

Le 21 janvier 2024

Requiem pour une approche globale et une stratégie gagnante des activités physiques à des fins de santé en France : une opportunité à saisir lors de la nouvelle Stratégie nationale sport santé 2025 - 2030

On en parle quasiment tous les jours à la radio, à la TV, sur les réseaux sociaux, dans les magazines, les influenceurs surfent sur les messages de prévention, moult études scientifiques prouvent leurs bienfaits incontestables, les scientifiques et médecins réputés alertent les gouvernants depuis des années sur une bombe sanitaire à venir (qui a déjà explosé), elle a même été décrétée cause nationale 2024 : cet enjeu est l'activité physique et sportive à des fins de santé.

A voir ce volontarisme et cette mobilisation depuis plusieurs années et notamment dans la dynamique des Jeux de Paris 2024, nous pourrions croire que la situation est « sous cloche ». Or la France occupe la peu envieuse 119^{ème} place sur 145 pays dans le monde pour le niveau de pratique d'activité physique et sportive chez les adolescents, avec ses impacts sociaux et économiques ravageurs.

Dans cette tribune, nous ne rappellerons pas la littérature abondante qui démontre l'état d'urgence de l'inactivité physique en France, dont les principaux indicateurs sont listés dans les chiffres-clés, nous nous appuierons sur certains indicateurs pour argumenter les propositions.

Après avoir rappelé la définition large du sport santé et de son origine liée à l'évolution de la société française, nous évoquerons l'approche d'autres pays européens influencés par leur culture. Nous verrons ensuite le rôle de l'Administration française et la portée limitée des messages d'alerte scientifique et de prévention, pour conclure par l'hérésie fiscale adossée au régime des activités physiques et sportives et la trajectoire budgétaire de l'Assurance-maladie qui nécessite de réinventer le financement de la prévention.

Une définition large et floue du sport santé qui nuit à son émergence

En guise de préambule, il est bon de rappeler les prémices d'une politique sport santé en France, d'abord avec le programme national nutrition santé (PNNS) en 2000 basé sur des recommandations alimentaires mais stoppé en 2016 faute d'efficacité. Ont suivi le lancement des Plans régionaux sport-santé bien-être fin 2012 (PRSSBE) puis de la Stratégie nationale sport santé (SNSS) pour structurer cette mobilisation territoriale, puis les Maisons sport santé (MSS) en 2019 pour déployer sur le territoire les prescriptions d'activités physiques.

Concernant le terme sport santé qui fait débat encore dans l'écosystème français, il n'est pas reconnu dans le monde anglo-saxon, ni dans la francophonie, nous serions esseulés en France dans l'utilisation de cette notion.

Pour apporter un éclairage sur cette définition, les auteurs proposent deux versions : à visée thérapeutique, il s'agit d'Activité physique adaptée (APA) et à visée bien-être il s'agit soit

d'Activité physique et sportive (APS) si la pratique est sportive soit de littératie physique si la pratique vise la mise en mouvement au quotidien.

Le premier essai de définition émane de la commission médicale du Comité national olympique et sportif français (CNOSF) en 2009, de la manière suivante : « *établir les conditions de pratique d'une discipline sportive aptes à maintenir ou améliorer la santé en prévention primaire, secondaire ou tertiaire* ».

Aussi paradoxal que cela puisse l'être, sa définition large ne facilite pas son appropriation et son développement, ce concept demeure encore au milieu du gué et à des allures très variables selon les territoires.

Les reproches formulés de cette définition est sa limitation au secteur médical ou du sport sur ordonnance, ce qui est en partie vrai notamment pour les préventions secondaires et tertiaires.

Trois types de préventions sont répertoriées, à savoir :

- la prévention primaire : elle correspond aux cas les plus légers, pour maintenir la santé des patients, notamment en termes de prévention sur les personnes atteintes de surpoids
- la prévention secondaire : pour les maladies chroniques, elle permet d'améliorer l'état de santé ou d'éviter son aggravation
- la prévention tertiaire : pour les maladies chroniques plus graves, elle évite ou prévient les récives

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) n'a pas proposé de définition du sport santé, elle a ciblé l'activité physique, « comme tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui requiert une dépense d'énergie ». Elle estime que « l'activité physique est bénéfique pour la santé et le bien-être tandis que l'inactivité physique accroît le risque de maladies non transmissibles (MNT) et d'autres problèmes de santé. »

De son côté, la Haute autorité de la santé (HAS) distingue les activités physiques adaptées à visée thérapeutique des actions sport santé à visée bien-être.

