

**Mission « flash »
relative à la prescription d'activités physiques
à des fins thérapeutiques**

Communication de M. Belkhir Belhaddad

—

Mercredi 31 janvier 2018

Madame la Présidente,

Mes chers Collègues,

Je suis heureux de vous présenter ce matin ma communication en conclusion des travaux de la mission « flash » relative à la prescription d'activités physiques à des fins thérapeutiques, qui m'a amené, au cours des deux dernières semaines, à effectuer 17 auditions ainsi qu'un déplacement sur le terrain, à Strasbourg, ville-pionnière en matière de sport-santé depuis 2012.

Ayant travaillé dans des établissements de santé et ayant été en charge du sport à la mairie de Metz, ainsi que vice-président de l'Association nationale des élus en charge du sport (ANDES), je dois avouer que je suis depuis longtemps familier des enjeux liés au sport-santé.

Cette mission « flash » n'avait pas pour objet d'embrasser l'ensemble de ces enjeux, mais d'établir plus particulièrement un premier bilan de l'application du décret du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée (ALD). Ce

décret a été pris pour l'application de l'article 144 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

➤ **Je tiens toutefois à préciser d'emblée que l'utilisation du sport au service des politiques publiques de santé n'a pas commencé avec cette loi** et que la notion d'activité physique adaptée (APA) est beaucoup plus large que la question du sport sur ordonnance.

Dès 2013, des plans régionaux « Sport Santé Bien-Être » ont commencé à être déclinés sur le territoire, sur la base de l'instruction ministérielle du 24 décembre 2012 relative au développement de la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique. Des initiatives ont ainsi fleuri à Strasbourg, à Blagnac ou encore à Biarritz.

Je vais tout d'abord évoquer le dispositif strasbourgeois. Les personnes souffrant de certaines ALD (diabète, cancers, VIH, maladies cardio-vasculaires, respiratoires et rhumatismales) y sont orientées vers des activités physiques, soit à la suite d'une demande dont ils font part à leur médecin traitant, soit sur proposition de ce dernier, dans le cadre d'une consultation dédiée ou à l'occasion d'une consultation classique. S'il

l'estime opportun, le médecin traitant prescrit l'activité physique adaptée sans utiliser le formulaire national où il est expressément précisé que la dispensation de cette activité n'est pas prise en charge par l'assurance-maladie. Le patient est ensuite orienté par l'équipe de coordination de la régie municipale vers un éducateur sportif qui procède à un entretien sur la base d'un questionnaire et d'une évaluation physique globale. Sur le fondement des résultats de ces tests, un programme d'activités est défini avec le médecin traitant. Selon les activités retenues, le patient est accompagné par les éducateurs de la municipalité ou par ceux des associations sportives partenaires. Sont consignées dans un carnet de suivi remis au patient (et communiquées par courriel au médecin traitant) les conclusions des entretiens conduits avec les éducateurs sportifs au bout d'un mois, puis tous les six mois jusqu'à l'issue des trois années que peut durer le parcours pris en charge par la collectivité.

La pratique des activités physiques adaptées est en effet gratuite la première année – et donc intégralement financée par la collectivité. Puis elle fait l'objet d'une tarification solidaire progressive oscillant entre 20 et 100 euros par an, selon les ressources des bénéficiaires, les deuxième et troisième années.

Cela représente un coût de 450 000 euros par an, dont 70 % sont financés par la Ville de Strasbourg, 10 % par l'agence régionale de santé (ARS) du Grand-Est, et 5 à 10 % par le régime local d'assurance-maladie.

Ce coût correspond essentiellement à la rémunération des 7 équivalents temps-plein (ETP) d'éducateurs sportifs – qui étaient déjà employés par la municipalité et qui ont été associés au dispositif à la faveur de redéploiement d'effectifs. L'utilisation des installations sportives – dont la mise à disposition n'est pas toujours facile dans d'autres villes, comme Blagnac – représente également un coût.

