

Vieillissement et prévention

Coordonné par

Matthieu de STAMPA

Médecin PhD en santé publique, Centre Gérontologique Départemental, Marseille
CESP - Centre de recherche en Épidémiologie et Santé des Populations U-1018 INSERM, UPS
UVSQ
Consortium international interRAI

Stéphane ALVAREZ

Maître de conférences en sociologie, Université Grenoble Alpes, CNRS, Sciences Po
Grenoble, laboratoire Pacte

Date limite de soumission : 15 juin 2026

La prévention est généralement définie comme un ensemble de mesures destinées à éviter un événement qui serait prévisible et qui entraînerait des dommages pour l'individu ou la collectivité. Des mesures qui empêcheraient quelque chose de se produire, empêcheraient quelqu'un de faire quelque chose.

Dans le domaine de la Santé, la prévention est actée comme « *l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* » (OMS, 1948) avec :

- La prévention primaire qui vise à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population en limitant les comportements à risque, individuels, environnementaux et sociaux,
- La prévention secondaire qui cherche à diminuer la prévalence d'une maladie en population en agissant de manière précoce,
- La prévention tertiaire qui tend à limiter les récidives, complications, incapacités et invalidités conséquences d'une maladie.

La prévention est bien souvent centrée sur le concept de maladie, qui n'est pas, à proprement parler, celui du vieillissement. Du point de vue biologique, le vieillissement est le produit d'une accumulation de dommages moléculaires et cellulaires survenue au fil du temps et rendant l'individu fragile et vulnérable au stress (Fried *et al.*, 2001). Il entraîne une dégradation progressive des fonctions physiques et mentales, une majoration du risque de maladie, de déclin des capacités et conduit à l'inévitable fin de la vie. Mais ces changements ne sont ni linéaires ni réguliers et non étroitement associés au nombre des années. Au-delà des changements biologiques, le vieillissement est aussi associé à d'autres transitions de vie comme le départ en retraite, la réinstallation dans un logement plus adapté, les décès de proches, l'isolement. En considérant que l'allongement de la vie ouvre des possibilités, non

seulement pour les personnes âgées et leur famille, mais aussi pour la société dans son ensemble, ces années supplémentaires sont l'occasion de se lancer dans de nouvelles activités, de participer à la vie familiale, communautaire et sociétale. Néanmoins, l'ampleur de ces possibilités et contributions est largement tributaire de la notion d'un « vieillissement en bonne santé ».

Dans les pays occidentaux, les personnes âgées de plus de 60 ans, qui représentent actuellement un quart de la population, pourraient atteindre un tiers d'ici 2050 (Insee, 2010). Si l'espérance de vie après 50 ans est toujours en progression, le nombre des années vécues en bonne santé, reste variable d'un pays à l'autre, ce qui suppose une mauvaise santé pour ces années supplémentaires. La transition épidémiologique s'accompagne effectivement d'une augmentation de la prévalence de problèmes de santé généralement associés au vieillissement (Coste *et al.*, 2022 ; Santé publique France, 2022). Les années de vie supplémentaires doivent être gagnées en bonne santé, dans un environnement favorable, en capacité à faire ce qui est apprécié et aussi semblables que pour les citoyens plus jeunes. Si ces années sont marquées par une diminution des capacités physiques et mentales, les conséquences pour les personnes âgées et la société seront indésirables pour tous.

Le vieillissement en « bonne santé » est-il synonyme du « bien vieillir » ? *A contrario* « mal vieillir » signifie-t-il un vieillissement en « mauvaise santé » ? De nombreuses personnes âgées interrogées sur l'auto-estimation de leur état de santé répondent « se sentir en excellente santé » alors qu'elles déclarent divers problèmes de santé dans des domaines différents (Velaithan *et al.*, 2024). Pour clarifier l'approche du vieillissement, il est donc indispensable d'intégrer le concept de santé globale issu de la définition de l'OMS en préambule de sa constitution. La santé globale est « *un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». La santé, prise en compte dans sa globalité, est donc associée à la notion de bien-être et de qualité de la vie. C'est un indicateur qui mesure la possibilité d'un groupe ou d'un individu de réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins, et s'adapter.

