



Master 2 MOSS

**Rapport de fin
d'études**

Reconnaitre l'intérêt général dans les Maisons Sport Santé : vers une typologie pour mieux orienter les financements publics

Présenté et soutenu le 17 juin 2025 par

Marie CREPET

Tuteur universitaire

Laure AMBROISE



SOMMAIRE

Résumé	3
Introduction.....	4
I Analyse scientifique et théorique : MSS et intérêt général	6
1. Les Maisons Sport Santé : définition et objectifs	6
2. Les financements des MSS : entre public et privé	8
II. Recherche de terrain : enquête auprès des MSS.....	15
1. Objectif de l'étude.....	15
2. Population cible et terrain d'étude	15
3. Construction de l'outil d'enquête.....	15
4. Méthode de collecte	16
5. Méthodologie d'analyse.....	16
6. Les limites de l'analyse.....	16
III. Analyse des résultats	17
1. Introduction.....	17
1. Présentation générale de l'échantillon	17
2. Typologie des MSS et analyse différenciée selon l'engagement d'intérêt général	23
III Discussion.....	29
1. Retour sur l'hypothèse et interprétation des résultats	29
2. Inégalités et failles du système de reconnaissance.....	30
3. Limites de l'étude et perspectives d'amélioration	30
Conclusion.....	30
Bibliographie	32
Annexes	35

RÉSUMÉ

Les Maisons Sport-Santé (MSS) ont été créées pour répondre à un enjeu majeur de santé publique : lutter contre l'inactivité physique et favoriser l'accès équitable à l'activité physique adaptée. Pourtant, malgré leur utilité sociale reconnue, leur modèle économique reste fragile. Afin d'analyser cette situation, une enquête nationale par questionnaire a été menée auprès de 121 MSS (21 % du réseau), en mobilisant une grille de dix critères d'intérêt général construite à partir de la littérature scientifique et institutionnelle. L'analyse statistique (K-means) met en évidence deux profils types : des MSS fortement engagées dans l'intérêt général et des MSS à engagement plus modéré. Les résultats révèlent toutefois une incohérence majeure : le niveau d'engagement d'intérêt général n'est pas corrélé aux financements reçus. Certaines structures très engagées perçoivent peu d'aides, tandis que d'autres, moins conformes, bénéficient de soutiens conséquents. Cette étude souligne ainsi l'absence de critères transparents et harmonisés dans l'attribution des financements publics, engendrant d'importantes inégalités territoriales et structurelles.

INTRODUCTION

140 milliards d'euros : c'est le coût social annuel de l'inactivité physique en France. (Evaluer les impacts socio-économiques du sport-santé en France, 2022).

Les maladies chroniques, définies comme une maladie de longue durée, évolutive, avec un retentissement sur la vie quotidienne (DGOS_Marie.R, 2025), sont actuellement la première cause de mortalité dans le monde. Cependant, la sédentarisation et le vieillissement de la population aggravent le phénomène puisque les études récentes ne cessent de démontrer l'augmentation exponentielle de malades chroniques (1 000 000 en France en 2025, contre 750 000 en 2020). L'unique option pour réduire et gérer au mieux ce fléau social est d'agir avant l'apparition des premiers effets, c'est-à-dire axer sur la prévention. La prévention par l'activité physique permet à tous niveaux de réduire les risques de maladie chronique. (Delandre et al., 2025). En effet, d'après un rapport de France Stratégie datant de 2022, le coût social de l'inactivité physique en France est 140 milliards d'euros, « Le coût évité annuel d'une personne devenant active est [...] entre 840 euros pour une personne âgée de 20 à 39 ans et 23 275 euros pour une personne âgée de 40 à 74 ans ». (France Stratégie, 2022). On comprend alors l'enjeu que représente le développement de l'activité physique adaptée, les économies que son développement impliquerait et le mieux être que cela engendrait à titre individuel.

Afin de limiter les coûts humains et économiques, la stratégie nationale sport santé, présentée par le gouvernement le 25 mars 2019, avait pour objectif principal la lutte contre la sédentarité et l'inactivité des français (sports.gouv.fr, 2019). « la stratégie nationale porte l'ambition de (re)mettre les Français en mouvement sur tous les territoires, de déployer des pratiques adaptées accessibles et encadrées ». (sports.gouv.fr, 2019). De cette stratégie sont nées les Maisons Sport Santé (MSS), espaces créés pour 3 objectifs bien précis : sensibiliser l'intérêt de la pratique, réaliser des diagnostics et des bilans de conditions physiques, motivationnels par rapport à l'activité sportive et enfin orienter vers l'offre et le lieux de pratique à proximité. Les Maisons Sports Santé ont pour but d'accompagner et conseiller les personnes souhaitant pratiquer une activité physique et sportive à des fins de santé, de bien-être, quel que soit leur âge. (sports.gouv.fr, 2025). Cette habilitation MSS permet de légitimer les structures et d'augmenter la visibilité, que ce soit auprès des acteurs institutionnels locaux et des professionnels de santé qui orientent les pratiquants. Cependant, malgré l'utilité sociale évidente des MSS, les structures manquent encore aujourd'hui de reconnaissance et ne disposent pas de cadre clair de structuration commune.

Les missions d'intérêt général désignent des activités jugées essentielles pour la collectivité, encadrées par des obligations spécifiques. Selon la Commission européenne (2024), les services d'intérêt général sont définis comme des prestations considérées par les autorités publiques comme relevant de l'intérêt général, pouvant être assurées par des acteurs publics ou privés sous conditions de service public. (Commission européenne, 2024)

En effet, les MSS sont conditionnées à respecter neuf missions clairement établies dans le cahier des charges et doivent, logiquement, être évaluées pour ces missions. De plus, elles répondent à un enjeu public, puisque comme définie sur le site du gouvernement, « L'accès à une activité physique et sportive au quotidien à tous les moments de la vie est un objectif de santé publique pour tous. » (sports.gouv.fr, 2025). Les MSS et la mise en place d'APA permet de rendre accessible à tous les citoyens l'activité physique et permet par conséquent de répondre aux enjeux de santé des français.

Pourtant, malgré l'utilité publique de ses nouvelles structures, une seule aide financière a été allouée la première année de l'habilitation et depuis, les responsables de MSS sont délaissés, certaines aides annuelles peuvent être allouées cependant le montant reste dérisoire. On remarque une grande disparité entre les structures, à cause de leur statut juridique mais aussi suivant les aides, plus ou moins importantes, accordées en fonction de l'ARS ou la DRAJES dont elles dépendent. Ce manque de soutien financier freine drastiquement le développement des MSS puisque sur 270 présentes en France, la majorité sont en situation de précarité, effectivement, d'après une étude de l'Union Nationale des Maisons Sport Santé datant de 2024 « 94 % se considèrent avoir un modèle économique précaire et 20,8 % déclarent avoir un modèle déficitaire ». (Delandre et al., 2025)

Les MSS sont donc confrontées à plusieurs problématiques, notamment le manque de reconnaissance institutionnelle et de soutien de financements publics alors qu'elles répondent à un besoin de santé publique clairement identifié. C'est pourquoi, au cours de cet article nous allons chercher à analyser, dans quelle mesure l'engagement des Maisons Sport-Santé dans l'intérêt général, évalué à partir de critères définis, peut-il justifier une adaptation de leur financement public pour renforcer leur reconnaissance et leur pérennité ?

Pour répondre à cette problématique, notre travail se divisera en trois grandes parties. Dans un premier temps, nous établirons un cadre théorique, avec l'analyse de la littérature scientifique. Il s'agira de définir précisément ce que sont les Maisons Sport Santé, d'identifier leur statut juridique, leurs objectifs opérationnels ainsi que leurs modes de financement. Nous construirons ensuite une grille d'analyse des missions d'intérêt général, en nous appuyant sur les critères issus des notions de mission d'intérêt général (MIG), d'association reconnue d'intérêt général, et de société à mission. Dans un second temps, nous analyserons la réalité de terrain, à travers une étude : une enquête par questionnaire menée auprès de directeurs de MSS, afin de comprendre les observations concrètes, et à partir de laquelle nous essayerons d'établir une typologie des MSS en fonction du degré de conformité aux critères de missions d'intérêt général précédemment identifiés. Suite à cette classification, la troisième étape permettra de formuler des recommandations opérationnelles à destination des financeurs publics, ainsi que des dirigeants de MSS, pour améliorer la reconnaissance, le positionnement et la pérennité de ces structures.

I ANALYSE SCIENTIFIQUE ET THEORIQUE : MSS ET INTERET GENERAL

1. Les Maisons Sport Santé : définition et objectifs

Lors de la création en 2019 de l'habilitation, l'ambition était de créer 500 Maisons Sport Santé (MSS) avant les Jeux Olympiques et Paralympiques de 2024, ce qui a été fait puisqu'actuellement on compte 573 MSS. L'habilitation Maison Sport Santé est attribué aux structures qui répondent à un cahier des charges du ministère bien précis. En effet, les maisons sport santé ont 9 missions (« Annexe 1 - Cahier des charges des 'Maisons sport-santé' APPEL À PROJETS (AAP) RELATIF AUX 'Maisons sport-santé' », 2021) :

- Mettre à disposition du public les offres locales d'activités physiques adaptées
- Sensibiliser, informer et conseiller sur les bienfaits d'un mode de vie actif
- Accueillir les personnes et construire un programme sport-santé personnalisé
- Orienter vers des professionnels qualifiés pour évaluer les capacités physiques
- Proposer une activité adaptée aux besoins et conforme à la réglementation
- Évaluer les capacités et motivations pour adapter le parcours
- Assurer un suivi régulier dans le cadre d'une activité à visée thérapeutique
- Promouvoir l'activité physique auprès des professionnels de santé
- Créer des partenariats locaux pour toucher les publics éloignés

Pour résumer, les Maisons Sport Santé ont donc trois objectifs principaux : informer et sensibiliser à la pratique d'activités physiques, accompagner les individus dans un parcours personnalisé de santé par le sport, et structurer un réseau territorial d'acteurs pour favoriser l'accès équitable à l'activité physique, notamment auprès des publics les plus éloignés. (« Annexe 1 - Cahier des charges des 'Maisons sport-santé' APPEL À PROJETS (AAP) RELATIF AUX 'Maisons sport-santé' », 2021)

Le public accueilli dans les MSS est multiple, des personnes souffrant de maladie chronique, d'affection longue durée (ALD) ainsi que des personnes en bonne santé mais éloignées de la pratique, c'est-à-dire qui n'ont jamais fait de sport ou qui veulent se remettre à l'activité physique. (sports.gouv.fr, 2025) Il n'y a pas de notions d'âge, l'objectif est d'orienter toutes les personnes accueillies dans les MSS vers la pratique la plus adaptée pour elle ; ce qui fait que de nombreuses personnes sont concernées.

On peut donc retrouver en France actuellement, 573 MSS réparties sur la métropole française et les territoires d'outre-mer.