Au total, à Strasbourg, 2 000 personnes sont entrées dans le dispositif depuis 2012 (70 % de femmes et 30 % d'hommes). Les bénéficiaires que j'ai pu rencontrer s'en sont montrés unanimement satisfaits. Outre qu'ils ressentent les bienfaits sur leur santé d'activités physiques vers lesquelles ils ne seraient pas spontanément allés et que leur consommation de médicaments se réduit en conséquence, ils apprécient le lien social permis par la pratique des activités physiques, y compris avec les sportifs qui ne souffrent pas d'ALD. Les bénéficiaires du dispositif qui ont une activité professionnelle souhaiteraient même que davantage d'activités puissent être proposées en soirée.

➤ **La loi du 26 janvier 2016, le décret du 30 décembre 2016 et l'instruction ministérielle du 3 mars 2017 ont entendu donner un cadre national à de telles initiatives, qui ont été foisonnantes. Or, si le dispositif législatif fait l'objet d'une large approbation parmi les personnes que j'ai entendues, on ne peut pas en dire autant du dispositif réglementaire.**

Le Dr. Alexandre Feltz, adjoint au maire de Strasbourg, a même qualifié celui-ci d'« *usine à gaz complètement folle* ». Les médecins strasbourgeois qui prescrivent des activités physiques adaptées depuis 2012 ont estimé que la prescription était plus simple avant l'édiction du décret.

Outre que **l'élaboration de ce décret n'a pas été accompagnée d'indicateurs susceptibles de permettre une évaluation de son efficacité**, comme le nombre de prescriptions médicales prises sur son fondement, **ses dispositions susciteraient de sérieuses difficultés sur le terrain, en particulier en ce qui concerne la formation des intervenants spécialisés.**

Nombre des personnes entendues se sont en particulier étonnées de ce que, sans fournir de référentiel, l'on impose des certifications

professionnelles et des formations complémentaires à des éducateurs sportifs qui, souvent titulaires de diplômes délivrés par les fédérations sportives, dispensaient déjà des enseignements d'activité physique adaptée et santé (APA-S). Or, dans le même temps, les titulaires de diplômes d'État, qui n'ont pas nécessairement de compétence en la matière au titre de leur cursus, sont exonérés de formations complémentaires pour dispenser des enseignements d'APA-S.

Ces exigences pourraient notamment contraindre les éducateurs sportifs de l'association Siel Bleu – qui interviennent aujourd'hui dans près de 40 % des maisons de retraite de France et proposent chaque semaine des activités physiques à quelque 120 000 bénéficiaires – à quitter lesdites maisons de retraite... et ce alors que le Comité national olympique et sportif français (CNOSF) estime entre 10 000 et 20 000 le nombre d'emplois qui pourraient être créés dans le secteur de l'enseignement de l'APA-S.

S'il ne doit pas être tari par une régulation excessivement tatillonne, ce potentiel économique ne doit pas non plus créer un effet d'aubaine. La prise en charge de patients dont les pathologies peuvent être très lourdes doit être sécurisée par la labellisation des formations des

intervenants spécialisés. Un effort doit donc être fourni afin de mettre en place les formations complémentaires spécialisantes qui sembleraient encore faire défaut pour un certain nombre de pathologies. Parmi les formations mises en place, je tiens à signaler l'exemple du diplôme universitaire (DU) « sport et cancer » créé en 2009 au sein de l'Université Paris XIII en partenariat avec la CAMI Sport et cancer. Ce DU a été suivi depuis cette date par 250 étudiants passés par une école de masso-kinésithérapie ou ayant obtenu le brevet professionnel « jeunesse, éducation populaire et sport » (BPJEPS) ou une licence de sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS). Ce DU est le premier en France à avoir fait le lien entre des pathologies spécifiques et la pratique du sport à visée thérapeutique.

En fait, le décret a sans doute trop « standardisé » le profil des personnes susceptibles d'intervenir en matière d'APA-S tout en opposant les masseurs-kinésithérapeutes aux enseignants en APA-S, alors que leurs rôles sont complémentaires.