La notion de sport santé est également en concurrence avec le terme émergent et plus scientifique de littératie physique, originaire du Canada, qui considère le capital physique, cognitif et intellectuel tout le long de la vie, cela consiste « à acquérir la compétence, la confiance, les connaissances et la motivation nécessaires pour s'engager dans l'activité physique pour la vie ».

Plus prosaïquement, la littératie physique peut se résumer à un concept qui représente un état d'éducation relatif à la capacité d'un individu à intégrer et à valoriser l'activité physique de façon raisonnée et responsable dans son mode de vie tout au long de son existence.

Sa pertinence relève de sa vision globale au-delà de l'aspect médical, quel que soit leur niveau de santé, d'activité et d'âge.

C'est à partir de ce constat que la ville d'Avrillé précurseure dans ce domaine, a lancé son projet en 2024 d'expérimentation auprès de l'ensemble des élèves de CM2. L'évaluation canadienne de la littératie physique (ECLP-2) permettra de quantifier leur niveau selon quatre domaines : le comportement quotidien, la compétence physique, la motivation-confiance et la connaissance-compréhension

C'est la transformation structurelle de la société française qui explique les comportements inactifs avec ses conséquences sanitaires actuelles

Historiquement, la notion de sport santé viendrait de « la thérapie par l'activité physique » issue de l'antiquité grecque, qui considérait que « les soins du corps et de l'esprit sont liés ». A cette époque, les populations étaient bien plus actives avec des métiers opérationnels et de labeur.

La principale transformation de la société française remonte il y a un siècle en arrière, avec la notion de temps libre : de 1900 aux années 2000, sur la durée de vie de temps éveillé, nous sommes passés de 200 000h de travail à 67 000h, et de 100 000h à 400 000h de temps libre. Il s'agit d'une véritable inversion des courbes, le temps libre a supplanté le temps de travail comme temps de vie et dicte les normes culturelles.

Ce temps libre supplémentaire n'est plus rythmé par le travail comme lors des époques agricoles ou industrielles, alors que de nos jours, le secteur tertiaire représente plus de 80% des emplois, à forte dominante sédentaire.

La prise de conscience contemporaine est quant à elle très récente avec une littérature et des publications scientifiques conséquentes à partir de 1960 seulement.

Plus récemment, c'est la crise sanitaire COVID-19, qui a fait prendre conscience aux pouvoirs publics de l'importance de l'activité physique pour la santé des français.

Le constat a été rapidement établi que les personnes alitées dans les hôpitaux étaient très largement avec une santé fragile ou surcharge pondérale, alors que les personnes actives et sportives étaient bien moins recensées mis à part des cas exceptionnels.

Face à ce contexte de calamité publique, alors que la règle des 1 km et 1 heure était imposée sur le territoire national pour des raisons sanitaires, le Premier ministre Jean Castex (et ancien président de l'Agence nationale du sport) l'a remplacée le 26/11/2020 par la règle « du 20 km pendant 3 heures pour marcher, faire du sport et profiter de la nature », en indiquant que « le sport est bon pour la société, le sport est bon pour la santé, le sport est bon pour la solidarité ». C'est ainsi que pour la première fois, l'activité physique était reconnue officiellement par les pouvoirs publics au plus haut niveau pour son enjeu de santé publique.

Une approche européenne impactée par des cultures différentes des pays membres

C'est à partir du traité de Lisbonne en 2009 que l'Union européenne a proposé une première approche d'une politique sportive et éducative à des fins de santé publique, et d'ouvrir les perspectives de compétences d'appui aux pays membres.

Dans cette lignée, un rapport de l'OMS et de l'OCDE publié en 2023, confortait ces enjeux. Il indiquait que la pratique d'une activité sportive régulière permettrait d'augmenter de 7,5 mois l'espérance de vie des personnes qui ne sont pas assez actives, d'éviter plus de 10 000 décès prématurés par an et d'économiser 8 milliards € par an de dépenses des États membres de l'UE à leur budget alloué à la santé.

