrice Générale, CHU de Montpellier

Anne Ferrer a proposé une idée forte : la meilleure façon de progresser est de **soumettre les professionnels de santé eux-mêmes au programme ICOPE**. Un professionnel qui en fait l'expérience pour lui-même sera naturellement plus enclin à le proposer à ses patients.

Elle a rappelé que tout centre de santé reste focalisé sur l'épisode de maladie aiguë, au détriment de la continuité des soins, et a plaidé pour que les établissements deviennent de véritables **living labs**. Sa formule a marqué les esprits : « **Si nous pouvons échouer collectivement, cela signifie aussi que nous pouvons réussir ensemble.** »

François Sarkozy — Président, FSNB Health & Care, Paris

François Sarkozy a développé une vision globale : **bien vieillir suppose de bien vivre à chaque âge de la vie**, en se protégeant des facteurs toxiques classiques — tabac, alcool, drogues — mais aussi d'un **toxique émergent sous-estimé : les infections**.

Il a défendu un nouveau paradigme : une infection aiguë — grippe, Covid-19, zona, VRS — induit des **effets délétères à long terme**, fragilisant durablement le capital santé. Ce changement de perspective fait de l'immunisation un levier stratégique de premier plan. Il a plaidé pour l'instauration d'un **bilan de santé automatique pour l'ensemble de la population**, à l'image du contrôle technique obligatoire pour les véhicules.

Pr. Gaëtan Gavazzi

Le Pr. Gavazzi a livré un constat lucide : **la prévention n'est pas dans l'ADN des professionnels de santé**. Culturellement formés à traiter la maladie déclarée, ceux-ci peinent à s'approprier les démarches préventives. Ce changement de culture professionnelle constitue l'un des défis majeurs à relever.

Pierre Ricordeau — Inspecteur Général des Affaires Sociales (IGAS), Paris

Pierre Ricordeau a rappelé que **la prévention n'est pas la spécialité de la France**, qui accuse un retard significatif par rapport à d'autres pays européens. Il a pointé un écueil structurel : les politiques de prévention sont captées prioritairement par les **populations les plus éduquées et les plus aisées**, risquant d'accentuer les inégalités de santé. Il a proposé de s'inspirer du modèle des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) pour créer des structures dédiées au **bien vieillir en santé** sur les territoires.

Dr. Laurent Balardy — CHU de Toulouse

Le Dr. Balardy a rappelé le rôle pivot des CHU dans le déploiement territorial d'ICOPE, désormais porté à l'échelle nationale. Il a esquissé une feuille de route à quatre dimensions : **repérer la capacité intrinsèque** via ICOPE, **réaliser des bilans de santé** systématiques, **augmenter l'adhésion à la vaccination**, et **intégrer les biomarqueurs** émergents pour cibler les interventions.

Pr. Nathalie Salles — Présidente de la CME, CHU de Bordeaux

La Pr. Salles a insisté sur le **rôle moteur organisationnel** des CHU : évaluer les bonnes pratiques, en assurer la diffusion et accompagner leur déploiement territorial. ICOPE en constitue l'exemple emblématique.

Pr. Athanase Benetos — ANM (synthèse)

En clôturant les échanges, le Pr. Benetos a rappelé l'importance de **ne pas oublier les gérontopôles** dans ce dispositif — structures d'excellence dont l'intégration dans les stratégies nationales doit être pleinement reconnue.

14h15 — Quels progrès attendre de la gérosceience et de l'IA ? Quelles propositions ?

Animateurs : Sébastien Thuault, Nature Aging | Bénédicte Garbil, Directrice Associée Affaires Publiques, Paris

État des connaissances : Anne Brunet, Université de Stanford, San Francisco, États-Unis

Table ronde : Eric Verdin, CEO, Buck Institute, CA, États-Unis | Jean-Christophe Dantonel, Managing Partner, IBIONEXT, Paris | Yves Rolland, IHU HealthAge, Toulouse | Anne Brunet, Université de Stanford, San Francisco, États-Unis

Pr. Anne Brunet — Université de Stanford, San Francisco

La Pr. Brunet a rappelé le fait fondateur : **l'âge est le principal facteur de risque de toutes les maladies**. Elle a présenté les grands mécanismes biologiques dont la dérégulation explique le déclin fonctionnel : affaiblissement des mécanismes homéostatiques, dérégulation du génome, altération mitochondriale, dégradation des protéines, sénescence cellulaire, inflammation généralisée (*inflammaging*) et déplétion des cellules souches.

Sur la mesure du vieillissement, elle a retracé l'évolution des **horloges biologiques** — modèles d'intelligence artificielle entraînés à prédire l'âge à partir de caractéristiques multidimensionnelles. Les travaux pionniers de Steve Horvath ont montré que la méthylation de l'ADN est fortement corrélée à l'âge biologique. Ces horloges intègrent désormais les données protéomiques et le comportement des micro-organismes, constituant des **biomarqueurs intégratifs de la longévité**.