➤ **Outre les difficultés liées à la certification et à la labellisation des formations des intervenants spécialisés, il semblerait qu'un grand nombre de médecins traitants ne soient pas suffisamment formés aux enjeux du sport-santé ni informés du dispositif, alors qu'ils en sont le pivot.**

Une campagne de sensibilisation spécifique doit absolument être menée auprès des médecins car tous ne sont pas convaincus de l'opportunité d'utiliser l'APA dans leur stratégie de soins. En outre, beaucoup de médecins ne savent pas très bien quoi prescrire à qui et rechignent à suivre une formation post-universitaire spécifique. Des initiatives ont été lancées pour y remédier : l'association Siel Bleu a par exemple créé un campus qui ambitionne de devenir un organisme de formation continue des médecins en matière de sport-santé. De son côté, dans le cadre de son dispositif « Prescri'forme », l'ARS d'Île-de-France a développé des outils d'aide à la prescription *via* une plateforme téléphonique et un site Internet.

Par ailleurs, la commission médicale du Comité national olympique et sportif français (CNOSF) a produit, en avril 2017, un document volumineux, intitulé « **Médicosport-santé** », qui vise à parfaire

l'information du corps médical afin qu'il adapte au mieux ses prescriptions sportives au regard des pathologies à traiter.

Ce recueil de bonnes pratiques étant très technique et difficilement lisible, même pour des médecins, un partenariat a été noué avec les éditions Vidal afin de diffuser ces données sous forme de « **fiches Vidal** » d'ici la fin du premier semestre 2018. Cela devrait contribuer à mieux faire connaître le sport-santé des médecins et à faciliter la prescription d'activités physiques à des fins thérapeutiques.

Nous attendons également que la **Haute autorité de santé (HAS)** formule des recommandations ciblées, pathologie par pathologie, ainsi que des référentiels d'évaluation. Annoncées pour le deuxième trimestre de cette année, ces recommandations sont très attendues par l'ensemble des acteurs, et en particulier par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). En effet, faute de recommandations, les délégués de la CNAMTS peuvent difficilement sensibiliser les médecins traitants à l'intérêt de la prescription d'APA.

Le rôle du médecin traitant est effectivement central, puisqu'il est actuellement le seul à pouvoir prescrire des activités physiques. Or, certaines personnes ont la possibilité de désigner un médecin

hospitalier comme médecin référent, qui fait office de médecin traitant, mais pas au regard du décret du 30 décembre 2016. La possibilité de prescription devrait *a minima* être élargie à ces médecins hospitaliers référents pour certaines pathologies lourdes, notamment les cancers.

➤ **L'un des défauts majeurs du décret du 30 décembre 2016 tient à ce qu'il n'a rien prévu en matière de financement.**

La **consultation du médecin traitant** au titre de la prescription d'une activité physique adaptée prend entre 15 et 30 minutes au moins, et elle engage le médecin sur un terrain qui ne lui est pas familier, avec potentiellement de lourdes conséquences en termes de responsabilité. Or, elle ne bénéficie pas d'une prise en charge spécifique, ce qui n'est pas de nature à inciter les médecins à s'impliquer dans le dispositif. Sans aller jusqu'à un codage de cet acte, on pourrait à tout le moins imaginer qu'il soit pris en compte au titre de la **rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)**. D'après mes interlocuteurs, il suffirait d'ajouter un trentième indicateur à la convention liant le syndicat des médecins généralistes à la CNAMTS.

Quant au **coût des activités physiques adaptées prescrites** par le médecin traitant, les personnes que j'ai entendues ont, quasi-unaniment, formé le vœu que la Sécurité sociale le prenne en charge, même à un niveau symbolique, non pas tout au long de la vie, mais pendant une période limitée, à la suite d'un épisode médical aigu, le temps d'impulser chez le patient un changement de comportement à l'égard de la pratique sportive. À cet égard, la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN), qui développe un certain nombre de programmes en matière de sport-santé, estime à 3 mois le délai minimal nécessaire pour modifier les comportements des patients sur le long terme.