Les actions de prévention dans le vieillissement doivent donc s'appuyer sur les déterminants physiques, psychiques et sociaux de la santé. En 2008, l'OMS formulait la définition des déterminants sociaux de la santé de la manière suivante : « *Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent en tenant compte du système dans lequel ils évoluent* ». Même si certaines différences observées dans l'état de santé des personnes âgées sont d'ordre génétique, la plupart d'entre elles s'expliquent par l'environnement physique et social (notamment le logement, le quartier et les communautés) ainsi que par les caractéristiques personnelles (comme le genre l'appartenance ethnique ou la situation socio-économique) (Stephan *et al.*, 2024). L'environnement dans lequel vit l'enfant, voire celui dans lequel le fœtus se développe, couplé aux caractéristiques personnelles, a des effets à long terme sur la manière dont cette personne vieillira (Van Lieshout *et al.*, 2021). Les environnements physiques et sociaux peuvent avoir un impact direct sur la santé mais également en matière d'obstacles ou d'incitations qui influent sur les possibilités, les décisions et les comportements en matière

de santé. Les inégalités sociales touchent les conditions de vie et de travail, mais aussi l'accès et le recours à la prévention et aux dispositifs d'accompagnement. Le vieillissement accentue par ailleurs ces inégalités sociales et peut renforcer aussi l'isolement des personnes âgées (Montaut & De Riccardis, 2010 ; Serres, 2017).

Pour mener une action de santé publique face au vieillissement, des approches axées sur la personne et sur l'environnement sont employées qui, non seulement, compensent en partie les pertes associées au vieillissement, mais aussi renforcent le rétablissement, l'adaptation et le développement psychosocial. Les résultats de la prévention n'ont pas de limites d'âge et le fait de conserver des comportements « sains » tout au long de la vie (avoir une alimentation équilibrée, pratiquer une activité physique régulière, éviter la consommation substances addictives, limiter les risques d'accidents domestiques...) contribue à réduire le risque de certaines maladies, améliorer les capacités physiques et mentales, retarder la dépendance aux soins et à la perte d'autonomie. La crainte de la survenue de certaines pathologies invalidantes pourrait être aussi un incitatif pour éviter des comportements à risque qui est l'attente des politiques actuelles (Alvarez, 2014). Tout aussi importants que les comportements individuels, les environnements écologiques et sociaux favorables dits « inclusifs » permettent aux personnes d'accéder aux activités importantes pour elles, en intégrant la limitation de leurs capacités (bâtiments et transports publics accessibles ou espaces urbains qui facilitent les déplacements). Les démarches préventives impliquent donc l'individu tout autant que la collectivité. La prévention est aussi intimement liée à la promotion de la santé dont l'objectif est de « *donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer* » (OMS, 1986, p. 1).

En matière de prévention et de vieillissement, les programmes nationaux et internationaux en cours ont tendance à s'extraire de la perte d'autonomie pour embrasser une approche plus globale qui intègre la question environnementale avec les programmes « *One Health* » et les programmes transversaux de la promotion du vieillissement en santé de l'OMS sur 2020-2030. La décennie du vieillissement en bonne santé (2021-2030) vise à réduire les inégalités en matière de santé et à améliorer la vie des personnes âgées, de leurs familles et de leurs communautés. Il s'agit d'une collaboration mondiale réunissant les pouvoirs publics, la société civile, les institutions internationales, les professionnels, les milieux universitaires, les médias et le secteur privé avec des actions concertées dans quatre domaines :

- Changer notre façon de penser, de ressentir et d'agir en fonction de l'âge et face à l'âgisme,
- Renforcer les communautés de manière à favoriser les capacités des personnes âgées,
- Fournir des soins intégrés centrés sur la personne et des services de santé primaires adaptés aux personnes âgées,
- Faciliter l'accès à des soins de longue durée de qualité aux personnes âgées qui en ont besoin.

La mondialisation, les avancées technologiques (par exemple en matière de transport et de communication), l'urbanisation, les migrations et l'évolution des normes de genre influent

aussi directement et indirectement sur la vie des personnes âgées. Toute action de santé publique doit tenir compte de ces tendances actuelles et de leur évolution future et les politiques doivent être élaborées en fonction de cette réflexion.

La prévention en lien avec le vieillissement intéresse donc tout autant la prévention primaire, secondaire et tertiaire dans une approche de santé globale en tenant compte de l'intrication des déterminants avec une approche individuelle et environnementale.