Dr. Eric Verdin — CEO, Buck Institute, Novato, CA

Le Dr. Verdin a développé une vision prospective : dans 5 à 10 ans, la masse de données générées sera telle qu'**l'IA deviendra indispensable** pour les analyser. L'avenir réside dans l'intégration de données massives dans des **jumeaux numériques** (*digital twins*) permettant d'accélérer la recherche et de simuler des interventions.

Une simple prise de sang peut aujourd'hui générer plus de **100 000 variables**. Le premier séquençage du génome humain coûtait 3 milliards de dollars ; il peut aujourd'hui être réalisé pour moins de 100 dollars. Grâce aux **capteurs cutanés** et au monitoring à distance, les biomarqueurs peuvent être mesurés en continu — rejoignant directement les ambitions d'**ICOPE Monitor**.

Pr. Yves Rolland — IHU HealthAge, Toulouse

Le Pr. Rolland a souligné l'importance croissante de la gérosceience dans la pratique médicale, tout en pointant un **hiatus préoccupant entre les connaissances et leur application** : malgré l'évidence en faveur de l'activité physique, la majorité des personnes de plus de 70 ans restent largement sédentaires, et **30 % souffrent de solitude**.

Il a présenté le projet **XPrize**, visant à identifier d'ici 2030 des géroprotecteurs capables d'agir simultanément sur les fonctions cognitive, motrice et immunitaire, et à démontrer qu'un traitement d'un an pourrait agir de façon mesurable sur les marqueurs biologiques du vieillissement.

14h45 — Débat : adapter notre système de soins et de formation, quelles propositions ?

Animateurs : Jacques Boddaert, Président du CNU de Gériatrie, Paris | Olivier Guérin, CHU de Nice

Table ronde : Stéphane Oustric, Président du CNOM, Paris | Lionel Collet, Président de la Haute Autorité de Santé | Sophie Boissard, Directrice Générale, Clariane, Paris | François Mengin Lecreulx, Directeur Général, ARS Occitanie, Montpellier

Sophie Boissard — Directrice Générale, Clariane, Paris

Sophie Boissard a plaidé pour **doubler le nombre de professionnels paramédicaux** et annoncé la création d'une **université interne** au sein de Clariane pour former et professionnaliser ces acteurs de terrain. Elle a appelé à faire du **maintien à domicile** une stratégie à part entière, et a salué le travail du Professeur Vellas et de ses équipes.

Synthèse des échanges

Le fil conducteur de la session a été clair : **le médecin doit être placé au cœur du dispositif de longévité en santé**, ce qui suppose de repenser en profondeur sa formation initiale et continue. Les axes identifiés sont les suivants :

- **Former les médecins et les paramédicaux** aux enjeux du vieillissement, de la prévention et des outils comme ICOPE, dès la formation initiale et tout au long de la carrière.
- **Faire du maintien à domicile une stratégie à part entière**, dotée de moyens humains, organisationnels et technologiques.
- **Mobiliser les institutions** — HAS, CNOM, ARS, établissements privés — autour d'une vision partagée.
- **Ancrer la prévention dans la culture médicale**, en intégrant la gérosience et la capacité intrinsèque dans les cursus universitaires.

15h15 — Quel rôle des instances publiques ? Des propositions concrètes

Animateurs : Jean-François Lefebvre, Directeur Général, CHU de Toulouse | Raymond Le Moign, Directeur Général, Hospices Civils de Lyon

Table ronde : Julie Pougheon, Directrice Générale de la DGOS par intérim, Paris | Maëlig Le Bayon, Directeur de la CNSA, Paris | Benoît Gallix, Directeur Général, Hôpital Américain de Paris | Député Jean-François Rousset

Julie Pougheon — Directrice Générale de la DGOS par intérim, Paris

Julie Pougheon a souligné un paradoxe institutionnel bien connu : **être convaincu d'une politique et disposer de preuves scientifiques ne garantit pas sa mise en œuvre à l'échelle nationale**. Elle a mis en avant les **expérimentations relevant de l'article 51** comme outil pragmatique permettant de tester des innovations organisationnelles en conditions réelles avant de les déployer.

Maëlig Le Bayon — Directeur de la CNSA, Paris

Maëlig Le Bayon a rappelé que la **loi Bien Vieillir** a confié à la CNSA le rôle de chef de file de la prévention de la perte d'autonomie. L'ambition dépasse la seule préservation de l'autonomie individuelle : il s'agit de **construire une société véritablement accessible** pour toutes les générations, ce qui appelle une coordination interministérielle et territoriale forte.

Député Jean-François Rousset

Le Député Rousset a rappelé le rôle du parlementaire comme **interface entre le territoire et l'État**. Il a souligné que les **maires des petites communes** sont souvent à l'origine d'initiatives remarquables en matière de bien vieillir, qui méritent d'être portées au niveau national. Il a évoqué le potentiel des **territoires ruraux** comme territoires d'avenir pour le vieillissement en bonne santé.