Quelle que soit sa forme, y compris celle d'une dispense d'avance de frais aux patients – plutôt que d'un remboursement *a posteriori*, comme on en connaît en matière de sevrage tabagique –, la prise en charge, même symbolique, du coût des séances d'APA par l'assurance-maladie permettrait d'entraîner les différents acteurs dans un cercle vertueux et d'amorcer la généralisation de la **prise en charge complémentaire par les assurances et les mutuelles**. Celles-ci sont aujourd'hui souvent réticentes à proposer un remboursement, même partiel, en l'absence d'un « socle » assumé par la solidarité nationale. On m'a néanmoins parlé de la MAIF, de « Swisslife », de « Just » ou encore d'« Harmonie mutuelle ». Lors de leur

audition, les représentants de la MGEN ont indiqué que, de leur point de vue, les assurances et les mutuelles n'avaient pas vocation à solvabiliser la prévention primaire (qui vise à éviter l'apparition de la maladie), mais bien plutôt la prévention secondaire (qui vise à éviter l'aggravation de la maladie) et la prévention tertiaire (qui vise à éviter les complications et risques de récurrence).

Je tiens tout de même à souligner que certaines caisses primaires d'assurance-maladie (CPAM) ont pris l'initiative de proposer un remboursement partiel, dans le cadre d'expérimentations. C'est le cas dans les Bouches-du-Rhône, où la CPAM prend en charge, à hauteur d'un tiers, le coût des activités physiques prescrites aux femmes ayant souffert d'un cancer du sein. Les deuxième et troisième tiers sont pris en charge respectivement par les mutuelles et par la patiente.

Sur la base de ce type d'expérimentations et de celles menées dans le réseau des 63 villes-santé qui se sont engagées avec volontarisme en matière de « sport-santé », il conviendrait de **définir un modèle économique réaliste permettant la généralisation de ces initiatives afin d'atténuer les inégalités territoriales qui résultent aujourd'hui du**

manque de coordination des différents acteurs et de la diversité des pratiques des collectivités locales et des ARS. Selon les territoires, ces dernières proposent en effet un financement à hauteur de 10 %, 5 % ou 0 %, pour accompagner davantage le lancement de projets que leur pérennisation, et ce par manque de moyens plus que de volontarisme. À cet égard, le fonds d'intervention régional (FIR) pourrait être davantage mobilisé.

La définition de ce modèle économique est essentielle car il est apparu, dans les villes « pionnières », que les aides de la collectivité, qu'elles émanent des collectivités territoriales ou, à titre exceptionnel, de l'assurance-maladie, sont décisives pour assurer l'accessibilité financière des activités physiques prescrites par les médecins traitants.

Pour pérenniser l'activité physique à l'issue du parcours pris en charge, il serait également souhaitable que les fédérations sportives proposent des **licences « sport-santé » à des tarifs moins élevés** que les licences classiques. Or, si certaines associations sportives, comme le club d'aviron de Strasbourg, proposent des tarifs préférentiels en matière de « sport-santé » (180 euros par an contre 300 euros pour la licence classique), ce n'est pas le cas de la fédération d'athlétisme, par exemple.

La licence « Athlé-Santé » de cette fédération est en effet plus chère que sa licence « Athlé-Compét' ».

Le coût des licences sportives est loin d'être dénué d'incidence sur la décision des personnes souffrant d'ALD de poursuivre leurs activités physiques. Si, à Blagnac, 81 % des personnes ayant suivi le parcours « sport-santé » pris en charge totalement (la première année), puis partiellement (les deux années suivantes) par la collectivité, poursuivent une activité physique, les bénéficiaires du dispositif strasbourgeois avec lesquels j'ai pu m'entretenir ont souligné le frein financier que peut représenter le coût de l'intégration d'un club sportif à l'issue du parcours triennal financé en tout ou partie par la collectivité. Cet obstacle est particulièrement prégnant pour les personnes en situation de précarité sociale que leur maladie chronique ne fait qu'accroître : ces personnes doivent pouvoir bénéficier pleinement de la solidarité nationale.