Dans une perspective pluridisciplinaire, cet appel à articles vise notamment à mobiliser les chercheurs et chercheuses ainsi que les professionnels travaillant sur les dispositifs et programmes de prévention, qu'ils relèvent de la santé publique, de la sociologie, psychologie, gérontologie, économie, sciences politiques etc. L'objectif est de favoriser la participation de disciplines scientifiques variées susceptibles d'alimenter le débat sur les politiques, les pratiques et expériences de prévention liées au vieillissement.

Cet appel à articles va s'appuyer sur 3 axes :

1. Prévention et évaluation avec les enjeux dans le repérage des personnes âgées et la connaissance de leurs besoins en santé.
2. Prévention et actions de promotion de la santé dans les interventions dites non médicamenteuses et les programmes de lutte contre l'isolement.
3. Prévention et mobilisation internationale dans le discours mondial (ou centralisé) et critiques locales.

Axe 1 : Prévenir, c'est comprendre : repérage et évaluation des besoins des personnes âgées

La prévention est souvent étroitement liée à la question de la mesure ou de l'évaluation préalable. Avant d'élaborer des programmes de prévention, dont l'objectif est l'amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie, il est essentiel d'évaluer l'état de santé et les besoins des personnes âgées. Nous avons fait le choix d'aborder, d'une part, la question de la mesure auprès des personnes âgées dites fragiles qui ne sont pas toujours repérées dans les programmes de santé publique. D'autre part, à l'autre extrémité des parcours de soins, la mesure auprès des personnes âgées qui présentent des problématiques médico-psychosociales complexes, dont les besoins en santé sont souvent mal appréhendés et les actions de prévention peu mobilisées.

1.1 Prévention de la fragilité et repérage des populations âgées

Comment mesurer la fragilité chez les personnes âgées ? Selon les critères de Linda Fried, la fragilité physique est caractérisée par 5 symptômes avec la perte de poids involontaire, l'épuisement ressenti par la personne, la vitesse de marche ralentie, la baisse de la force musculaire et la sédentarité (Fried *et al.*, 2001). La personne est qualifiée comme fragile si elle présente 3 ou plus de ces critères et pré-fragile en présence d'1 ou de 2 de ces critères. Mais nous pouvons nous interroger sur la définition même de la fragilité selon L. Fried qui est une

sommation de problèmes de santé. Y a-t-il d'autres approches pour identifier la notion de fragilité en dehors de la « vieillesse-déclin » ? Par ailleurs comment peut-on identifier les personnes âgées fragiles qui pourraient bénéficier d'un programme de prévention ? Comment peut-on repérer celles qui le sont pour des raisons socio-économiques et qui restent en dehors des radars de l'offre de soin et d'aide ? Comment accompagner les personnes âgées en précarité sociale vers des programmes de prévention en santé ? N'est-il pas concevable de vieillir avec des fragilités, des maladies chroniques et des incapacités fonctionnelles tout en se considérant en bonne santé ?

En amont du repérage de la fragilité, des programmes d'actions relatifs aux déterminants de la santé à mi-parcours de vie favoriseraient le vieillissement en « bonne santé ». Quel sens peut-on donner au dépistage précoce de certaines maladies pour lesquelles il n'y a pas de traitement curatif ? L'absence de traitement curatif est-elle interprétée comme l'absence d'efficacité de la prévention primaire ? Dans le respect des désirs et des volontés de chaque individu vieillissant non enclin à modifier ses comportements en santé, les mesures de prévention doivent-elles être exclues ? N'y a-t-il pas des champs d'exploitation au-delà des sentiers battus pour vivre mieux malgré les problèmes ?

1.2 Prévention de l'autonomie fonctionnelle et évaluation multidimensionnelle des besoins en santé

L'évaluation multidimensionnelle des besoins en santé des personnes âgées devient indispensable pour mettre en place des actions de prévention et améliorer leur autonomie fonctionnelle (Ellis *et al.*, 2017 ; Gardent, 2001). Cette évaluation se doit d'être exhaustive sur l'ensemble des dimensions de la santé, centrée sur les attentes de la personne et constituer une opérationnalisation de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF / ICF – WHO, 2001). Cette classification est le résultat d'interactions entre la santé globale et les facteurs contextuels et elle insiste sur la manière dont chacun peut vivre au maximum de ses possibilités. Au-delà de l'analyse du fonctionnement et du handicap social, c'est aussi la réponse que peut et donne un système de santé en termes de prévention et en particulier sur l'accès aux services d'aide et de soins. C'est donc en modifiant l'environnement pour le rendre plus accueillant et permettre une pleine participation de chacun que les actions de prévention peuvent maintenir et renforcer l'autonomie fonctionnelle.