De par leur culture et leur histoire, les pays membres ont une approche naturellement différenciée. Parmi les différentes politiques européennes, deux grandes visions peuvent être

évoquées à savoir, la culture latine (France, Italie, Espagne, Portugal...) et les pays « nordiques », anglo-saxons (Royaume-Uni, Finlande, Suède, Norvège).

La culture latine dans une approche sociale, considère que le citoyen a besoin d'être accompagné dans la recherche de son activité physique. Le médecin généraliste joue souvent un rôle pivot mais il n'a pas forcément le temps (sans parler des déserts médicaux), ni la formation ni les moyens d'orienter ses patients.

Les dispositifs de diagnostic et de sensibilisation sont généralement portés par les Collectivités locales, avec un accompagnement proposé en moyenne de 6 mois à un an avant de choisir une discipline dans une association ou un club de forme. Il n'y a pas de prise en charge par l'assurance maladie, si ce n'est par des collectivités volontaires, elle peut être totale ou avec une demande de participation symbolique. Le taux de pratique moyen de ces pays se situe plutôt dans la partie inférieure ou la moyenne européenne avec 50% de pratiquants réguliers.

Quant à la culture « nordique », elle prône plutôt une approche responsable et libéralisée, les citoyens devant se prendre en charge personnellement, considérant l'enjeu de santé publique étant l'affaire de tous. La possibilité de prescription qui a une valeur incitative est beaucoup plus large avec les pharmacies, les kinésithérapeutes, les infirmiers libéraux et scolaires, les conseillers emploi. Les dispositifs d'accompagnement sont relativement courts de 3 à 6 mois et incitent fortement vers des associations sportives. Il n'y a pas de prise en charge par l'Etat et très peu via les collectivités porteuses de ces projets.

Ces pays font partie des bons élèves au niveau européen avec une pratique régulière d'activité physique plus développée autour de 65%.

Le seul exemple contemporain connu avec des résultats tangibles en Europe serait l'Islande, peuplé de 393 000 habitants environ.

En effet, comment le pays est passé en quelques années d'une jeunesse ayant le taux de consommation d'alcool et de substances psychoactives le plus élevé à la jeunesse ayant la qualité de vie la plus saine en Europe ?

En résumé, tout l'arsenal disponible a été utilisé dans cette ambition nationale : une loi qui interdit l'achat de tabac (-18 ans) et d'alcool (-20 ans) avec une publicité interdite, un couvre-feu pour les ados, les liens parents-école renforcés pour le suivi des enfants avec une sensibilisation au temps passé en famille, puis du sport à gogo avec une aide familiale de 280€/an et par enfant (40% des jeunes faisant quatre fois/semaine du sport).

Selon les psychologues qui ont accompagné cette étude, « globalement la prévention sur les stupéfiants ne fonctionne pas car personne n'y prête attention, ce qui est nécessaire, ce sont les compétences pour agir »

Si la duplication de cet exemple paraît délicate à l'échelle d'un pays de plusieurs millions d'habitants, il faut reconnaître les résultats remarquables de cette initiative qui englobe l'information, la prévention ainsi que la force de la loi nécessaire pour poser le cadre.

Une structuration administrative hybride qui nuit à sa visibilité et nécessite une impulsion décisive en matière de sport santé

Il existe bien une Stratégie nationale sport santé (SNSS) co-pilotée par le Ministère en charge des sports et le Ministère de la Santé, mais sa périodicité 2019-2024 n'a pas été réactualisée, il devient donc urgent de revoir la structuration de la déclinaison des politiques sport santé en intégrant davantage l'ensemble des acteurs pour la période 2025 -2030.

Elle ne dispose pas de moyen dédié, et ne propose que des recommandations dépourvues de caractère obligatoire.

Plus récemment en novembre 2022, une mission interministérielle à la Santé et aux Sports a été confiée au Dr Dominique DELANDRE avec un objectif d'une publication à l'été 2023, qui n'a pas encore vu le jour.

Même lorsque des lois ou décisions gouvernementales sont prises pour autoriser des expérimentations limitées à un territoire ou à une pathologie, il faut parfois déployer un trésor d'énergies pour « faire sortir » les décrets d'application.