➤ **Cela est regrettable car la démonstration scientifique des bienfaits de l'activité physique pour la santé n'est aujourd'hui plus à faire.**

Lors de son audition, M. Didier Ellart, vice-président de l'ANDES, a rappelé que la pratique régulière d'une activité physique permet de réduire de 30 % les risques de maladies cardio-vasculaires, de 25 % les risques de cancer du sein, et d'environ 7 ans la dépendance. Le professeur Jean-François Toussaint a ajouté que des études scientifiques permettaient aujourd'hui de prouver les bienfaits de l'activité physique sur des pathologies comme la mucoviscidose ou encore la drépanocytose, ainsi qu'en matière de santé mentale.

En revanche, on manque d'études médico-économiques démontrant l'utilité de la promotion et de la prise en charge de ces activités pour les finances publiques.

Je signale toutefois qu'une étude sur ce sujet a été lancée par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) à la fin de l'année dernière, et qu'une mission d'évaluation globale de l'efficacité des dispositifs « sport-santé » a été confiée à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'Inspection générale de la jeunesse et des sports (IGJS), qui devraient rendre leurs conclusions dans les jours qui viennent.

En outre, les représentants de la CAMI Sport et cancer nous ont indiqué qu'ils avaient engagé, avec le pôle d'économie de la santé du centre régional de lutte contre le cancer Gustave-Roussy, un projet visant à vérifier l'intérêt de l'APA d'un point de vue médico-économique.

Malgré l'absence d'études médico-économiques de référence, on nous a fait part de quelques chiffres lors de nos auditions. **On sait qu'aujourd'hui, dans notre pays, environ 10 millions de personnes souffrent d'au moins d'une des 29 ALD énumérées dans le décret du 19 janvier 2011** portant actualisation de la liste et des critères médicaux utilisés pour la définition des affections ouvrant droit à la suppression de la participation de l'assuré. Elles seraient même près de 20 millions si l'on ajoute à ces ALD l'obésité et l'hypertension artérielle sévère qui n'est plus considérée comme une ALD ouvrant droit à la suppression de la participation de l'assuré depuis un décret du 24 juin 2011. Je ne peux que le déplorer. Toutefois **je souhaite que l'on propose la possibilité aux patients souffrant d'hypertension artérielle de relever du décret du 30 décembre 2016.** Je rappelle à cet égard que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a établi une liste d'une centaine de maladies chroniques qui devraient, à ses yeux, bénéficier de l'éducation sportive à des fins thérapeutiques.

La prise en charge des quelque 10 millions de personnes souffrant des 29 ALD précitées coûtait plus de 70 milliards d'euros en 2013 et représenterait aujourd'hui entre 80 et 90 milliards d'euros – soit près de 60 % des dépenses de l'assurance-maladie. Or, d'après les estimations de l'ANDES, la généralisation de la pratique d'activités physiques pour les 10 millions de personnes souffrant d'ALD pourrait générer, pour la Sécurité sociale, une économie de 10 milliards d'euros.

De son côté, l'association Siel Bleu estime les économies en matière de dépenses de santé résultant de ses interventions auprès des résidents des maisons de retraite entre 470 et 700 millions d'euros.

La CAMI Sport et cancer a par ailleurs précisé qu'une activité physique pratiquée pendant le traitement d'un cancer permettrait de réduire de 5 mois la durée des arrêts de travail, et donc d'autant les indemnités journalières.

Comme l'a indiqué lors de son audition le président du CNOSF, M. Denis Masegla, à terme, les activités physiques prescrites par ordonnance coûteront beaucoup moins cher à la collectivité que les médicaments.