C'est pourquoi il est essentiel d'avoir un regard global sur les besoins en santé souvent complexes de la personne âgée en tenant compte de ses désirs et de ses volontés pour promouvoir leur autonomie fonctionnelle. L'évaluation multidimensionnelle permet de récolter les informations clefs de la santé qui est le point de départ de la co-construction de tout projet de vie, de soins ou d'accompagnement. Pour ce faire, comment les outils d'évaluation permettent à ce jour de réaliser des évaluations multidimensionnelles du fonctionnement des personnes en tenant compte de leur environnement ? Comment la personne âgée est-elle associée dans cette démarche en respectant ses choix ? Est-ce que les personnes âgées se reconnaissent dans ces évaluations multidimensionnelles ? Est-ce que cette démarche de promotion de l'autonomie fonctionnelle est-elle développée dans le

contexte du domicile privé ou/et dans des lieux institutionnels ? Est-ce que l'IA peut y contribuer ?

Axe 2 : Prévenir, c'est agir : Intérêt des interventions non médicamenteuses et des programmes de lutte contre l'isolement

La prévention nécessite des programmes robustes mettant en lien la santé dans toutes ses composantes clefs et l'environnement social. Dans cet axe, nous voudrions mettre l'accent sur deux types d'actions. Les interventions non médicamenteuses qui sont souvent multi-domaines dans une approche individuelle et/ou collective ainsi que les programmes de prévention de l'isolement social à destination des personnes âgées.

2.1 Les programmes d'interventions non médicamenteuses pour les personnes âgées

Les programmes de prévention sont souvent en lien avec le domaine médical et les prises en charge pharmaceutiques. Les interventions dites non médicamenteuses (INM) font partie des innovations en termes de prévention et elles ont l'objectif de prévenir, soulager et traiter un problème de santé (Ninot *et al.*, 2024). Les INM peuvent être dirigées vers les fonctions physiques (par exemple activité physique, kinésithérapie, thérapies manuelles), psychocomportementales (pratiques psychocorporelles comme la relaxation, la sophrologie, la médication), et nutritionnelles (alimentation, diététique). Les interventions récentes dans ce domaine sont principalement des interventions non médicamenteuses multimodales (multi-domaines) et multisites avec la mise en place dans plusieurs lieux. Les programmes multimodaux de prévention non médicamenteuse cherchent à faire expérimenter aux personnes âgées, certaines « bonnes pratiques de santé », font la promotion des changements de comportements bénéfiques et essaient que ces changements soient pérennes. À titre d'exemple, l'étude finlandaise FINGER (Finnish Geriatric Intervention Study to prevent Cognitive Impairment and Disability) menée de 2009 à 2014, sur 1 260 personnes de 60 à 77 ans, sans incapacités mais à haut risque de survenue de troubles cognitifs, a montré l'efficacité d'une intervention non médicamenteuse multimodale sur l'état de santé (Ngandu *et al.*, 2015). Cette intervention associait de l'activité physique, des exercices cognitifs, un régime alimentaire équilibré et la réduction des facteurs de risque cardio-vasculaire. Mais la mise en place et l'adhésion des personnes à ces programmes sont souvent problématiques en raison de leur participation aléatoire. Comment informer les personnes de l'existence de ces programmes ? Comment les motiver à participer et à poursuivre ces programmes sur le long terme ? Inversement, que révèlent les difficultés d'adhésion des personnes à ces programmes ? Faut-il y voir des explications individuelles (manque de motivation) ou structurelles (faible ou inégale socialisation aux actions proposées) ? Existe-t-il des alternatives dans le champ de la santé mais aussi au-delà (actions citoyennes) à ces programmes de prévention qui ne rencontrent pas leur public ? Quels sont les programmes qui ont rencontré un engouement et une forte participation ?