Réunies par les ministères des Sports et de la Santé dans un réseau national, les Maisons Sport-Santé représentent une grande variété de structures :

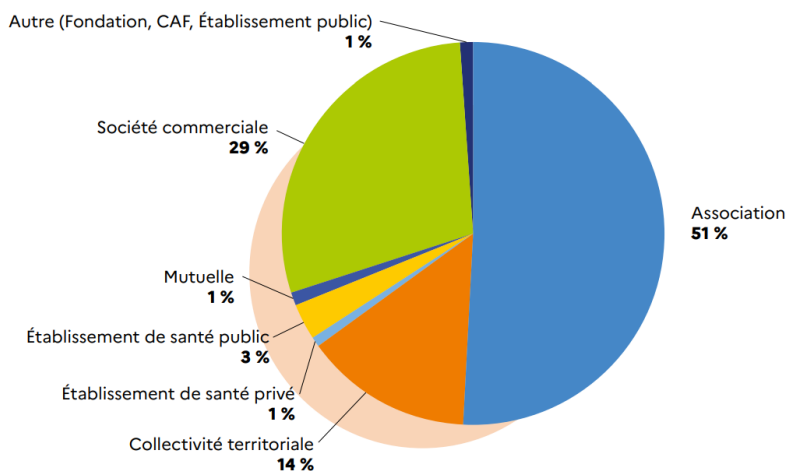


Figure 1 – Graphique représentant la variété des statuts juridiques des MSS (Ministère des Sports, 2022)

On trouve une grande variété de structure parmi les MSS ; d'après le dossier de presse de 2022, la majorité des MSS serait des associations, mais on retrouve également des sociétés commerciales, des collectivités territoriales et des établissements de santé. (Ministère des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques, 2022)

La diversité des types de structures et la variété de statuts juridiques au sein des MSS peuvent être expliquées par la théorie des organisations, qui « a pour but de rassembler [...] les connaissances acquises sur le fonctionnement des organisations, sur la manière dont il convient de les diriger » (René DAVAL, 2025). Le choix du statut d'une MSS va dépendre des enjeux spécifiques du secteur. La principale différence entre une association ou une société commerciale va être le

caractère lucratif ou non des structures. (Votre expert des associations, 2010) Le modèle associatif favorise l'accès aux financements publics et aux subventions, tout en bénéficiant d'une meilleure image auprès des institutions, car « le financement public a valeur de reconnaissance de la contribution du projet associatif à une cause d'intérêt général » (« Le financement (public) des associations : une nouvelle donne, de nouveaux besoins », 2008).

À l'inverse, la société commerciale adopte souvent une structure simple telle que décrite par Mintzberg, caractérisée par une organisation simple, une supervision directe et un sommet stratégique incarné par un leader central. (Mbdconsulting.ch, 2023) Ce type d'organisation est souvent configuré pour les petites entreprises, elle présente des avantages notables : « structure réactive, rapide et flexible », permettant de faire avancer rapidement les projets et de s'adapter facilement aux changements. (IAE Lille, 2025) Ainsi, cette pluralité de statuts reflète l'adaptation des MSS à leur environnement et à leurs objectifs, tout en maximisant leur impact sur le territoire.

2. Les financements des MSS : entre public et privé

Lors de leur création, les Maisons Sport-Santé (MSS) devaient bénéficier d'un soutien financier de l'État, mais celui-ci est resté très limité dans le temps. Conformément au cahier des charges national, l'aide accordée visait uniquement à faciliter la mise en route des structures, pour répondre à certains projets régionaux. Ainsi, une fois la phase de lancement passée, les MSS doivent s'inscrire dans des dispositifs de financements locaux, régionaux ou nationaux, souvent précaires et non pérennes. Pour construire une certaine stabilité financière, les responsables de MSS sont contraints d'hybrider leur modèle économique afin d'assurer leur pérennité économique.

Cette situation fragilise durablement les structures sur le terrain. Comme le souligne le rapport Delandre, la réalité des MSS est marquée par un manque de moyens, une instabilité budgétaire et une forte dépendance à l'engagement des acteurs. (Delandre et al., 2025) Certaines structures fonctionnent au ralenti, d'autres peinent à se maintenir, et beaucoup survivent grâce à un engagement bénévole important, mais ce modèle de fonctionnement à ses limites. Le rapport décrit une dynamique de « *bricolage* » permanent, faite d'ajustements précaires sur le plan des ressources humaines, des infrastructures et de la formation. L'enquête de l'Union Nationale des MSS (UNMSS), menée auprès de 270 structures (sur les 573 labellisées) en 2024, confirme ce constat : 94 % d'entre elles déclarent avoir un modèle économique précaire, et plus de 20 % se disent en situation de déficit. (Delandre et al., 2025) Face à ces fragilités, les attentes exprimées par les

responsables de MSS sont claires : un besoin de financement structurant, égalitaire, et pérenne, mais aussi un meilleur accompagnement en matière de communication, d'outils méthodologiques et d'encadrement national.

Dans la pratique, les financements publics alloués aux Maisons Sport-Santé varient fortement d'une région à l'autre, en fonction des priorités locales et des modalités de répartition entre les deux principales sources de soutien : les ARS (Agences Régionales de Santé) et les DRAJES (Délégations Régionales Académiques à la Jeunesse, à l'Engagement et aux Sports). De manière générale, les ARS financent prioritairement les actions liées à la santé publique et à la prévention, les DRAJES soutiennent davantage le développement des pratiques sportives et la structuration territoriale. En théorie, la complémentarité de ces deux canaux devrait permettre une approche globale du sport-santé. En réalité, chaque ARS et DRAJES décident des aides allouées aux MSS ; les équilibres varient donc fortement selon les territoires, accentuant les inégalités de financement entre MSS.

Par exemple, en 2022, la région Hauts-de-France a mobilisé près de 920 000 €, intégralement issus de l'ARS, pour 37 MSS, soit un montant moyen par structure de 24 824 €, très au-dessus de la moyenne nationale. Dans la région Grand Est, le montant moyen était encore plus élevé : 1,54 million d'euros, financé uniquement par l'ARS, distribués à 35 MSS soit un montant moyen de 38 981 € par MSS, qui figure parmi les plus élevés de France. (Delandre et al., 2025) Ces deux régions illustrent un soutien relativement conséquent à l'échelle nationale.

En comparaison, les régions à plus forte densité comme l'Île-de-France, qui concentre pourtant 66 MSS, ne reçoit qu'environ 1,82 million d'euros de financement sport-santé, répartis entre DRAJES et ARS, ce qui ramène la dotation moyenne par structure à 6 288 €, bien en-dessous de la moyenne nationale. De la même manière, Auvergne-Rhône-Alpes, avec 42 MSS, affiche une moyenne par MSS autour de 6 842 €, en dépit d'un financement global supérieur à 1,4 million d'euros. Ces disparités démontrent que les montants globaux alloués ne suffisent pas toujours à couvrir les besoins locaux, surtout lorsqu'ils sont dilués entre de nombreuses structures. Ainsi, la répartition des financements entre DRAJES et ARS, leur montant global, mais aussi le nombre de MSS par région influencent fortement la moyenne par structure, entraînant une forme d'inégalité territoriale structurelle. Certaines MSS bénéficient de moyens confortables pour développer leurs actions et pérenniser leurs postes, tandis que d'autres doivent composer avec des financements minimes, sans lien direct avec leur niveau d'activité ou leur impact territorial. (Delandre et al., 2025)

Par ailleurs, le financement national repose largement sur des appels à projets ou des subventions annuelles, ce qui ne permet pas de garantir une stabilité à moyen ou long terme. Les structures doivent répondre à des critères précis et formuler des projets renouvelés chaque année, sans certitude d'obtenir les fonds nécessaires à leur fonctionnement. Cela représente une charge de travail importante pour des équipes souvent déjà limitées, et empêche toute planification à long terme. Comme le rappelle le rapport *Maisons sport-santé : l'émergence et la structuration d'un nouvel instrument d'action publique*, « le financement des actions sport-santé, reposant sur des subventions annuelles et des appels à projets, n'est pas pérenne [...] lorsqu'une aide est accordée, elle l'est uniquement pour la première année ». (« Maisons sport-santé : l'émergence et la structuration d'un nouvel instrument d'action publique », 2023)

En parallèle, l'absence de prise en charge de l'Activité Physique Adaptée (APA) par l'Assurance maladie et les mutuelles constitue un frein au développement de ces pratiques, pourtant reconnues comme des déterminants majeurs de santé publique. En conséquence, de nombreuses MSS essaient de s'orienter vers des financements privés pour compléter leur budget : mécénat, sponsoring, prestations de services, cotisations des usagers.

Ce recours au privé présente certains avantages concrets. Il offre aux structures une plus grande autonomie et une plus grande flexibilité dans la définition de leurs actions et leur orientation stratégique. Selon le rapport d'étude de l'IINJEP, les coordinateurs exerçant dans des MSS à but lucratif « disposent de plus de marge dans les orientations qu'ils souhaitent donner aux activités de leur MSS [...] ». (« Maisons sport-santé : l'émergence et la structuration d'un nouvel instrument d'action publique », 2023). De plus, les structures qui reposent partiellement sur des ressources propres peuvent adapter leur tarification, proposer des facilités de paiement, et ajuster leurs modalités d'accueil en fonction des contraintes économiques des publics. Certaines MSS mettent en place des paiements étalés, ou proposent des tarifs spécifiques aux publics précaires, ce qui favorise l'accessibilité et l'équité. Ces formes de souplesse tarifaire, rendues possibles par un financement mixte, contribuent à maintenir une activité régulière même en période d'incertitude. (« Maisons sport-santé : l'émergence et la structuration d'un nouvel instrument d'action publique », 2023)

Malgré ces atouts, le manque de soutien public reste le principal frein à la structuration et au développement durable des MSS. L'instabilité financière empêche souvent de recruter du

personnel qualifié, de faire évoluer les dispositifs, et plus largement de se projeter dans des actions à moyen ou long terme, « L'insuffisance de financement et le manque de pérennité empêchent de recruter du personnel et de développer les activités ». (« Maisons sport-santé : l'émergence et la structuration d'un nouvel instrument d'action publique », 2023)

Ainsi, les MSS essaient de se tourner davantage vers un modèles économique hybride, combinant subventions et aides publiques, souvent ponctuelles, et ressources privées complémentaires. Cette double logique permettrait de renforcer la viabilité des structures, tout en garantissant l'ancrage des MSS dans une mission de santé publique accessible, continue et encadrée.

Ce constat soulève alors une question centrale : si les MSS répondent à des objectifs de santé publique, pourquoi ne sont-elles pas reconnues pleinement comme porteuses d'une mission d'intérêt général ?

3. Définition et caractéristiques de l'intérêt général

Si l'intérêt général constitue un principe fondamental de l'action publique, il reste une notion juridiquement et politiquement difficile à encadrer. Dans le cadre de ce mémoire, il a donc été nécessaire de définir des critères d'évaluation permettant d'analyser objectivement le positionnement des Maisons Sport-Santé (MSS) au regard de cette mission. Très vite, une première difficulté méthodologique est apparue : il n'existe aucune liste officielle, ni définition unique, permettant de caractériser avec précision ce qu'est une structure relevant de l'intérêt général. Le concept est mouvant, évolutif, et souvent interprété différemment selon les contextes administratifs, politiques ou territoriaux. Comme le souligne le texte de Stokkink, D. & Cools, F, *La définition évolutive de l'intérêt général*, « le flou juridique qui persiste autour des notions de services d'intérêt général, de services économiques d'intérêt général et de services sociaux d'intérêt général » engendre une réelle insécurité dans la reconnaissance institutionnelle de nombreux acteurs, en particulier ceux issus de l'économie sociale. (Stokkink and Cools, 2013, page 2). Ce flou s'explique notamment par la diversité des approches : l'intérêt général peut être compris comme un intérêt public, un intérêt collectif ou encore un intérêt commun, selon les traditions juridiques et les auteurs. Le texte de Marie BOUCHARD qui met en lien l'économie sociale et l'intérêt général rappelle cette pluralité en évoquant « l'intérêt général en tant qu'intérêt public, en tant qu'intérêt collectif des communautés, et en tant qu'intérêt commun des personnes associées aux organisations de l'économie sociale ». (Bouchard et al., 2011, page 3)

Certains textes évoquent le service public pour qualifier l'action des MSS, mais ce terme ne semble pas adapté dans ce contexte. Le service public renvoie à des activités exercées directement par l'État ou déléguées à des opérateurs mandatés. Or, les MSS n'entrent pas dans ce cadre : elles ne disposent pas de délégation de service public, et leurs formes juridiques comme leurs modes de fonctionnement sont très hétérogènes. En revanche, au regard de leurs missions, elles se rapprochent fortement de la logique d'intérêt général. Pour identifier des critères d'analyse pertinents, il a donc fallu croiser plusieurs approches. L'objectif était de construire une grille cohérente et applicable sur le terrain, en tenant compte de la diversité des MSS.