➤ **Il est donc urgent que l'État – qui, en 2016, n'a financé le sport-santé (via les ministères chargés des Sports et de la Santé) qu'à hauteur de 10 millions d'euros – prenne ses responsabilités.**

Alors que l'objectif de créer 500 « maisons sport-santé » au cours des cinq prochaines années a été fixé par le Président de la République lui-même, est-il normal que la création d'une maison sport-santé à Furdenheim soit aujourd'hui largement portée et financée par l'association Siel Bleu qui ne bénéficie d'aucun soutien financier de l'État et qui s'auto-finance à hauteur de 90 % ?

Il faut faire preuve de volonté politique pour changer de paradigme. Or, la période actuelle est propice à ce changement. Je rappelle en effet que **l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 prévoit une prise en charge financière d'expérimentations dérogatoire aux règles actuelles de tarification**, pour une durée qui ne peut excéder cinq ans. Et ces expérimentations peuvent notamment avoir pour but de « *permettre l'émergence d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaire et médico-social concourant à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficience du système de santé et de l'accès aux soins* ».

La prescription d'activités physiques à des fins thérapeutiques est assurément un dispositif innovant : c'est en effet la première fois que la loi consacre une thérapie non médicamenteuse, qui peut éviter la survenue de pathologies et faire baisser les récurrences ainsi que la mortalité sur un certain nombre de pathologies. C'est un dispositif qui peut avoir non seulement des incidences médicales, mais aussi des incidences en termes d'économies budgétaires.

Plutôt que de raisonner systématiquement en termes de coûts, il serait souhaitable d'appréhender les choses en termes de service médical rendu. Je précise à cet égard que le fait de cibler uniquement les patients ALD aurait du sens si un remboursement par l'assurance-maladie était prévu. La notion d'ALD revêt en outre un caractère très « médico-administratif ». Par exemple, certaines maladies chroniques sont des ALD, mais elles ne le sont pas toutes. Du fait de la restriction aux patients ALD, on ne cible pas les autres patients qui gagneraient à être pris en charge par ce dispositif. Ceci est une lacune, qui démontre que le modèle financier est à retravailler entièrement.

Il nous faut absolument donner corps à un modèle partenarial du « sport sur ordonnance », qui prenne appui sur le monde du sport et y

intègre la dimension de la santé et où la totalité des acteurs soit partie prenante. Il faut une modification des comportements. Or, le changement, ça ne se prescrit pas ! Il s'agit de mettre en œuvre une **co-construction, où deux cultures différentes - celle du monde du sport et celle du monde de la santé - se rencontreront.**

Dans ce dispositif, les ARS ont vocation à jouer un rôle majeur et pivot. En effet, elles connaissent les territoires et sont au fait des pratiques. Elles ont donc vocation à piloter les futurs dispositifs du « sport sur ordonnance ».

*

Mes chers collègues,

Voici, en conclusion, les dix propositions que je formule et dont je forme le vœu que le Gouvernement y donne suite afin de corriger les fortes inégalités en termes d'accessibilité financière et territoriale :

- 1° Intégration de la consultation médicale dans les ROSP ;
- 2° Construction d'un modèle économique efficient et partenarial, piloté par les ARS et reposant sur la solidarité nationale, avec une prise en charge par la Sécurité sociale des

séances d'APA pendant une période limitée, même à un niveau symbolique ;

- 3° Extension de la prise en charge complémentaire ;
- 4° Incitation à proposer des licences sport-santé à des tarifs préférentiels ;
- 5° Amélioration de la formation et de l'information des médecins traitants ;
- 6° Révision des exigences en matière de formation des intervenants spécialisés ;
- 7° Élaboration de référentiels clairs à destination des différents acteurs ;
- 8° Construction d'indicateurs permettant l'évaluation du décret du 30 décembre 2016 ;
- 9° Développement des études médico-économiques sur l'impact de la prescription d'activités physiques à des fins thérapeutiques sur les finances publiques ;

- 10° Laisser la possibilité qu'on propose aux patients souffrant d'hypertension artérielle, et éventuellement d'autres pathologies y compris mentales (obésité, dépression, etc.), de relever du décret du 30 décembre 2016.