2.2 Programme de lutte contre l'isolement des personnes âgées

L'avancée en âge s'accompagne d'une réduction des relations sociales et d'une augmentation du risque d'isolement. Ce sous-axe porte à la fois sur la solitude -entendue comme une

perception subjective de manque ou d'absence de relations satisfaisantes – et sur l'isolement social, qui renvoie à des critères objectifs de rareté des liens. Ces deux dimensions, souvent imbriquées mais distinctes, jouent un rôle déterminant dans la qualité de vie des personnes âgées. De nombreuses personnes âgées sont privées de liens sociaux, à domicile comme en collectivité, et en proie à la solitude, au repli sur soi et au sentiment d'inutilité et à la dépression. Les causes de l'isolement social sont multiples et la perte d'autonomie fonctionnelle est aussi un facteur d'isolement qui peut secondairement générer une dégradation de la qualité de vie. Par ailleurs, de nombreuses personnes âgées veulent rester engagées dans la vie de leur territoire et contribuer à son développement. Mais la valorisation des compétences et de la parole des plus âgés se heurte encore à une organisation sociale qui stigmatise le vieillissement et tend à cloisonner les âges. Comment faire pour encourager leurs paroles et stimuler les échanges entre habitants et voisins ? Comment faire pour identifier les personnes âgées, les associer et les faire participer alors que l'isolement les a exclus du parcours de vie ? Y a-t-il des nouveaux lieux de sociabilité, d'écoute et d'échange pour prévenir l'isolement social de ces personnes ? Comment les nouvelles technologies pourraient être un moyen de recréer un lien social pour cette génération de personnes âgées et prévenir leur isolement ? Il convient donc de favoriser les interactions sociales, de promouvoir les prises d'initiative, de leur offrir des opportunités d'engagement, la possibilité de participer jusqu'au bout de la vie aux évolutions de la société.

Axe 3 : Prévenir, c'est mobiliser : discours central, critiques locales

Cet axe vise à analyser les dispositifs de prévention du vieillissement, en s'intéressant à leur conception, leur mise en œuvre et leur réception par les populations âgées et les groupes cibles des actions de prévention. Les contributions attendues peuvent être proposées sous les angles complémentaires que sont la question du degré d'adhésion ou de non-adhésion des publics âgés, celle de la coordination des acteurs locaux et de l'intégration des dispositifs de prévention dans une approche transversale des politiques publiques. Le croisement de perspectives sociologiques, politiques, tout autant pratiques que critiques permettra de comprendre comment se mettent en œuvre des actions de prévention dans le vieillissement. Les retours d'expérience internationaux peuvent également offrir des pistes de réflexion sur les mécanismes de production et de réception locales, y compris dans les tensions que cela soulève.

Les dispositifs de prévention s'inscrivent également dans un contexte marqué par des déterminants socio-économiques qui influencent fortement leur accès, réception et appropriation. Les inégalités de ressources, de conditions de vie ou encore de trajectoires professionnelles façonnent la manière dont les personnes âgées peuvent s'engager dans les actions de prévention.

3.1 Réception et appropriation des dispositifs par les publics âgés

Les études mettent en évidence l'importance de coconcevoir les interventions avec les personnes âgées pour améliorer leur degré d'adhésion. Les technologies développées à la suite d'approches participatives et permettant l'adaptation aux besoins exprimés améliorent sensiblement leur adoption par les personnes âgées, notamment pour celles qui sont peu familiarisées avec ces technologies. À l'inverse, l'usage croissant de l'intelligence artificielle à destination d'une population âgée sous-représentée dans les processus de développement de l'IA (Mannheim *et al.*, 2023) laisse les usagers à distance de ces solutions technologiques (Monfort *et al.*, 2024).

D'autres freins persistent néanmoins, comme la méconnaissance des dispositifs, un sentiment d'inutilité des dispositifs proposés ou une appréhension face à la prise de conscience de son avancée en âge. L'accessibilité et la pertinence des actions individuelles vs collectives de prévention questionnent l'adaptation aux besoins spécifiques des ainés, qu'il s'agisse de leur santé, du soutien à leur autonomie ou encore de leurs pratiques sociales et culturelles. Par exemple, les actions de prévention renforçant le lien social semblent appréciées pour leur impact sur l'estime de soi ou encore la réduction de l'isolement.

L'évaluation des actions de prévention et leur impact sur la qualité de vie, sur l'autonomie et le bien-être des personnes âgées est donc un élément à prendre en considération afin de proposer des leviers pour améliorer l'adhésion. Quels indicateurs sont particulièrement pertinents à mobiliser pour mesurer l'impact des actions de prévention sur la réduction des fragilités ou encore sur le lien social ?