Trois sources principales ont été mobilisées pour créer cette grille. La première est issue de la littérature générale sur l'intérêt général, qui fonde l'action publique et justifie l'intervention des collectivités dans certains domaines. Le texte *L'évaluation de l'économie sociale dans la perspective des nouvelles formes de régulation socio-économique de l'intérêt général* insiste sur la fonction structurante de cette notion : « Entendue comme satisfaction de l'intérêt de la communauté des citoyens dans son ensemble, l'intérêt général fonde l'action publique autant qu'il la légitime ». (Bouchard et al., 2011, page 10) Mais cette définition large ne suffit pas. En effet, comme le rappelle ce même texte, deux conceptions coexistent : une approche libérale, dans laquelle l'intérêt général serait le résultat d'une somme d'intérêts individuels, et une approche plus politique ou éthique, dans laquelle il s'agirait de dépasser les intérêts particuliers pour atteindre un objectif collectif supérieur. Cette définition montre bien que l'intérêt général ne peut pas être réduit à une interprétation unique, mais doit être vu dans sa globalité, notamment en matière sociale, sanitaire ou territoriale.

Dans le prolongement de cette réflexion, il a été nécessaire de s'appuyer directement sur les textes encadrant les missions d'intérêt général pour établir des critères concrets et opérationnels. Ces textes mettent en lumière les éléments fondamentaux qui structurent l'action d'intérêt général dans les champs sanitaire et social, et ont permis de construire une grille d'analyse adaptée aux réalités des MSS.

Comme cité précédemment, l'intérêt général a été reconnu en tant qu'intérêt public, en tant qu'intérêt collectif des communautés, c'est-à-dire qu'il concerne à la fois l'ensemble des citoyens et les besoins spécifiques des groupes qui composent la société . (Bouchard et al., 2011, page 3) Ce principe a permis d'identifier un premier critère : **l'adaptabilité**. Les MSS doivent pouvoir ajuster leurs parcours et dispositifs en fonction de la diversité des publics (âge, pathologies,

capacités physiques). Un deuxième critère, **la dimension solidaire**, découle d'*Hybridation des modèles socio-économiques d'intérêt général*, qui insiste sur « une logique de solidarité, notamment via le don financier, en nature ou en compétences ». (Carenews.com, 2023, page 3) Cela suppose que les MSS priorisent l'accès aux soins et à la pratique pour les personnes les plus éloignées du système de santé ou en situation de vulnérabilité. La **qualité** constitue un troisième critère fondamental. Le rapport sur le financement des missions d'intérêt général dans les établissements de santé mentionne explicitement les exigences liées à « l'évaluation et l'expertise », « la coordination des soins » et « la prévention ». (RAPPORT Le financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé, 2009) La qualité de service renvoie ici à la rigueur des pratiques professionnelles : protocoles, suivi individualisé, formation des intervenants, etc. Enfin, un quatrième critère, **la co-construction**, permet de définir la coordination entre les acteurs d'un même territoire « la co-construction via les relations partenariales entre acteurs publics, économiques et organisations d'intérêt général ». (Carenews.com, 2023, page 3). Ce critère interroge la capacité des MSS à structurer des partenariats durables avec les collectivités, les réseaux de soins et le milieu associatif local.

La deuxième source mobilisée est la notion de société à mission, créée par la loi PACTE de 2019, qui reconnaît à certaines entreprises un rôle sociétal explicite. Une société à mission se distingue par l'inscription, dans ses statuts, d'une raison d'être, d'objectifs sociaux ou environnementaux, et d'un dispositif de suivi de l'impact de ses actions. D'après le site du gouvernement relatant les qualités des sociétés à mission, elles s'engagent à « contribuer positivement à la société et à l'environnement, via la réalisation d'objectifs qu'elle se fixe ». (Service-public.fr, 2024) Pour être reconnu comme société à mission, une organisation doit respecter ses 3 critères. Pour qu'une structure soit conforme, elle doit premièrement définir une "**raison d'être**" servant d'engagement pour orienter son développement économique. Deuxièmement, elle doit intégrer dans ses activités la poursuite d'un ou **plusieurs objectifs sociaux** et environnementaux spécifiques. Troisièmement, elle doit établir et **communiquer les modalités** selon lesquelles elle assurera le suivi de l'accomplissement de cette mission. (Service-public.fr, 2024)

Cette forme juridique introduit des éléments concrets pour évaluer une organisation sur l'intérêt général : transparence des actions, cohérence avec la mission déclarée, mesure de l'impact. Bien que pensée pour le secteur marchand, cette approche offre des repères utiles pour les MSS, qui peuvent en partie en adopter les codes (comme la fixation d'objectifs sociaux explicites ou la production de rapports d'impact).

Enfin, la troisième source est celle des associations reconnues d'intérêt général, définies par l'administration fiscale française. Selon le Ministère de l'économie, une association peut être considérée d'intérêt général si elle répond à trois conditions : exercer une **activité non lucrative**, faire preuve d'une **gestion désintéressée**, et s'adresser à un **cercle étendu de bénéficiaires**. (Gouv.fr, 2019). Ces critères permettent de distinguer les structures véritablement orientées vers une finalité sociale, de celles qui poursuivent un intérêt commercial ou particulier. Ce cadre est particulièrement pertinent pour les MSS qui, dans leur très grande majorité, ont opté pour le statut associatif ou sont des associations ou des structures relevant de l'économie sociale.

Ainsi, l'analyse croisée des textes a permis de faire émerger quatre critères structurants pour qualifier une mission d'intérêt général :

- l'**adaptabilité**, mesurant la capacité d'ajustement aux divers publics
- la **dimension solidaire**, reflétant la priorité donnée aux publics fragiles
- la **qualité du service**, observée à travers la rigueur des pratiques professionnelles
- la **logique de co-construction**, qui valorise les partenariats territoriaux durables

De la même manière, en mobilisant les principes associés aux sociétés à mission, trois critères complémentaires ont été intégrés à la grille d'évaluation :

- la présence d'**objectifs collectifs et sociaux explicites**, définissant clairement le rôle social de la MSS
- la **transparence des actions et des financements**, à travers la publication de rapports d'activité accessibles
- **L'évaluation et la mesure d'impact**, afin de vérifier la cohérence entre la mission sociale affichée et les actions réellement mises en œuvre.

Enfin, en s'appuyant sur les exigences liées au statut d'association reconnue d'intérêt général, trois critères supplémentaires ont été identifiés :

- la **gestion désintéressée**, excluant tout avantage personnel lié à la fonction de direction
- le **caractère non lucratif de l'activité**, impliquant la réaffectation intégrale des excédents à l'objet social
- l'existence d'un **cercle large de bénéficiaires**, confirmant l'ouverture de la MSS à l'ensemble des publics de son territoire

Une grille a ainsi été élaborée à partir des dix critères identifiés (*annexe I*) ces critères présentent de nombreuses corrélations, permettant de les regrouper autour de quatre grands axes d'analyse.

1. Une logique non lucrative et désintéressée
2. Une accessibilité inclusive et solidaire
3. Une finalité sociale fondée sur la qualité et la coopération
4. Une transparence et redevabilité des actions

Chacun de ces critères a été formulé à partir des éléments récurrents identifiés dans les textes de référence cités ci-dessus. Cette grille constitue un outil méthodologique permettant d'apprécier le niveau d'alignement d'une MSS par rapport aux exigences d'une mission d'intérêt général, non pas de manière binaire, mais selon un degré d'engagement. Elle permettra par la suite de construire une typologie des MSS, en fonction de leur conformité à ces critères, et d'éclairer ainsi les enjeux de reconnaissance institutionnelle et de financement.

II. RECHERCHE DE TERRAIN : ENQUETE AUPRES DES MSS

1. Objectif de l'étude

L'objectif de l'étude est d'explorer les moyens de financement des Maison Sport-Santé (MSS) habilitées en France. A travers la grille de dix critères construits à partir de la littérature, nous allons évaluer la conformité des MSS aux missions d'intérêts général. La finalité de l'étude est d'analyser le financement actuel des MSS, en particulier la part de financement public et de proposer une typologie des MSS.

2. Population cible et terrain d'étude

La population cible de l'étude est les responsables, coordinateurs ou directeurs de structures habilitées Maison Sport Santé. Le terrain d'étude est donc le réseau national des MSS, soit en l'occurrence 573 structures sollicitées. Les responsables ont été contactés par mailing direct et un post sur LinkedIn a été également publié afin d'élargir la base de répondants.

3. Construction de l'outil d'enquête

Le questionnaire a été mis en ligne via google Forms, permettant une utilisation simple pour les répondants et surtout rapides ; les 24 questions sont synthétiques ce qui permet aux responsables de répondre en moins de 10 minutes.

Le questionnaire sera réparti en plusieurs contenus principaux, le premier étant les difficultés rencontrées par les MSS. Les MSS doivent répondre à un cahier des charges contenant 9 missions, l'objectif est de mettre en évidence la nature des freins. Ensuite, nous trouverons une partie sur le financement des structures, la part de financement public (ARS, DRAJES, collectivités, CPAM, autres), la part de financement privé (cotisations, mécénat, prestations) et l'état financier global. Nous aurons enfin des questions relatives au profil de la MSS, le statut juridique (association, collectivité, entreprise, établissement de santé), le nombre d'ETP ou encore la localisation. Enfin, la dernière grande thématique traitée sera l'évaluation de la conformité sur 10 critères définis (gestion désintéressée, diversité des publics, finalité sociale, transparence, évaluation d'impact, ...) aux missions d'intérêt général. (*annexe 2*)

4. Méthode de collecte

Le mail pour les répondants a été envoyé le 24 avril 2025 et le même jour la publication LinkedIn a été lancée. La fin de la période de collecte des données s'est arrêtée le 13 mai 2025, après la réception de 121 réponses au questionnaire. Aucune relance n'a été faite par mail mais le post LinkedIn a été repartagé plusieurs fois ce qui a permis de toucher un plus grand nombre de répondants.

5. Méthodologie d'analyse

Pour analyser les résultats nous allons utiliser plusieurs types d'analyses, dans un premier temps, nous allons analyser les profils des MSS qui ont répondu : leur statut, le nombre d'ETP, la localisation ainsi que l'état financier global avec une fréquence univariée. Ensuite, nous essayerons de mettre en évidence les disparités financières entre les MSS en fonction de leur statut et de leur région avec une analyse bivariée. Enfin, nous allons créer une typologie des MSS en fonction de leur conformité aux critères d'intérêt général, pour cela nous utiliserons l'outil Sphynx avec le test du K-means. L'objectif est d'identifier 2 ou 3 types de MSS et de les classer, et fonction de leur degré de conformité aux critères définis et d'établir ensuite un potentiel lien avec le financement public.

6. Les limites de l'analyse

Malgré une méthodologie de recherche pensée pour être la plus rigoureuse possible, notre enquête présente plusieurs limites, notamment liées aux réponses auto-évaluées. Les responsables de

structures répondent eux-mêmes au questionnaire, ce qui peut introduire un biais de subjectivité ou de valorisation. Par ailleurs, les structures ayant pris le temps de répondre sont probablement les plus engagées ou concernées par la thématique, ce qui limite la représentativité de l'échantillon. En ce qui concerne la collecte de données, celle-ci a été relativement courte (trois semaines) et aucune relance individuelle n'a été effectuée.