Pr Benoît Gallix — Directeur Général, Hôpital Américain de Paris

Benoît Gallix a apporté la perspective d'une fondation privée à but non lucratif, dont 70 % de l'activité est consacrée à la **médecine préventive**. Il a observé que dans les pays où le système de santé est complexe, ce sont souvent les entreprises qui assument le coût de la santé de leurs collaborateurs, la santé étant vécue comme un **actif stratégique**. Les bilans de santé réalisés révèlent des pathologies non diagnostiquées chez **18 % des personnes**.

Il a posé la question du **choix collectif à opérer** : il ne sera pas possible de maintenir le niveau actuel de dépenses curatives tout en développant la prévention. Il faudra arbitrer et rendre la prévention désirable.

Propositions aux décideurs publics

- **Ne pas créer de nouveau dispositif ou label** : ce qui manque, ce sont des objectifs clairs — allonger la durée de vie en bonne santé, réduire les hospitalisations évitables, diminuer la perte d'autonomie.
- **Revoir l'architecture des dépenses de santé**, réparties de façon inéquitable entre prévention et curatif.
- **Créer des passerelles souples** entre CHU, médecine de ville, collectivités territoriales et secteur privé.
- **Faire prendre conscience à chaque citoyen qu'il est le premier acteur de sa santé**.
- **Renforcer le dialogue interministériel et territorial**, impliquant logement, éducation, travail et finances.

16h05 — Quelles forces mobiliser ? Des propositions concrètes

Animateurs : Arnold Munnich, Président du Conseil Scientifique de France Assurance | Yves Juillet, ANM

Table ronde : Serge Da Mariana, Directeur Général, IRCEM, Roubaix | Nuria Perez Cullell, Directrice Médicale, Pierre Fabre, Castres | Valérie Maréchal, Head Resi&Care, Swiss Life Asset Managers France, Paris | Véronique Fossoul, Directrice Grand Âge et Autonomie, CNP Assurance, Paris

Les intervenants ont rappelé qu'un consensus existait déjà **dès 2023** sur la nécessité d'augmenter les efforts de prévention. Le défi n'est plus de convaincre, mais de mobiliser concrètement l'ensemble des forces disponibles. Fil conducteur : **la santé se construit tout au long de la vie**, à travers la prévention, le soin et l'après-soin.

Nuria Perez Cullell — Directrice Médicale, Pierre Fabre, Castres

En partenariat avec l'IHU HealthAge, les Laboratoires Pierre Fabre participent au programme INSPIRE T avec l'ambition, en dermatologie comme en urologie, d'exploiter de vastes

données épidémiologiques et de recherche, pour **identifier précocement les signes du vieillissement et développer des modèles prédictifs** pour offrir aux personnes âgées une prise en charge personnalisée préservant à la fois leur santé et leur qualité de vie.

Valérie Maréchal — Head Resi&Care, Swiss Life Asset Managers France, Paris

Valérie Maréchal a souligné le rôle croissant que peuvent jouer les opérateurs privés dans le financement et l'organisation de **l'habitat adapté au vieillissement**. La filiale Resi&Care développe des solutions de résidences et de services pour accompagner les transitions liées à l'avancée en âge, dans une approche préventive et non exclusivement médicalisée.

Véronique Fossoul — Directrice Grand Âge et Autonomie, CNP Assurance, Paris

Véronique Fossoul a mis en avant la **prise en charge du couple aidant / aidé** comme dimension trop souvent oubliée des politiques de prévention. L'épuisement de l'aidant constitue l'un des principaux facteurs de rupture dans les parcours de maintien à domicile : prendre soin de l'aidant, c'est aussi préserver la santé de l'aidé.

Serge Da Mariana — Directeur Général, IRCM, Roubaix

Serge Da Mariana a alerté sur un **grand écart de longévité et d'espérance de vie** parmi les salariés du particulier employeur accompagnés par l'IRCEM, révélateur de profondes inégalités. Il a plaidé pour que les politiques de prévention atteignent ces **populations invisibles**, en adaptant les outils à leurs réalités.

Synthèse

Cette dernière session a confirmé que la mobilisation pour la longévité en santé appelle une coalition élargie, mobilisant :

- **L'industrie** — pharmaceutique, cosmétique, technologique — comme partenaire de la recherche sur les biomarqueurs.
- **Les assureurs et gestionnaires d'actifs** comme financeurs de solutions d'habitat et de protection adaptées au grand âge.
- **Les acteurs de la protection sociale**, pour intégrer systématiquement la dyade aidant / aidé dans les dispositifs de prévention.
- **Les acteurs de terrain**, pour atteindre les populations les plus vulnérables.



Soutenu
par