3.2 Mobilisation et coordination des acteurs locaux

Les actions de prévention reposent sur une collaboration nécessaire entre les différents acteurs, en particulier au niveau local : les collectivités territoriales, les associations, les professionnels de santé, les bénévoles mais aussi les sections régionales et départementales des acteurs institutionnels du champ de la prévention de la dépendance que sont la CNAV ou encore les départements d'action sociale des caisses de retraite complémentaire. Comment ces acteurs mettent-ils en œuvre des politiques aussi globales que celles promues dans l'approche *One Health* ou dans les perspectives transversales du vieillissement en santé de l'OMS ?

Ces nombreux acteurs jouent un rôle clé dans la mise en œuvre des dispositifs, mais aussi dans la diffusion d'une communication davantage personnalisée et positive. Cependant, les politiques publiques posent un cadre qui peut poser des défis organisationnels et des cloisonnements institutionnels qui peuvent limiter l'efficacité des initiatives territorialisées. La coordination des acteurs locaux et l'articulation avec les politiques publiques devient alors un enjeu du champ de la prévention. Les politiques publiques fournissent-elles le cadre nécessaire pour structurer et pérenniser les actions locales ? Comment assurer une articulation efficace entre les orientations stratégiques définies au niveau international

(OMS), national (la loi d'adaptation de la société au vieillissement et les différents plans nationaux bien vieillir par exemple) et les adaptations aux spécificités territoriales au niveau local ? Quels sont les leviers pour une collaboration efficace des acteurs de la prévention et favoriser une approche globale du vieillissement en bonne santé ?

Bibliographie

- Alvarez, S. (2014). *Prévention et vieillissement : l'expérience individuelle du vieillissement face à la norme contemporaine du "bien vieillir".* [Thèse de Sociologie. Université de Grenoble] https://theses.hal.science/tel-01145883v1/file/31784_ALVAREZ_2014_archivage.pdf
- Coste, J., Valderas, J.M., & Carcaillon-Bentata, L. (2022). The epidemiology of multimorbidity in France: variations by gender, age and socioeconomic factors, and implications for surveillance and prevention. *PLoS One*, 17(4):e0265842. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265842>
- Ellis, G., Gardner, M., Tsiachristas, A., Langhorne, P., Burke, O., Harwood, R.H., Conroy, S.P., Kircher, T., Somme, D., Saltvedt, I., Wald, H., O'Neill, D., Robinson, D., & Shepperd, S. (2017). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev*, (9), CD006211. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006211.pub3/full>
- Fried, L.P., Tangen, C.M., Walston, J., Newman, A.B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W.J., Burke, G., & McBurnie, M.A. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.*, 56(3), M146–M157. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>
- Gardent, H. (2001). Évaluer : avec quoi ? *Gérontologie et société*, 24(99), 97-109. <https://doi.org/10.3917/gs.099.0097>
- Insee. (2010). Projections de population 2007-2060. *Insee Résultats*, (117). <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151?sommaire=2020101>
- Mannheim, I., Wouters, E. J., Köttl, H., Van Boekel, L. C., Brankaert, R., & Van Zaalen, Y. (2023). Ageism in the discourse and practice of designing digital technology for older persons: A scoping review. *The Gerontologist*, 63(7), 1188-1200. <https://doi.org/10.1093/geront/gnac144>
- Monfort, E. Dannet, E., & Alvarez, S. (2024). *Conséquences des stéréotypes sur la conception d'IA pour les personnes âgées.* CAIH : Une Conversation entre l'IA et les Humanités, ENS Lyon, Nov 2024, Lyon (ENS), France. (hal-04749970) <https://www.tmc.fr/publication/hal-04749970v1?equipe=ThEMAS>
- Montaut, A., & De Riccardis, N. (2010). *Inégalités sociales de santé et avancée en âge.* Revue ADSP, (73), 34-37. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=113>
- Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon, A., Levälahti, E., Ahtiluoto, S., Antikainen, R., Bäckman, L., Hänninen, T., Jula, A., Laatikainen T., Lindström, J., Mangialasche, F., Paajanen, T., Pajala, S., Peltonen, M., Rauramaa, R., Stigsdotter-Neely, A., Strandberg, T., Tuomilehto, J., Soininen, H., & Kivipelto, M. (2015). A 2 year multidomain interventions of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 385(9984), 2255-2263. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60461-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60461-5)

Ninot, G., Abat, S., Minet, M., & Nogues, M. (2024). Définition du terme « intervention non médicamenteuse » (INM). Definition of “non-pharmacological interventions” (NPIs). *Kinésithérapie, la Revue*, (24), 9-14. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2024.03.009>