C'est l'exemple de la signature d'un décret d'application prévu par la loi depuis 4 ans, dont le député Belkhir Belhaddad a réussi à obtenir sa publication officielle, à la suite d'un périple de 300 km à vélo et à pied. Cela permettra d'autoriser une expérimentation sur les patients diabétiques de type 2 dans les régions de Grand Est, des Hauts-de-France et de Guadeloupe, avec une prise en charge de diagnostics et séances d'activités adaptées, une évaluation du dispositif sera partagée.

Le rôle d'impulsion de la Haute autorité de la Santé (HAS), qui reconnaît l'activité physique adaptée comme une thérapie non médicamenteuse, est majeur et semble méconnu. En effet, elle seule dispose de la capacité de transmettre des directives à la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM) afin d'intervenir auprès des Agences régionales de santé (ARS) pour déployer des programmes d'intervention.

Faute de directive, les interventions des ARS en matière de sport santé sont donc très hétérogènes selon les territoires, certaines initiatives sont bien lancées mais elles sont clairsemées voire isolées dans leur action.

C'est la raison pour laquelle une coordination régionale semble indispensable en lien avec les DRAJES pour donner une véritable puissance collective à l'action de l'Administration.

Au nombre de 573 fin 2023, les maisons sport santé (MSS) ont été lancées en 2019 conjointement par le Ministère en charge des sports et le Ministère de la santé pour permettre au patient une prise en charge par des professionnels de la santé et du sport, afin de suivre un programme personnalisé dans une pratique d'activité physique et sportive.

Une dernière enquête du Centre de ressources national sport santé sur 415 MSS évoque un bilan de 244 000 consultations dont 71 000 ont bénéficié d'un bilan de condition physique, 129 000 d'un programme ou action de prévention primaire et 66 000 programmes d'accompagnement en prévention secondaire ou tertiaire.

Si cette initiative a été saluée, malgré un cahier des charges fixé par décret ministériel, les MSS sont très hétérogènes, tant en termes de portage juridique que de missions. Une proposition serait de prévoir des catégories en reprenant les 4 niveaux définis par la HAS : rééducation, APA, APS, activités autonomes.

Il reste donc à élaborer et structurer une politique « sport santé », qui serait pilotée au niveau national par les Ministères des sports et de la santé via la SNSS, au niveau régional et départemental par les DRAJES / ARS, et au niveau local par les collectivités territoriales.

Les messages de prévention ne touchent pas suffisamment la cible des inactifs et des jeunes particulièrement

Alors que les pouvoirs publics s'évertuent à transmettre des messages de prévention pour une hygiène de vie et une alimentation saine, les risques liés à l'exposition aux écrans, la société française n'a jamais été autant sédentaire avec une alimentation nocive et en particulier les jeunes. Il n'y a qu'à voir les contenus réguliers de l'alimentation des jeunes avec les sodas et autres aliments transformés.

Dans ce domaine les messages d'alertes scientifiques ne pèsent pas lourd face aux spots publicitaires des multinationales qui entourent le quotidien des jeunes avec des messages toujours plus accrocheurs pour les attirer via des notions de goûts sucrés, salés et gras délétères pour la santé, et de fun.

Il s'agit clairement d'une affaire de marketing qui illustre le faible poids des recommandations alimentaires face aux géants de l'agro-alimentaire, la puissance économique des industriels écrase clairement le match alors que l'enjeu est majeur.

Selon une enquête de Santé publique France en 2020, l'exposition à de la publicité pour des aliments transformés induit une augmentation de 56 % de consommation chez les enfants exposés par rapport aux enfants non exposés. Dans la dynamique des Jeux, Paris 2024 a bien martelé la volonté de faire bouger les français notamment avec l'ambassadeur Michel CYMES, reste à voir les résultats de cette action dans les prochaines mois et années.

Aussi, la question de la régulation des publicités pour des produits gras, salés et sucrés se pose, comme l'évoque le rapport de la DREES de juillet 2024.

Il existe également des crédits interministériels conséquents de plus de 127M€ en 2024, dont une large partie de ces fonds est destinée à la prévention des addictions, le Fonds national de lutte contre les addictions (FNLCA) soutient le programme national qui concerne en priorité le tabagisme, l'alcool, les substances psychoactives, les jeux d'argents et les jeux vidéos.

Au vu des moyens importants engagés, la question de l'évaluation de cette politique de prévention se pose.

L'hérésie fiscale des activités physiques et sportives

Au-delà des mesures volontaristes, il ne peut être mis de côté l'incohérence de la fiscalité relative aux activités physiques, certainement née de l'empilement des mesures sans réflexion sur leur harmonisation.