III. ANALYSE DES RESULTATS

1. Introduction

L'objectif de cette analyse est de mettre en évidence les difficultés rencontrées par les Maisons Sport Santé (MSS), notamment sur le plan financier, ainsi que d'élaborer une typologie en lien avec leur alignement aux critères d'intérêt général. Pour cela, l'analyse sera structurée en deux grandes parties : la première établira un panorama général des MSS ayant répondu au questionnaire, en mettant en lumière leurs caractéristiques structurelles, organisationnelles et financières. La seconde partie permettra d'analyser la typologie des MSS, construite à partir des critères d'intérêt général, et à ses implications.

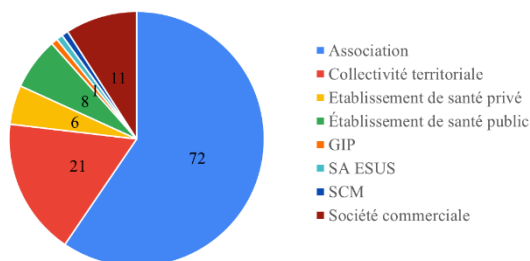
1. Présentation générale de l'échantillon

a) Nombre de répondants

L'échantillon analysé comprend 121 MSS ayant répondu au questionnaire, ce qui correspond à 21 % des structures habilitées en 2025. Ce taux atteint 24 % si l'on considère uniquement les MSS réellement sollicitées. Bien que l'échantillon ne soit pas exhaustif, il offre un aperçu pertinent des tendances nationales.

b) Composition juridique et organisationnelle : statut juridique, autonomie juridique, nombre d'ETP

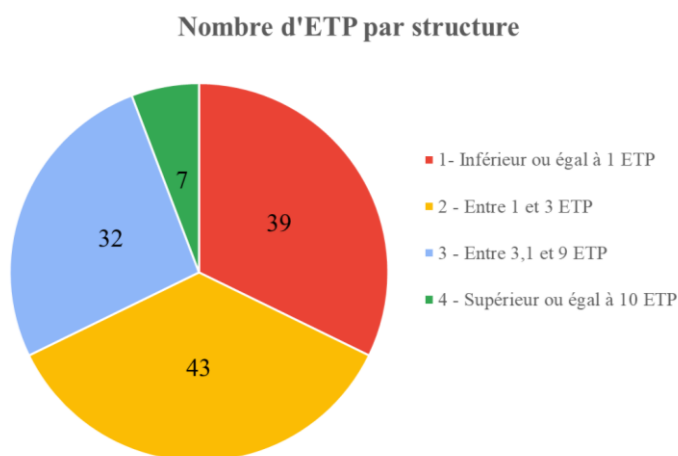
Répartition des MSS par statut juridique



Graphique 1 - Répartition des MSS par statut juridique (n=121 MSS)

Concernant le statut juridique, 60 % des MSS répondantes sont des associations, 17 % relèvent des collectivités territoriales, 11 % sont des établissements de santé (publics ou privés) et 9 % sont des sociétés commerciales (*graphique 1*). Parmi les MSS interrogées, 56 disposent d'une

autonomie juridique, tandis que la majorité (68 MSS) est rattachée à une structure existante. (*graphique 2*)



Graphique 3 - Répartition des MSS selon leur nombre d'ETP (équivalents temps plein)

En ce qui concerne les effectifs, un tiers des MSS (39/121) comptent un seul ETP, un deuxième tiers (43/121) se situent entre 1,5 et 3 ETP, et le reste des structures (39/121) affichent des effectifs allant de 3,5 à 25 ETP. Seulement 7 MSS disposent de plus de 10 ETP, (*graphique 3*) et ces structures sont concentrées dans trois régions : le

Grand Est (3 MSS), l'Île-de-France (2 MSS) et Auvergne-Rhône-Alpes (2 MSS). (*graphique 4*)

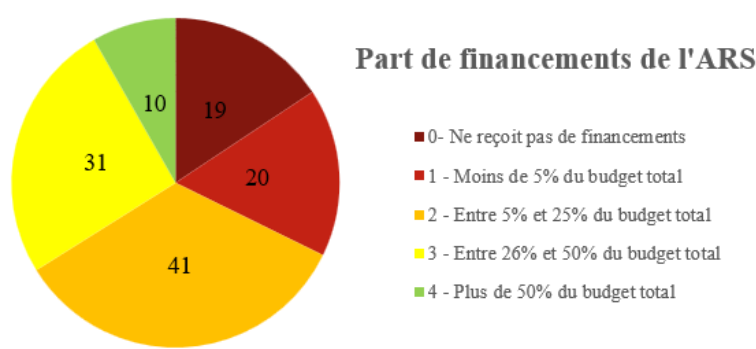
c) Difficultés rencontrées par les MSS

Une très large majorité des MSS interrogées, soit 86 %, déclarent rencontrer des difficultés dans la réalisation des neuf missions définies dans le cahier des charges. Les difficultés mentionnées sont multiples. Plusieurs obstacles majeurs sont identifiés comme frein au développement des MSS comme la coordination avec les acteurs territoriaux et la reconnaissance institutionnelle. S'ajoutent à cela le manque de ressources humaines qualifiées, des équipements insuffisants ou inadaptés, et la difficulté à mobiliser durablement les pratiquants. Cependant, le manque de financement est identifié comme le principal frein pour 76 % des MSS (sur 111 réponses exploitables).

d) Analyse du financement des MSS

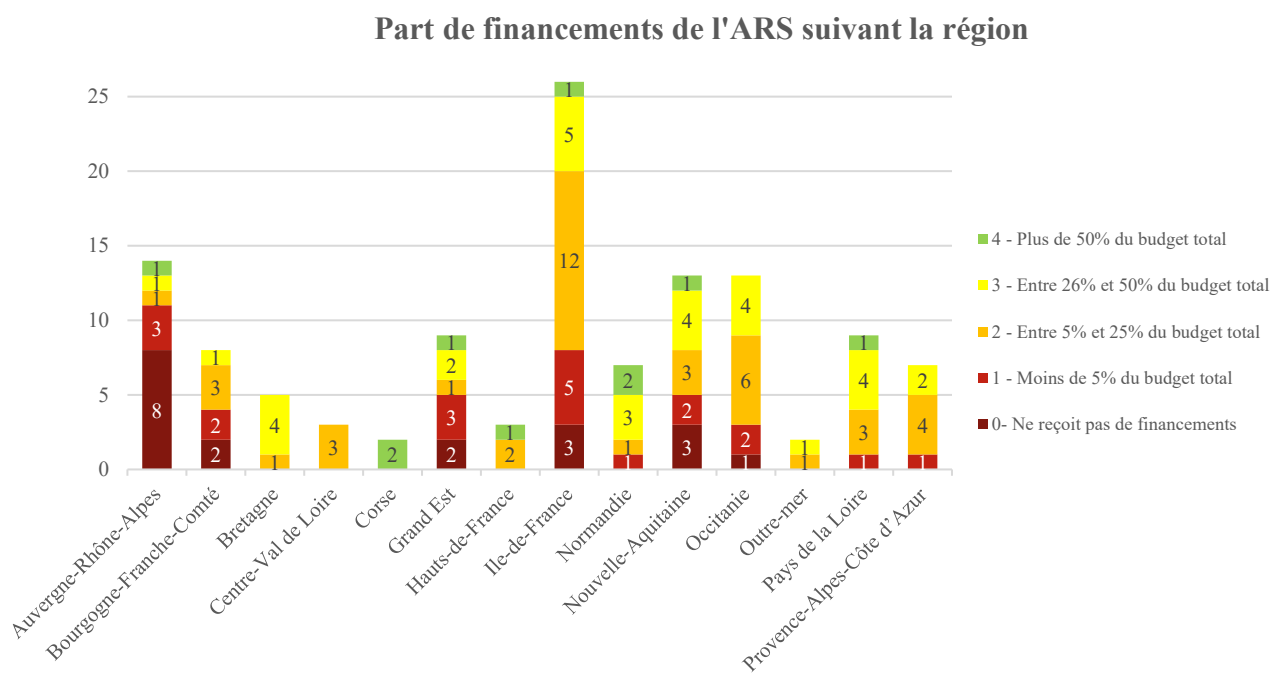
Les MSS disposent de sources de financement diverses, nous allons analyser dans un premier temps les sources de financement public. L'habilitation des MSS provient du Ministère de la santé et de l'accès aux soins et du Ministère des Sports, de la Jeunesse et de la Vie associative, avec une délégation régionale via respectivement les ARS et les DRAJES. Pour un tiers des MSS (39 MSS), la part de financement de l'ARS représente moins de 5 % de leur budget total ; pour 41 MSS, les

aides financières accordées par l'ARS représente entre 5 et 25 % de leur budget total, tandis que seules 7 MSS bénéficient d'un financement de l'ARS supérieur à 50 %. (*graphiques 5*)

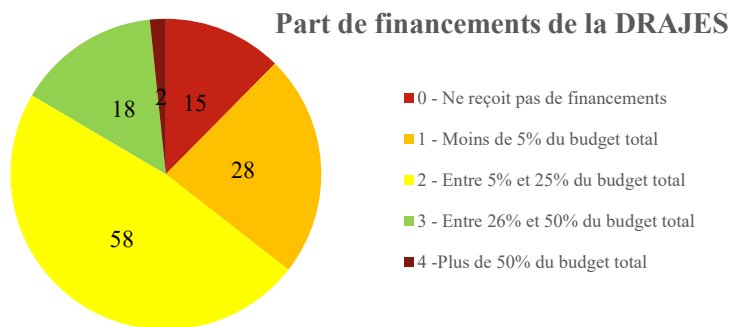


Graphique 5a - Répartition des MSS selon la part du financement ARS dans leur budget annuel

Certaines différences sont mises en évidence entre les MSS mais ses disparités régionales émergent nettement : en Normandie, en Corse, en Bretagne et dans les Pays de la Loire, plusieurs MSS reçoivent un soutien supérieur à 25 % de leur budget. En revanche, en Île-de-France et en Auvergne-Rhône-Alpes, 55 % et 78 % respectivement des MSS reçoivent moins de 5 % de financement de l'ARS. La région Auvergne Rhône Alpes est particulièrement touché puisque 8 MSS sur 14 présente dans la région ne reçoivent aucun soutien financier de la part de l'ARS.