OMS. (1986). *Charte d’Ottawa, établie à l’issue de la première Conférence internationale du 17 au 21 novembre 1986 et ratifiée par la France.* <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349653/WHO-EURO-1986-4044-43803-61666-fre.pdf?sequence=1>

Santé publique France. (2022). *L’épidémiologie de la multimorbidité selon le genre, l’âge et les facteurs socio-économiques : des conséquences pour la surveillance et la prévention.* <https://www.santepubliquefrance.fr/revues/articles-du-mois/2022/l-epidemiologie-de-la-multimorbidite-selon-le-genre-l-age-et-les-facteurs-socio-economiques-des-consequences-pour-la-surveillance-et-la-prevention>

Serres, J.-F. (Rapporteur) (2017). *Combattre l’isolement social pour plus de cohésion et de fraternité.* Conseil économique social et environnemental. (Les avis du CESE). https://www.monalisa-asso.fr/uploads/2024/06/AVIS-CESE.2017_17_isolement_social.pdf

Stephan, B.C.M., Cochrane, L., Kafadar, A.H., Brain, J., Burton, E., Myers, B., Brayne, C., Naheed, A., Anstey, K.J., Ashor, A.W., & Siervo, M. (2024). Population attributable fractions of modifiable risk factors for dementia: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Healthy Longevity*, 5(6), e406-e421. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(24\)00061-8](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(24)00061-8)

Van Lieshout, R.J., McGowan, P.O., de Vega, W.C., Savoy, C.D., Morrison, K.M., Saigal, S., Mathewson K.J., & Schmidt, L.A. (2021). Extremely Low Birth Weight and Accelerated Biological Aging. *Pediatrics*, 147(6), e2020001230. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-001230>

Velaithan, V., Tan, M.-M., Yu, T.-F., Liem, A., Teh, P.-L., & Su, T.T. (2024). The Association of Self-Perception of Aging and Quality of Life in Older Adults: A Systematic Review. *Gerontologist*, 64(4), gnad041. <https://doi.org/10.1093/geront/gnad041>

WHO. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).* World Health Organization. <https://www.who.int/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

Publier dans *Gérontologie et société* : principes généraux

Ligne éditoriale et référencement

Gérontologie et société publie des **numéros thématiques et pluridisciplinaires consacrés à l'étude de la vieillesse et du vieillissement**, aux théories, aux causes et aux conséquences de leurs formes, dynamiques et représentations.

La revue a pour objectif de **permettre un dialogue entre les chercheurs de l'ensemble des disciplines concernées par le vieillissement** (anthropologie, architecture, démographie, économie, géographie, gestion, gériatrie, histoire, philosophie, psychiatrie, psychologie, santé publique, sciences politiques, sciences du management, sciences infirmières, sociologie...).

La revue édite **trois numéros par an**. La périodicité est fixe : printemps, été, hiver.

Gérontologie et société est **référencée** par le Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (Hcéres) dans la section 19 : sociologie et démographie.

La revue est **indexée** dans [Scopus](#), JournalBaseCNRS, International Bibliography of Social Sciences et PASCAL. *Gérontologie et société* présente un **critère d'indexation Indice H de 13**.

Procédure de soumission et d'évaluation

Gérontologie et société fonctionne par **appels à articles**. Les articles peuvent être soumis en français ou en anglais. La revue accueille également des **soumissions spontanées**, hors appel à articles.

Les articles doivent respecter strictement la [note aux auteurs](#) et bien préciser la rubrique dans laquelle l'article est soumis : « Articles originaux » ou « Perspectives et retours d'expériences » ou « Libre propos ». Les articles peuvent être soumis en français ou en anglais.

La revue respecte les procédures de sélection des articles en vigueur dans les revues scientifiques : **évaluation en double aveugle** par deux experts et examen par le comité de rédaction.

Les grilles d'évaluation sont spécifiques à chacune des deux rubriques « [Articles originaux](#) » ou « [Perspectives et retours d'expériences](#) », d'où l'importance à positionner son article dans la rubrique adéquate. Les coordinateurs de numéro, rédacteurs en chef et le service de la coordination éditoriale peuvent être rejoints en cas de question.

Par ailleurs, concernant les **soumissions** d'articles basés sur des protocoles de **recherches qualitatives**, les auteurs sont invités à consulter le [guide méthodologique](#) d'aide à la publication dans la revue *Gérontologie et société*.