Je vous remercie.

**AUDITIONS DE M. BELKHIR BELHADDAD,
RAPPORTEUR DE LA « MISSION FLASH » RELATIVE À LA PRESCRIPTION
D'ACTIVITES PHYSIQUES A DES FINS THERAPEUTIQUES**

(par ordre chronologique)

- **Siel Bleu – M. Jean-Michel Ricard**, président, et **M. Jean-Christophe Mino**, directeur de l'Institut Siel Bleu et médecin de santé publique
- **Comité national olympique et sportif français (CNOSF) – M. Denis Masseglia**, président, et **M. Benoît Chanal**, chargé de mission
- **Fédération nationale de la Mutualité Française – M. Jean-Martin Cohen Solal**, délégué général, **Mme Sylvie Guérin**, responsable du pôle services de soins et d'accompagnement, et **M. Valentin Jeufrault**, chargé d'affaires publiques
- **Ville de Blagnac – M. Jean-Claude Dubos**, conseiller délégué aux équipements sportifs aux relations avec les clubs et au sport-santé
- **Association nationale des élus en charge du Sport (ANDES) – M. Didier Ellart**, vice-président, et **M. Cyril Cloup**, directeur
- **Ministère des sports - Direction des sports – Mme Nadine Richard**, sous-directrice de l'action territoriale, du développement des pratiques sportives et de l'éthique du sport, et **M. Michel Lafon**, chef du bureau de la protection du public, de la promotion de la santé et de la prévention du dopage
- **Institut de Recherche bio-médicale et d'épidémiologie du sport (IRMES) –M. Jean-François Toussaint**, directeur, et **M. Julien Schipman**, chargé d'études
- **La Mutuelle des sportifs – M. Bernard Desumer**, président, **Mme Isabelle Spitzbarth**, directrice générale et **M. Thierry Fauchard**, chargé de mission du réseau Sport sur ordonnance
- **Ville de Biarritz – M. Gilles Bouilhaguet**, responsable de l'association Biarritz Côte Basque Sport Santé, et **M. Pierre Cazenave**, directeur dans les services municipaux de la ville de Biarritz
- **Centre national pour le développement du sport (CNDS) – Mme Armelle Daam**, directrice générale
- **Fédération de l'hospitalisation privée – M. Frédéric Sanguignol** président FHP-SSR, **M. Eric Noël**, délégué général de la FHP-SSR, **M. Michel Ballereau**, délégué général de la FHP, et **Mme Béatrice Noëllec**, directrice des relations institutionnelles
- **Ministère des solidarités et de la santé – Direction générale de la santé (DGS) – Mme Laurence Cate**, adjointe à la sous-directrice de la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation, **Mme Sylvie Dreyfuss**, adjointe à la cheffe du bureau

alimentation et nutrition, et **Dr. Simona Tausan**, médecin inspecteur de santé publique, chargée du dossier « activité physique »

- **Agence régionale de santé d'Île-de-France (ARS)** – **Mme Lise Janneau**, adjointe au directeur de la promotion de la santé et de la réduction des inégalités, et **Dr Béatrice Serrecchia**, référente Parcours diabète-Prévention obésité-Sport santé
- **Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)** – **Mme Annelore Coury**, directrice de la direction déléguée à la gestion et l'organisation des soins, **M. François-Xavier Brouck**, directeur des assurés et **M. Pierre Gabach**, responsable du département des prestations et des maladies chroniques
- **CAMI Sport et Cancer** – **M. Jean-Marc Descotes**, co-fondateur et directeur général, et **M. Florent Hyafil**, directeur général adjoint
- **Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN)** – **M. Éric Chenut**, vice-président délégué, et **M. Anthony Aly**, conseiller aux relations institutionnelles
- **Ministère des solidarités et de la santé – Direction de la sécurité sociale (DSS)** – **M. Hugo Gilardi**, adjoint au sous-directeur du financement du système de soins, et **Mme Marine Jean-Baptiste**, chargée de mission auprès du sous-directeur