Graphique 5b - Comparaison interrégionale des financements de l'ARS attribués aux MSS

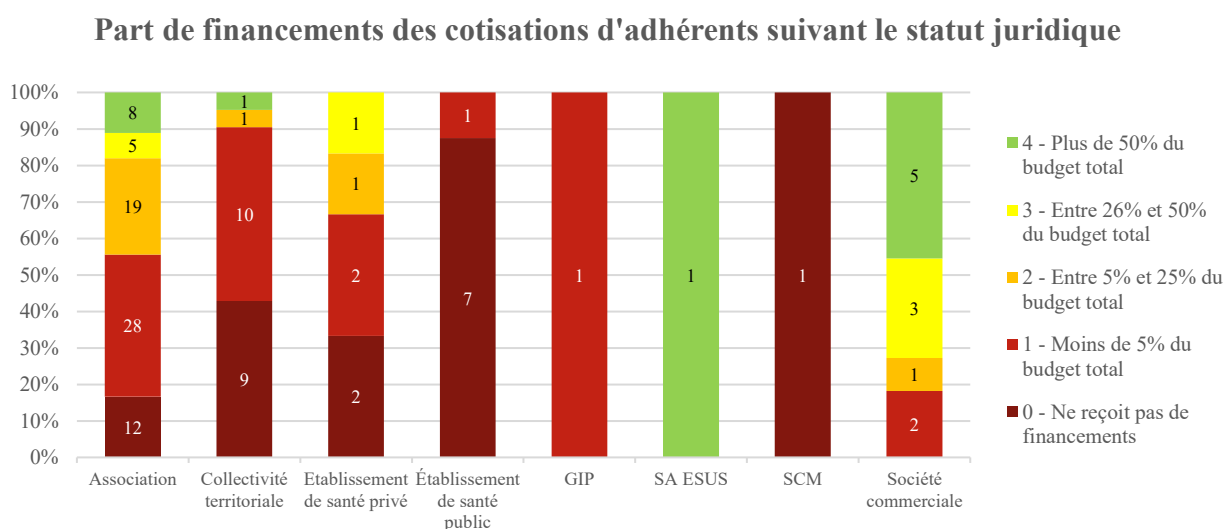


Concernant les aides financières accordées par la DRAJES, les tendances sont moins marquées que celle de l'ARS, mais surtout les écarts interrégionaux sont moins prononcés. (*graphiques 6*)

Graphique 6a - Répartition des MSS selon la part du financement DRAJES dans leur budget total

Les autres sources de financements publics sont moins représentatives et surtout sont ponctuelles ; elles peuvent permettre aux structures de bénéficier d'une aide non régulière comme celle allouée par « la conférence des financeurs », mais ce genre de financement ne permet pas de construire une économie stable. Nous ne prendrons pas en compte ses sources de financement public dans les résultats.

Le financement privé quant à lui, varie fortement selon le statut juridique. Ainsi, pour 15 MSS, les cotisations des adhérents représentent plus de 50 % du budget total, tandis que 44, ce financement ne représente que 5% des ressources et 31 n'ont aucun financement privé. (*graphiques 7*) Chez les sociétés commerciales, 27 % affichent un financement par cotisations d'au moins 26 %. À l'inverse, ce taux tombe à moins de 5 % pour 90 % des collectivités territoriales, 65 % des établissements de santé privés, et 100 % des établissements publics.



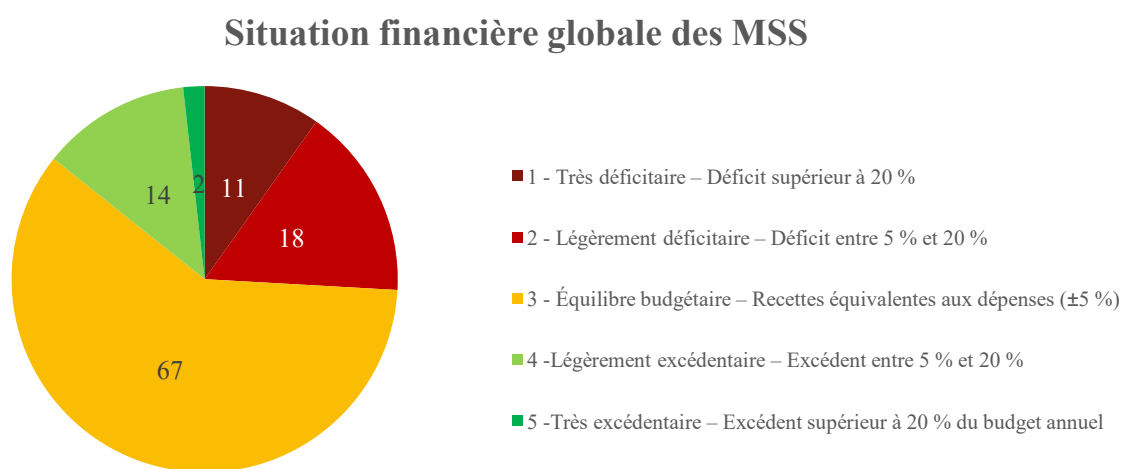
Graphique 7b - Répartition des MSS selon la part de cotisations des adhérents dans leur budget.

Les prestations facturées représentent la deuxième source de financement privé : 14 MSS en dépendent majoritairement, alors que 42 MSS n'en perçoivent aucune (*graphique 8a*). Toutes les collectivités, sauf une, n'ont pas recours à ce mode de financement (*graphique 8b*). De plus, 44 % des MSS rattachées ne facturent aucune prestation, contre 23 % des MSS autonomes. À noter que 20 % des MSS autonomes tirent plus de la moitié de leur budget des prestations facturées (*graphique 8c* Graphique 16).

Les autres financements privés, comme le mécénat ou les fondations, restent marginaux, 1 MSS a une majorité de financement (plus de 50% du budget total) dû au mécénat et une autre grâce à des fondations, mais ces chiffres ne sont pas représentatifs.

e) Situation financière globale des MSS

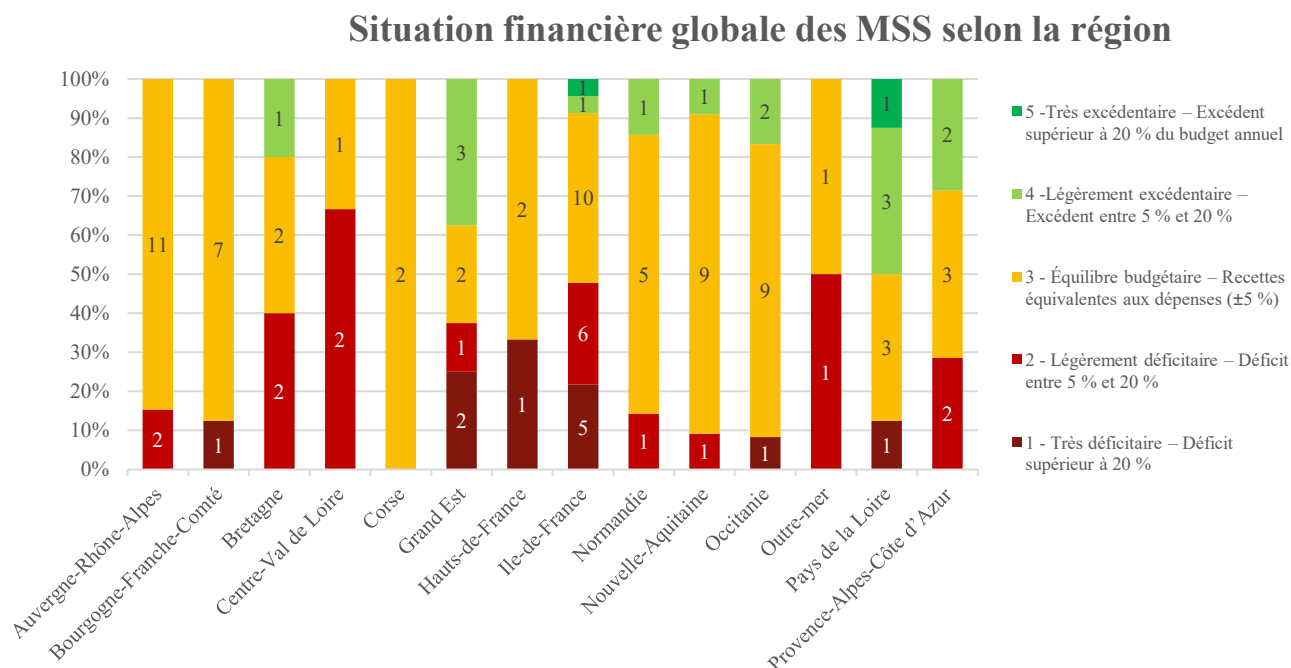
Sur l'ensemble des MSS répondantes, 67 sont à l'équilibre soit 55,4 %, 24 % sont en déficit (léger ou important), et 13,3 % présentent un excédent budgétaire.



Graphique 9a - Répartition des MSS selon leur situation budgétaire (excédent, équilibre, déficit)

L'analyse régionale fait apparaître certaines différences : 37 % des MSS du Grand Est sont légèrement excédentaires, et 50 % de celles des Pays de la Loire présentent un solde positif. À l'inverse, en Île-de-France, 47 % des MSS sont déficitaires, dont 5 figurent parmi les 11 MSS en très fort déficit. En Auvergne-Rhône-Alpes, pourtant la 2^{ème} région avec le plus de répondants aucune MSS est excédentaire et 84% des MSS sont à l'équilibre, enfin en Bourgogne Franche-Comté, la majorité des MSS sont à l'équilibre (87 %). On remarque également que les MSS

excédentaires ont pour 42% d'entre elles une aide de l'ARS correspondante à plus de 25% de leur budget. (*graphique 9c*)



Graphique 9b - Répartition des MSS selon leur situation budgétaire (excédent, équilibre, déficit) selon la région en %.

Le type de structure n'influence pas fortement l'état financier : les MSS rattachées comptent 33 structures à l'équilibre, contre 34 parmi les MSS autonomes. Parmi les rattachées, 10 sont légèrement déficitaires et 6 très déficitaires, contre 8 et 4 respectivement chez les autonomes (*graphique 9d*).

Les collectivités territoriales semblent plus fragiles : 27 % d'entre elles sont très déficitaires. C'est aussi le cas pour 50 % des établissements de santé privés. En revanche, les établissements publics affichent une situation plus favorable : 28 % sont excédentaires, 60 % à l'équilibre et seulement 12 % en déficit léger. Quant aux sociétés commerciales, elles sont majoritairement à l'équilibre, bien que deux d'entre elles soient en très fort déficit ou légèrement excédentaires.

Ce panorama offre une vision globale des MSS en France, de leurs modes de fonctionnement et des tensions qu'elles rencontrent. Il prépare le terrain pour une analyse plus qualitative, centrée sur leur alignement avec les critères d'intérêt général.

2. Typologie des MSS et analyse différenciée selon l'engagement d'intérêt général

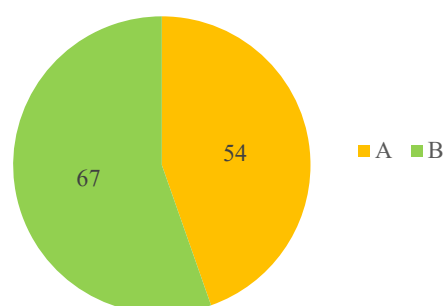
a) Construction d'une Typologie des MSS : La Classification K-means

Dans cette deuxième partie, nous avons cherché à identifier l'existence de profils types parmi les Maisons Sport Santé (MSS), en lien avec leur niveau d'alignement aux critères d'intérêt général. Pour cela, nous avons mobilisé une méthode statistique de classification non supervisée, le K-means, via le logiciel Le Sphinx.

Les données analysées proviennent de 121 MSS ayant répondu à une série de dix critères évaluant leur niveau d'engagement sur une échelle de 1 (pas du tout) à 4 (totalement). Ces dix critères ont été agrégés en quatre grandes thématiques : une logique non lucrative et désintéressée, une accessibilité inclusive et solidaire, une finalité sociale fondée sur la qualité et la coopération et une transparence et redevabilité des actions.

L'analyse a permis de dégager deux principaux groupes de MSS : le cluster A, composé de 54 structures à niveau modéré d'engagement d'intérêt général, et le cluster B, regroupant 67 MSS au profil fortement engagé. Le choix de cette classification en deux groupes a été motivé par sa lisibilité et sa capacité à faire apparaître des tendances nettes, bien que d'autres segmentations aient été explorées.