Charte déontologique - Rappels globaux - Télécharger la charte complète [ICI](#)

En soumettant un article pour publication, quelle que soit la rubrique de soumission, **les auteurs garantissent que l'article est original, n'a pas été publié auparavant, n'a pas été soumis pour publication à un autre journal et ne le sera pas jusqu'à la réponse du comité de lecture**.

Un contrôle d'éventuelles cas de **plagiat et d'auto-plagiat** peut être effectué via des outils de détection de plagiat (tels que Compilatio et Scribbr, Ouriginal...).

Pour les articles soumis dans les rubriques « Articles originaux » ou « Perspectives et retours d'expériences », la confirmation doit être donnée que **les principes éthiques et le cadre légal ont été respectés**.

Les auteurs dont les articles sont acceptés pour publication cèdent les **droits d'auteur** de façon permanente à la revue. Les articles sont sous **embargo pour une durée de 3 ans**. Les auteurs peuvent cependant diffuser sur une **plateforme ouverte d'open data documentaire** ou republier une partie de leur article librement sous certaines conditions.

Calendrier et procédure de soumission

Les **propositions d'article complet**, en français ou en anglais (40 000 signes, espaces compris) **accompagnées d'un résumé** en français et en anglais **sont attendues pour le 15 juin 2026**.

Les soumissions d'articles doivent impérativement s'inscrire dans l'une des trois rubriques de la revue et **mentionner ce choix** en première page. Toutes les informations sur les rubriques, le processus éditorial et les grilles d'évaluation, merci de se référer au [site de la revue](#) **comité de rédaction informe les auteurs de l'acceptation ou du refus de la proposition pour entrer dans le processus éditorial** dans l'une des **trois rubriques de la revue** (« Articles originaux », « Perspectives et retours d'expériences », « Libres propos »). Les soumissions dans les rubriques « Articles originaux » et « Perspectives et retours d'expériences » sont ensuite **expertisées en double aveugle par des relecteurs externes** ; les articles proposés en « Libre propos » sont évalués par le comité de rédaction.

Les **soumissions sont à envoyer au plus tard le 15 juin 2026** à :

Cnavgerontologieetsociete@cnav.fr

Les **consignes aux auteurs sont en pièce jointe** (et [ici](#)).

Coordinateurs du numéro : Matthieu de STAMPA Matthieu.Destampa@CGD13.FR ;
Stéphane ALVAREZ stephane.alvarez@univ-grenoble-alpes.fr

Rédacteurs en chef : Nicolas FOUREUR et Thibauld MOULAERT

Comité de rédaction : Valérie ALBOUY ; Frédéric BALARD ; Catherine CALECA ; Christophe CAPUANO ; Aline CHAMAHIAN ; Aline CORVOL ; Roméo FONTAINE ; Nicolas FOUREUR ; Fabrice GZIL ; Valérie HUGENTOBLER ; Veronika KUSHTANINA ; Anne MARCILHAC ; Thibauld MOULAERT ; Bertrand PAUGET ; Bertrand QUENTIN ; Céline RACIN ; Muriel REBOURG ; Alain ROZENKIER ; Anne-Bérénice SIMZAC ; Matthieu de STAMPA ; Benoît VERDON ; Ingrid VOLÉRY.

Service de la coordination éditoriale : Hélène TROUVÉ, Marie VILLENEUVE, Valérie ZILLI

Gérontologie et société est référencée par le Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (Hcéres) dans la section 19 : sociologie et démographie.

La revue est **indexée** dans [Scopus](#), JournalBaseCNRS, International Bibliography of Social Sciences et PASCAL.

Gérontologie et société présente un **critère d'indexation Indice H de 13**.

Pour plus d'information

Site de la revue [ICI](#)

Diffuseur Cairn.info [ICI](#)

Diffuseur Cairn International [ICI](#)

Pour joindre le service de la coordination éditoriale

@ cnavgerontologieetsociete@cnav.fr



Cnav - Unité de recherche sur le vieillissement –

Revue *Gérontologie et société*

22ter rue des Volontaires - 75015 Paris

Contacts

Assistante éditoriale : Valérie ZILLI - valerie.zilli@cnav.fr - 07 64 78 84 14

Responsable éditoriale : Hélène TROUVÉ - helene.trouve@cnav.fr - 06 47 47 29 31