Tout d'abord, comment justifier que la consommation de fast food et de boissons sucrées bénéficient de taux réduits de TVA quand la malbouffe est une cause majeure des surpoids et des coûts croissants de prises en charge par l'assurance maladie ? idem pour l'univers des jeux vidéo, du e-sport qui jouissent d'une TVA adaptée.

Comment justifier que la participation à une course de 10km, marathon, triathlon, sports de nature, ou des loisirs sportifs continuent d'être taxés avec une TVA à 20%, quand l'entrée à un spectacle sportif bénéficie d'une TVA réduite à 5,5% ?

Autant dire que la politique fiscale roule clairement à contre-sens des messages publics de prévention et décourage tous les acteurs engagés dans cet enjeu de santé publique.

Il existe actuellement une fiscalité nutritionnelle « taxe Soda » sur les boissons sucrées, mais jugée inefficace, et qui revient dans le budget général de l'Etat sans être dédiée à des actions de sensibilisation notamment à l'école dès le plus jeune âge.

L'exemple britannique plus contraignant est mis en exergue par le député rapporteur M. Thierry Sother, lors d'une proposition de loi « pour plus de sport et moins de sucre », qui sera débattue le 23 janvier 2025. D'autres fiscalités nutritionnelles ont été proposées dans le projet de loi de finances 2025 qui n'a pu être voté suite au changement de gouvernement en décembre dernier.

Une trajectoire budgétaire intenable pour l'Assurance-maladie, qui nécessite de réinventer le financement du dispositif de prévention

Pour rappel, le budget prévisionnel 2025 de la sécurité sociale était de plus de 661 Mds € dont 263 Mds € pour l'Assurance maladie, avec un déficit annuel récurrent de plus de 18 Mds...

Avec un coût annuel en France de 17 milliards € lié à la sédentarité, et une hausse irréversible des dépenses associée à l'accroissement du surpoids et de l'obésité qui serait de 0,7 % du PIB d'ici à 2030, la trajectoire budgétaire est clairement intenable pour l'Assurance maladie.

Autre coût caché moins connu : 12,3 milliards € sont nécessaires chaque année pour soigner les personnes en raison d'une alimentation déséquilibrée et transformée. Des pathologies comme le diabète de type 2, l'obésité, l'hypertension, de nombreux cancers y figurent au premier rang. A titre d'exemple, le traitement du diabète en France coûte plus de 10 Mds €. Cette situation est un marqueur social fort avec les personnes les plus précaires qui sont touchées plus largement. Alors que la malbouffe est une cause majeure des surcharges pondérales, le système français se retrouve à subir cette situation qui impacte fortement les comptes de la Nation.

Lors des derniers débats du « Parlement du Sport » à l'Assemblée nationale, le directeur de la CNAM indiquait alors « être totalement favorable à l'initiative de prise en charge individuelle des patients » mais que le budget évoqué est insupportable pour l'assurance maladie pour les 20 millions de malades chroniques.

Avec un rapide calcul d'une prise en charge de 300€ par personne, il estimait à 6 milliards € les besoins de financement tout en occultant les économies des dépenses de santé.

Si les finances publiques ne peuvent suivre face à un fléau de santé publique, il faut rechercher de nouvelles sources de financement.

Comme dans le secteur de la transition écologique qui a mis à contribution les entreprises obligées pour l'isolation des maisons et autres supports, pourquoi ne pas instaurer un principe du « pollueur-payeur » pour financer la prévention et la sensibilisation de l'activité physique et d'une alimentation saine notamment chez les jeunes ?

Ce principe permettrait de faire supporter par les pollueurs « alimentaires » les coûts engendrés par leur propre activité, y compris le coût des mesures prises pour prévenir et

réparer les dégâts de la malbouffe, et d'engager la responsabilité des industriels vers une alimentation plus saine.

Si certains industriels financent le secteur sportif, ils ciblent les messages et les pratiques à des fins d'opportunités commerciales, cette initiative permettrait un abondement dans le sens de l'intérêt général sans contrepartie ni visibilité.

En conclusion, le sentiment qui prédomine depuis la dernière décennie, est qu'il y a une forte volonté des pouvoirs publics de sensibiliser les français sur les dangers de l'inactivité physique et la consommation de substances psychoactives, mais que la prévention seule ne peut résoudre ce fléau.