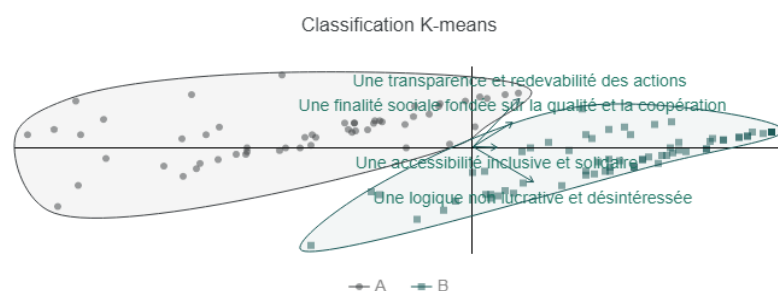
Répartition des MSS suivant le cluster



Graphique 10 – Répartition des MSS suivant le cluster
Cluster A : niveau modéré d'engagement d'intérêt général,
Cluster B : niveau fort d'engagement d'intérêt général

Deux grands profils types de MSS :

- **Cluster A** : MSS à niveau modéré d'engagement d'intérêt général (n = 54)
- Cluster B** : MSS à haut niveau d'engagement d'intérêt général (n = 67)



La classification regroupe les individus en classes homogènes du point de vue des variables considérées. Le calcul est initialisé de manière aléatoire. L'algorithme réaffecte les individus pour améliorer progressivement l'homogénéité des classes.

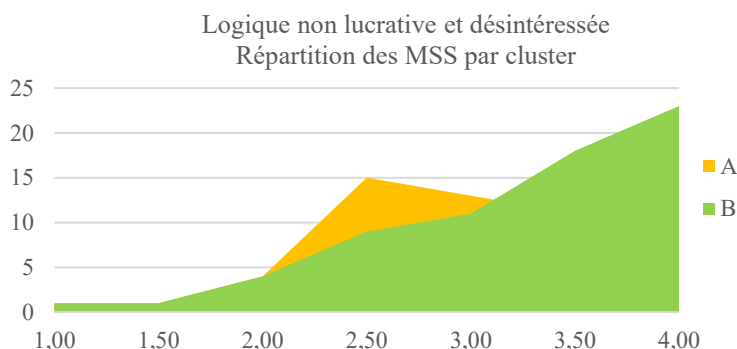
b) Caractérisation Approfondie des Deux Types de MSS

Les résultats de l'analyse montrent des différences marquées entre les deux groupes pour l'ensemble des thématiques. Voici un tableau récapitulatif des différentes moyennes obtenues, sur tout l'échantillon (121 MSS) et ensuite par cluster. Nous pouvons observer que les moyennes pour le groupe B (MSS à haut niveau d'engagement d'intérêt général) sont supérieures sur toutes les thématiques à celle du groupe A (MSS à niveau modéré d'engagement d'intérêt général).

	Une logique non lucrative et désintéressée	Une accessibilité inclusive et solidaire	Une finalité sociale fondée sur la qualité et la coopération	Une transparence et redevabilité des actions
Moyenne A	2,35	3,56	3,04	2,99
Moyenne B	3,87	3,73	3,33	3,30
Moyenne	3,19	3,65	3,20	3,16

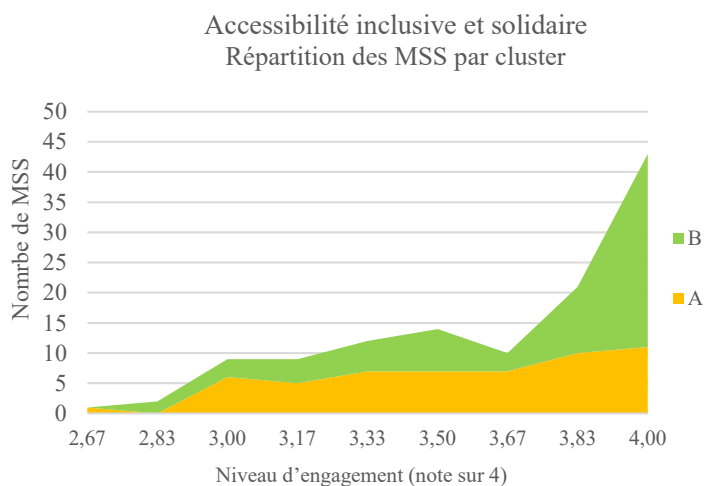
La logique non lucrative apparaît comme le critère le plus discriminant entre les deux groupes de MSS. Le cluster A (en orange), regroupant les structures à engagement modéré, obtient une moyenne de 2,35, ce qui traduit un positionnement intermédiaire. À l'inverse, le cluster B (en vert), constitué des MSS les plus engagées dans l'intérêt général, atteint

une moyenne de 3,87, révélant une adhésion beaucoup plus forte à une gouvernance désintéressée et non lucrative. Le graphique illustre visuellement cet écart, avec une concentration des MSS du cluster B sur les notes les plus élevées (3,5–4), alors que celles du cluster A se situent majoritairement autour des notes basses et moyennes (2–2,5).



Graphique 11 – Répartition des MSS selon leur degré d'engagement dans une logique non lucrative et désintéressée, comparée entre Cluster A (engagement modéré) et Cluster B (engagement élevé)

Cela confirme que les MSS les plus fortement engagées adoptent majoritairement des modèles associatifs ou non lucratifs, renforçant le lien entre forme juridique et finalité d'intérêt général.

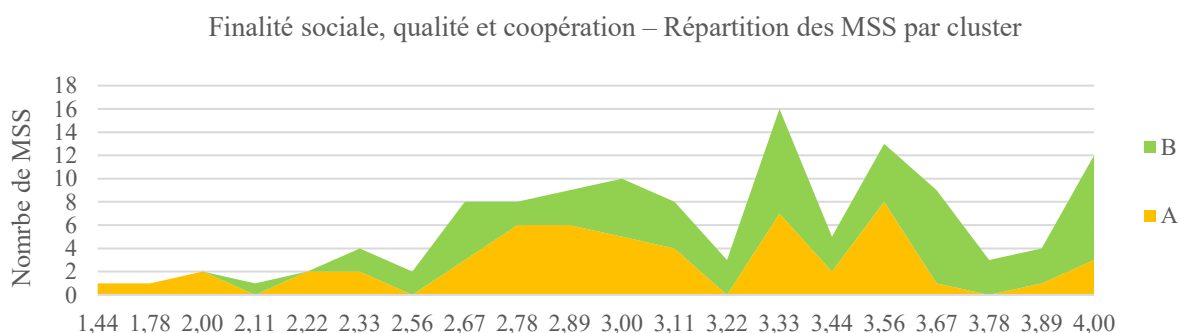


Graphique 12 – Répartition des MSS selon leur degré d'engagement en matière d'accessibilité et de solidarité, comparée entre Cluster A et Cluster B

Sur la thématique de l'accessibilité inclusive et solidaire, les deux clusters affichent des résultats globalement élevés, ce qui traduit une forte sensibilité des MSS à cette mission centrale. Le cluster A (en orange), à engagement modéré, obtient une moyenne de 3,56, ce qui confirme une volonté d'ouverture mais avec une variabilité interne. Le cluster B (en vert), regroupant les MSS les plus engagées, atteint une moyenne encore

plus élevée de 3,73, avec une concentration marquée sur la note maximale. Le graphique illustre cette différence : 32 MSS du cluster B se positionnent sur la note de 4/4, contre une proportion plus diffuse pour le cluster A. Ces résultats montrent que, même si toutes les MSS reconnaissent l'importance de l'accessibilité et de la solidarité, ce sont bien les MSS du cluster B qui incarnent le plus fortement cette exigence en l'intégrant comme un pilier structurant de leur action quotidienne.

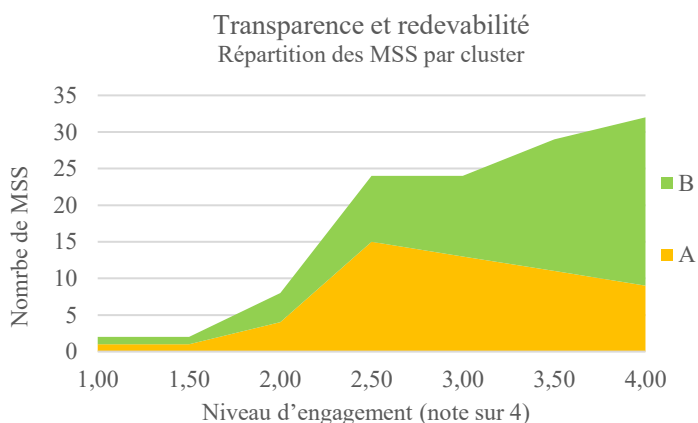
En ce qui concerne la finalité sociale, la qualité et la coopération, les résultats révèlent des différences plus marquées entre les deux clusters. Le cluster A (engagement modéré, représenté en orange) présente une moyenne de 3,04, avec une dispersion importante : plusieurs petits groupes apparaissent, dont 3 MSS notées en dessous de 2, traduisant des difficultés à structurer des partenariats solides ou à formaliser l'évaluation de la qualité de leurs actions. À l'inverse, le cluster B (engagement élevé en vert) atteint une moyenne de 3,33, témoignant d'un niveau d'engagement supérieur et plus homogène.



Graphique 13 – Répartition des MSS selon leur degré d'engagement en matière de finalité sociale, qualité des actions et coopération territoriale, comparée entre Cluster A et Cluster B

Le graphique montre clairement que la majorité des MSS du cluster B se situent sur des niveaux élevés (3 à 4), ce qui reflète une meilleure intégration territoriale et un souci accru de l'impact et de la qualité. Ces résultats confirment que la coopération et la recherche de qualité constituent un élément distinctif des MSS les plus engagées dans l'intérêt général.

Enfin, sur l'axe de la transparence et de la redevabilité, les résultats confirment la différenciation entre les deux groupes. Le cluster B atteint une moyenne de 3,30, contre 2,99 pour le cluster A, ce qui traduit une implication plus forte dans les démarches de transparence. Le graphique montre néanmoins une certaine hétérogénéité : dans le cluster A, on observe à la fois 23 MSS notées



Graphique 14 - Répartition des MSS selon leur degré d'engagement en matière de transparence et de redevabilité, comparée entre Cluster A et Cluster B.

au maximum (4) et 17 MSS situées à 3,7, signe qu'une partie importante de ces structures s'engagent malgré un score moyen plus faible. Ce critère recouvre des pratiques concrètes telles que la publication de rapports d'activités, la mise en place de mécanismes d'évaluation interne et des procédures de reddition de comptes.

Ces résultats indiquent que, même si une proportion significative de MSS s'investit dans la transparence, ce sont surtout celles du cluster B qui en font un pilier structurant de leur gouvernance et de leur légitimité auprès des partenaires publics.

APARTE : Malgré notre typologie basée sur les 4 grandes thématiques, on remarque que la logique est similaire sur les critères. En effet, le cluster A a une moyenne inférieure à celle du Cluster B pour chacun des critères, hormis le critère 4 (Adaptabilité aux divers publics), où le groupe A est légèrement supérieur de 0,01 (3,76 pour le groupe A et 3,75 pour le groupe B). Le groupe B a donc une moyenne de tous les critères additionnées (évalué sur 40) supérieure à celle du groupe A.

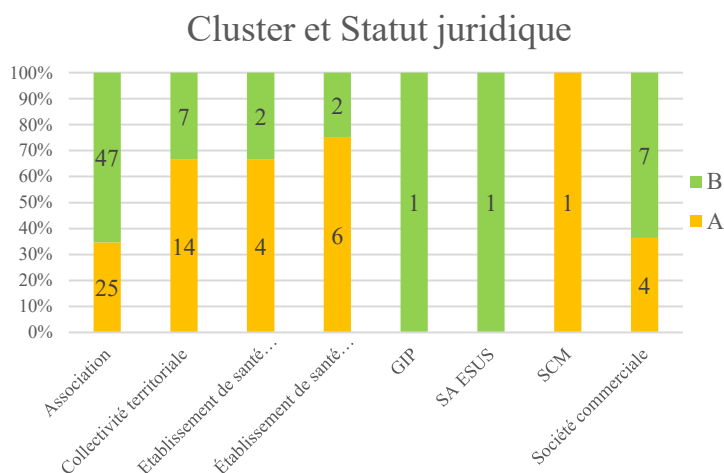
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Somme
Cluster A	2,02	2,69	3,59	3,76	3,33	3,5	2,46	3,15	2,44	3,54	30,48
Cluster B	3,82	3,93	3,81	3,75	3,63	3,68	2,91	3,37	3	3,6	35,51
Moyenne	3,02	3,37	3,69	3,75	3,50	3,61	2,71	3,27	2,75	3,57	33,25

c) Analyse du profil des clusters

Lorsque l'on croise les clusters avec les variables structurelles et financières, des tendances significatives se dessinent.

Concernant le statut juridique, 65 % des MSS de statut associatif se situent dans le cluster B, tandis que 65 % des MSS portées par des collectivités territoriales et 70% des MSS issues d'établissements de santé privés se trouvent dans le cluster A. Ce résultat souligne que les

structures associatives apparaissent comme les plus investies dans l'intérêt général.



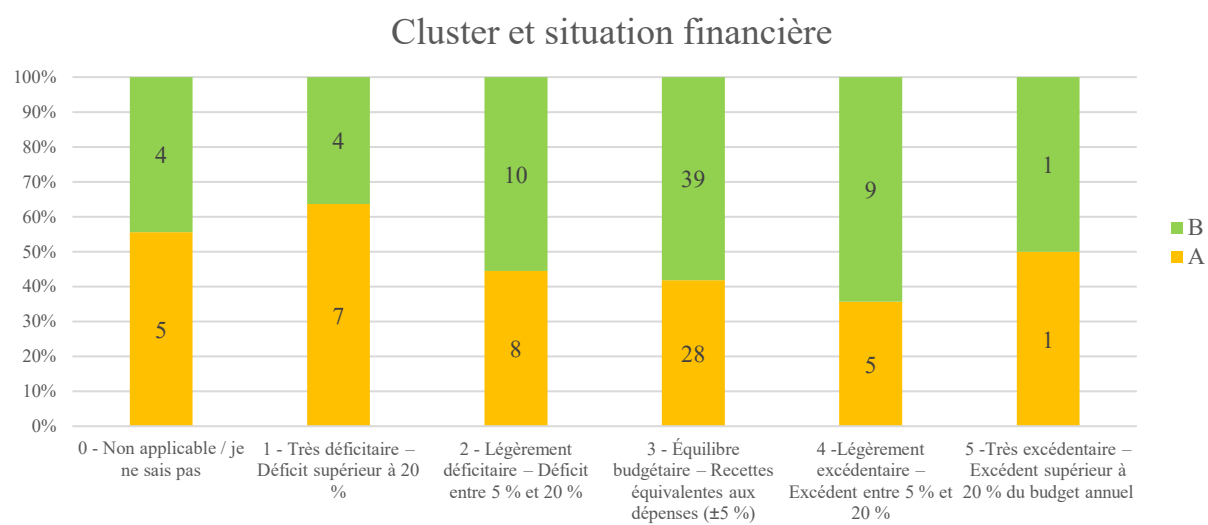
Graphique 15 - Répartition des MSS selon leur statut juridique et typologie A/B

L'autonomie juridique constitue également un facteur clé : 53 % des MSS autonomes sont classées dans le cluster B, contre 47 % des MSS rattachées à une autre structure. Ce constat suggère que l'autonomie favorise une meilleure capacité à se structurer et à déployer des actions conformes aux attendus institutionnels. ([graphique 16](#))

Du point de vue des effectifs, les MSS du cluster B sont plus souvent dotées d'équipes réduites, entre 1,5 et 3 ETP (41 %), tandis que 38 % des MSS du cluster A fonctionnent avec 1 ETP ou moins. De plus, les six MSS possédant plus de 10 ETP sont toutes dans le cluster B, à l'exception d'une seule. Ce lien entre volume de personnel et niveau d'engagement d'intérêt général semble évident. ([graphique 17](#))

En gardant en tête que le cluster A représente 44% de l'échantillon total, sur le plan financier, 61% des MSS très déficitaires appartiennent au cluster A, tandis que les MSS légèrement excédentaires

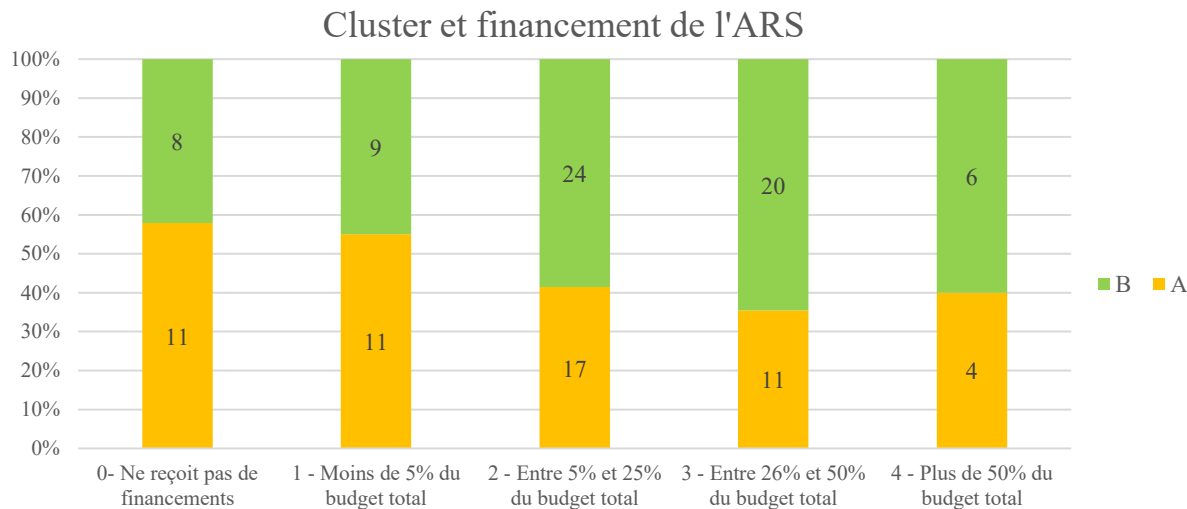
sont plus fréquemment réparties dans le cluster B. Cela montre que les MSS les plus engagées sont aussi celles qui parviennent à stabiliser leur modèle économique, souvent grâce à une meilleure reconnaissance et un accès facilité aux financements publics, notamment ceux de l'ARS.



Graphique 18 – Répartition des MSS selon leur situation budgétaire et typologie A/B

Ce lien est d’ailleurs très clair lorsqu’on observe les niveaux de financement attribués par les ARS.

Ce graphique révèle une tendance nette : les MSS du Cluster B, qui ont un niveau élevé de conformité aux critères d’intérêt général, sont plus nombreuses à bénéficier de financements significatifs de l’ARS. Par exemple, parmi les structures dont plus de 25 % du budget est financé par l’ARS (modalités 3 et 4), le Cluster B est majoritaire (respectivement 20 et 6 MSS) alors que le Cluster A est moins représenté (11 et 4 MSS). À l’inverse, dans les catégories les moins financées (0 et 1), le Cluster A domine ou est à égalité avec le cluster B (11 MSS contre 8 et 9 dans le Cluster B).



Graphique 19 - Répartition des MSS selon leur typologie (A ou B) et la part de financement ARS reçu

Ce résultat renforce l'hypothèse qu'il y a un lien probable entre le niveau de conformité aux missions d'intérêt général et la capacité à obtenir un financement public pérenne. Les MSS les plus engagées, souvent mieux structurées et plus transparentes, semblent davantage reconnues et soutenues par les agences régionales de santé.

d) Interprétation des résultats et premiers enseignements

Les résultats obtenus révèlent des écarts significatifs entre les MSS en matière d'engagement dans l'intérêt général, de structuration interne et de stabilité financière. Ces constats soulèvent la nécessité de s'interroger sur les leviers possibles pour renforcer leur reconnaissance et leur accompagnement. La discussion qui suit propose ainsi une lecture croisée des données recueillies, à la lumière des textes institutionnels et des enjeux de financement public.

III DISCUSSION

1. Retour sur l'hypothèse et interprétation des résultats

Afin de confronter notre enquête au cadre théorique présenté précédemment, nous revenons ici sur notre hypothèse principale : construire une typologie des Maisons Sport-Santé (MSS) en fonction de leur degré d'engagement dans l'intérêt général.

La typologie en deux clusters, fondée sur les dix critères définis, met bien en évidence des différences de positionnement entre MSS. Toutefois, cette répartition n'est pas strictement corrélée aux niveaux de financement public : certaines MSS très engagées dans l'intérêt général reçoivent peu, tandis que d'autres, moins conformes à ces critères, bénéficient d'un soutien financier conséquent. Ce décalage interroge directement la logique actuelle d'allocation des financements.

Notre étude résonne ainsi avec les problématiques de financement pérenne évoquées dans la littérature. De nombreuses structures déclarent avoir un modèle économique fragile. Le commentaire suivant, recueilli via une question ouverte, résume bien une préoccupation partagée par une grande partie des répondants : « La pérennité des financements. Nous avons aujourd'hui des financements suffisants, mais aucun n'est pérenne. Nous avançons à l'aveugle et il est impossible de se projeter sur plusieurs années. ». Les MSS expriment clairement leur besoin de visibilité financière et d'un engagement public plus structurant pour garantir leur développement à moyen et long terme.

2. Inégalités et failles du système de reconnaissance

Nos résultats révèlent également de fortes disparités internes. Certaines MSS très investies dans l'intérêt général fonctionnent avec très peu de moyens, ce qui remet en question l'équité des dispositifs de financement. À cela s'ajoutent des inégalités territoriales nettes : toutes les ARS ou DRAJES ne soutiennent pas les MSS de la même manière, ce qui aggrave les écarts de développement et de reconnaissance.

En parallèle, on constate que la majorité des MSS ne consacre que peu d'attention à la formalisation d'une démarche qualité ou à la transparence financière. Cela limite leur reconnaissance institutionnelle et peut freiner leur accès à des financements plus conséquents. Aujourd'hui, l'intérêt général n'est ni formalisé, ni valorisé dans les grilles de financement public, ce qui constitue une faille dans le système de reconnaissance institutionnelle. Les aides sont souvent attribuées sur des critères de forme (statut, notoriété, projet présenté), et non sur l'impact réel ou la mission sociale portée.

3. Limites de l'étude et perspectives d'amélioration

Notre méthode d'analyse, bien que structurée, présente plusieurs limites. L'approche exclusivement quantitative limite la compréhension fine des stratégies locales et des dynamiques internes propres à chaque MSS. Les données collectées sont déclaratives, ce qui peut introduire des biais, et notre échantillon, bien que significatif, ne couvre pas l'ensemble du réseau des MSS. Enfin, la grille d'analyse, construite de manière individuelle, gagnerait en légitimité si elle était co-construite avec les acteurs de terrain. Il serait donc pertinent de mobiliser une diversité d'acteurs (responsables de MSS, professionnels de terrain, ARS, acteurs de santé publique) pour affiner cette grille. À terme, elle pourrait servir de socle à un outil de financement plus juste, basé sur des critères d'intérêt général. Une distinction telle qu'un label « MSS engagée » pourrait également être envisagée, associée à un accompagnement renforcé en matière de suivi qualité, transparence financière, et gouvernance. En échange d'un soutien public accru, les MSS pourraient s'engager à produire des indicateurs de suivi renforçant ainsi leur reconnaissance dans le champ institutionnel.