Un changement de logique s'impose, pour aller d'une logique curative qui promeut l'accès au soin pour tous, vers une logique préventive qui inciterait à l'activité physique comme une thérapie non médicamenteuse. La dénomination de l'Assurance-maladie laisserait ainsi la place à l'Assurance-santé avec une connotation plus active et positive.

Le modèle empirique actuel avec des initiatives individuelles sans cadre structurel doit laisser la place à un projet collectif de société, qui est primordial pour agir sur les compétences de vie nécessaires, et embarquer le pays dans une véritable ambition nationale.

Sur la méthode du comité d'organisation de Paris 2024, chère à la nouvelle Ministre des sports, Marie Barsacq, cette ambition collective pourrait être incarnée par une personnalité reconnue, pas forcément experte dans ce domaine, qui serait capable de porter ce message à l'ensemble des acteurs de l'écosystème des activités physiques et sportive, et de la santé en France et à l'international.

Cela serait une stratégie gagnante et un héritage structurel après les Jeux de Paris 2024 pour une Nation active en réponse à des enjeux de santé publique désormais incontournables.

Cyril Cloup cyril.cloup@free.fr

Grégory Czaplicky czaplicki.gregory@gmail.com

Benoit Maury directeur@toulouseuniversiteclub.fr

Marc de Singly m.desingly@ville-avril.fr

Les chiffres clés du sport santé

- En France
 - 17 % des jeunes de 6 à 17 ans sont en surpoids et 49 % des adultes.
 - L'obésité touche environ 4 % des enfants/adolescents (600 000 personnes) et 17 % de la population adulte (9,5 millions de personnes)
 - 37 % des enfants de 6 à 10 ans et 73 % des jeunes de 11 à 17 ans ne respectent pas les recommandations en matière d'activité physique
 - 40 % des étudiants ne pratiquent aucune activité physique et sportive
 - Les enfants et les adolescents passent en moyenne entre 3 à 4 heures par jour devant un écran.
 - Seulement moins de 20 % des garçons et un peu plus de 25 % des filles de 6 à 17 ans passent moins de 2 heures par jour devant un écran
 - plus de 4,3 millions de personnes diabétiques étaient identifiées par l'assurance maladie en 2022
- La sédentarité est la 4ème cause de mortalité et la 1^{ère} cause de mortalité
- 3.2 millions de décès dans le monde dus à l'inactivité et sédentarité
- 10 millions de personnes en affection de longue durée (ALD)
- 20 millions de personnes avec pathologies chroniques
- Une baisse de 25 % des capacités cardio-vasculaires des jeunes en 40 ans
- La probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie ainsi, selon les études, de 20 % à 50 % avant la puberté, et atteint 50 % à 70 % après la puberté
- Une hausse du diabète de type 2 (excès de glucose) désormais, chez des publics jeunes, aux alentours de 30 ans, alors qu'il apparaissait généralement à partir de 60 ans
- En 2012, le coût social de la surcharge pondérale (surpoids et obésité) : 20,4 milliards € dont 12,8 milliards € au titre de la seule obésité
- La hausse des dépenses associée à l'accroissement du surpoids et de l'obésité pour l'assurance maladie serait de 0,7 % du PIB d'ici à 2030
- Les trois complications les plus coûteuses pour l'assurance maladie sont : le diabète (38 % du coût), les maladies cardio-neurovasculaires (27 %) et les cancers (13 %)
- Le coût social annuel de l'inactivité physique à 140 Mds € (pour 62 000 pathologies et 38 000 décès prématurés)
- Pour une personne de 20 à 39 ans devenant active le coût « évité » est de 840€/an
- 8 000 médecins en France dont 500 médecins du sport
- Le coût de la sédentarité en Europe : 82 Mds €

Sources :

- Commission affaires culturelles et de l'éducation de l'Assemblée nationale
- Rapport « pour plus de sport et moins de sucre » de M. Thierry SOTHER
- Anses
- Organisation mondiale de la santé
- Santé publique France
- Ministère des Sports, de la Jeunesse et de la vie associative
- France Stratégie
- Pole ressources national sport santé
- Fédération française des diabétiques
- L'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE)
- Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
- Jean-Pierre Augustin
- Jean Viard