CONCLUSION

Cet article de recherche avait pour objectif de mieux comprendre la manière dont les Maisons Sport-Santé (MSS) s'inscrivent dans les missions d'intérêt général et dans quelle mesure cet

engagement est reconnu, notamment au travers des financements publics. En croisant les données d'un questionnaire diffusé à l'échelle nationale directement aux responsables de MSS avec une grille d'analyse fondée sur dix critères d'intérêt général tirée de divers articles scientifiques, nous avons pu proposer une première typologie des MSS.

Les résultats montrent une classification nette : certaines MSS apparaissent fortement engagées dans une logique d'intérêt général, avec une organisation plus structurée et transparente avec une meilleure lisibilité de leur mission et de la répartition de leur budget. À l'inverse, d'autres structures rencontrent des difficultés à répondre à l'ensemble des neuf missions obligatoires du cahier des charges. Pourtant, cette répartition ne correspond pas forcément aux niveaux de financement reçus. Les MSS les plus engagées ne sont pas toujours les mieux soutenues, révélant une faille dans les critères d'attribution actuels des financements publics.

Ces constats posent la question d'un système de reconnaissance plus juste et plus cohérent. Si les pouvoirs publics souhaitent faire des MSS un levier fort de la politique de santé, il devient indispensable de créer des outils d'évaluation partagés, transparents et alignés sur les objectifs d'intérêt général. La grille proposée dans cette recherche constitue une première base de réflexion, mais elle gagnerait en valeur à être co-construite avec les acteurs de terrain et les instances régionales.

Au-delà de la question du financement, cette étude invite à penser l'intégration des MSS dans une logique plus large de pilotage public : démarches qualité, indicateurs d'impact, transparence financière. Ces leviers permettraient de renforcer leur légitimité, tout en favorisant une reconnaissance différenciée et ciblée de leur mission sociale. Dans cette optique, un label type «MSS engagée» pourrait venir appuyer la construction d'un système plus structurant, où les financements seraient associés à des engagements précis en matière de gouvernance, d'accessibilité et de suivi d'impact.

Cette recherche ouvre donc des pistes concrètes pour faire évoluer les modalités de soutien aux MSS vers un modèle plus équitable, plus transparent, et plus cohérent avec les missions d'intérêt général que ces structures cherchent à incarner au quotidien.

BIBLIOGRAPHIE

Bouchard, M., Bourque, G.L., Benoît Lévesque and Desjardins, É. (2011). L'évaluation de l'économie sociale dans la perspective des nouvelles formes de régulation socio-économique de l'intérêt général. *Cahiers de recherche sociologique*, (35)

Carenews.com. (2023). *Hybridation des modèles socio-économiques d'intérêt général : de quoi parle-t-on ?* | *Entreprendre&+.* Accès :

https://www.carenews.com/entreprendre/news/hybridation-des-modeles-socio-economiques-d-interet-general-de-quoi-parle-t-on?utm_source=chatgpt.com

Comité interministériel pour la Santé. (2019). Accès :

https://www.info.gouv.fr/upload/media/default/0001/01/2019_03_dossier_de_presse_-_comite_interministeriel_pour_la_sante_-_25.03.2019.pdf

Commission européenne. (2024). *Services d'intérêt général.* Accès :

https://commission.europa.eu/topics/single-market/services-general-interest_fr

CPCA. (2008). Le financement (public) des associations : une nouvelle donne, de nouveaux besoins. https://www.associations.gouv.fr/IMG/pdf/enquetecpca_financement_juillet2008.pdf

Delandre, D., & al (2025). *Rapport de la mission interministérielle sport-santé "Delandre" : remis le 7 avril 2025. Travaux conduits de novembre 2022 à 2023.* Ministère des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques. <https://www.sports.gouv.fr/media/46702/download> 6 – 52

DGOS_Marie.R, & DGOS_Marie.R. (2025). *Vivre avec une maladie chronique – Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles.* <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/vivre-avec-une-maladie-chronique/>

France Stratégie. (2022, 9 mars). *L'État stratège en santé : Synthèse du rapport.* https://www.strategie.gouv.fr/files/files/Publications/2021%20SP/2022-03-09%20-%20L%27ESE%20Sant%C3%A9/fs-2022-synthese-rapport_sante-mars.pdf

Gouv.fr. (2019). *Association reconnue d'intérêt général et reçus fiscaux.* <https://www.economie.gouv.fr/cedef/fiches-pratiques/association-reconnue-dinteret-general-et-recus-fiscaux>

Gouv.fr. (2019). *Association reconnue d'intérêt général et reçus fiscaux.* [online] Available at: <https://www.economie.gouv.fr/cedef/fiches-pratiques/association-reconnue-dinteret-general-et-recus-fiscaux#:~:text=Qu'est%2Dce%20qu',au%20b%C3%A9n%C3%A9fice%20de%20ses%20donaturs.>

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_de_contractualisation_des_dotations_financant_les_MIG-2.pdf

<https://www.sports.gouv.fr/decouvrez-les-maisons-sport-sante-les-plus-proches-de-chez-vous-389>

IAE Lille (2025). La notion d'organisation - Les 5 configurations organisationnelles. Univ-lille.fr. https://modules-iae.univ-lille.fr/M19/cours/co/chap02_03_03.html

INJEP. (2023). Maisons sport-santé : l'émergence et la structuration d'un nouvel instrument d'action publique. <https://injep.fr/wp-content/uploads/2023/06/rapport-2023-05-Maisons-Sport-Sante-Synthese.pdf>

INJEP. (2023). *Les Maisons sport-santé : des enjeux de coordination, de légitimation et de financement - INJEP - Akim Oualhaci, chargé d'études et de recherche (INJEP)*. Accès : <https://injep.fr/publication/les-maisons-sport-sante-des-enjeux-de-coordination-de-legitimation-et-de-financement/#:~:text=de%20financements%20p%C3%A9rennes.-,Cr%C3%A9es%20en%202019%20dans%20le%20cadre%20de%20la%20strat%C3%A9gie%20nationale,la%20s%C3%A9dentarit%C3%A9%20et%20ses%20cons%C3%A9quences> Mbdconsulting.ch. (2023). Mintzberg : évaluer la structure de votre entreprise. <https://www.mbdconsulting.ch/methodes-analyses/typologie-structures-organisationnelles-mintzberg>

Ministère de la Santé et de la Prévention. (2021). Annexe 1 - Cahier des charges des 'Maisons sport-santé' APPEL À PROJETS (AAP) RELATIF AUX 'Maisons sport-santé'. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/cahier_des_charges_maisons_sport_sante_2021.pdf

Ministère de la Santé et de la Prévention. (s. d.). Guide de contractualisation des dotations finançant les MIG.

Ministère des Solidarités et de la Santé & Ministère chargé des Sports. (2022). *Le réseau des Maisons Sport-Santé*. [Dossier de presse]. Disponible à l'adresse : <https://www.occitanie.ars.sante.fr/system/files/2024-01/sportsante-dossierpresse2022-110322-pdf-1984%20%282%29.pdf>

RAPPORT Le financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé. (n.d.). Accès : https://www.robertholcman.net/public/documents_institutionnels/Rapports_IGAS/igas_financement_recherche_enseignement_missions_interet_general_etablissements_sante_2009.pdf

René DAVAL (2025). *THÉORIE DES ORGANISATIONS*. Encyclopædia Universalis. Available at: <https://www.universalis.fr/encyclopedie/theorie-des-organisations/>

Service-public.fr. (2024). Qualité de 'société à mission'. <https://entreprendre.service-public.fr/vosdroits/F37408#:~:text=Soci%C3%A9t%C3%A9%20mission%20%3A%20de%20quoi,fonctionnement%20pour%20garantir%20leur%20atteinte>

Service-public.fr. (2024). *Qualité de 'société à mission'*. Accès : <https://entreprendre.service-public.fr/vosdroits/F37408>

sports.gouv.fr. (2019). Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024. <https://www.sports.gouv.fr/strategie-nationale-sport-sante-2019-2024-85>

sports.gouv.fr. (2025). Découvrez les Maisons Sport-Santé les plus proches de chez vous. <https://www.sports.gouv.fr/decouvrez-les-maisons-sport-sante-les-plus-proches-de-chez-vous-389>

sports.gouv.fr. (2025). Les Maisons Sport-Santé, un outil d'égalité des chances et d'accès au droit de la santé par le sport. <https://www.sports.gouv.fr/les-maisons-sport-sante-un-outil-d-egalite-des-chances-et-d-acces-au-droit-de-la-sante-par-le-sport>

sports.gouv.fr. (2025). Maisons Sport-Santé. <https://www.sports.gouv.fr/maisons-sport-sante-388>

sports.gouv.fr. (2025). *Les Maisons Sport-Santé, un outil d'égalité des chances et d'accès au droit de la santé par le sport*. Accès : <https://www.sports.gouv.fr/les-maisons-sport-sante-un-outil-d-egalite-des-chances-et-d-acces-au-droit-de-la-sante-par-le-sport>

Stokkink, D. & Cools, F. (2013). Focus — La définition évolutive de l'intérêt général dans un contexte de libéralisation des services. *Informations sociales*, n° 175(1), pp.70–73. <https://doi.org/10.3917/inso.175.0070>.

Votre expert des associations. (2010). Quelles sont les différences entre une association et une société ? <https://www.votre-expert-des-associations.fr/quelles-sont-les-differences-entre-une-association-et-une-societe/>

ANNEXES

Annexe 1 :

Axe	Critère	Explication	Source principale
1. Logique non lucrative et désintéressée	1. Gestion désintéressée	Les dirigeants ou membres de la gouvernance ne poursuivent aucun intérêt personnel ou lucratif.	Association reconnue d'intérêt général
	2. Activité non lucrative et non commerciale	Les bénéfices sont réinvestis, l'activité n'a pas de visée marchande dominante.	mission d'intérêt général & Association reconnue d'intérêt général
2. Accessibilité, inclusion et solidarité	3. Cercle large de bénéficiaires	Le public ciblé est large, cohérent avec les besoins du territoire.	Association reconnue d'intérêt général
	4. Adaptabilité aux divers publics	L'offre est modulable en fonction des profils des bénéficiaires (âge, niveau de forme, maladies chroniques).	mission d'intérêt général
	5. Dimension solidaire	L'action vise prioritairement les personnes éloignées du soin ou en situation de précarité.	mission d'intérêt général
3. Finalité sociale, qualité, coopération	6. Objectifs collectifs et sociaux explicites	L'objectif est formulé comme une mission sociale, collective ou préventive.	mission d'intérêt général & sociétés à mission
	7. Qualité du service	Engagement dans des démarches qualité : évaluation, formation, coordination des pratiques.	mission d'intérêt général
	8. Logique de co-construction	Co-élaboration avec des partenaires publics, associatifs, professionnels de santé.	mission d'intérêt général
4. Transparence et redevabilité	9. Transparence des actions et financements	Communication claire sur les financements reçus, les ressources et les résultats.	mission d'intérêt général & sociétés à mission
	10. Évaluation et mesure d'impact	Mise en place d'outils d'évaluation des résultats et d'indicateurs d'impact.	mission d'intérêt général & sociétés à mission

Annexe 2 :

Ce questionnaire a été diffusé dans le cadre d'un mémoire de recherche sur les Maisons Sport Santé. Il avait pour objectif d'identifier les difficultés rencontrées sur le terrain, les sources de financement, les critères d'intérêt général remplis, ainsi que les leviers d'amélioration potentiels.

Durée estimée : 5 minutes – Réponses anonymes.

Thème 1 – Difficultés rencontrées

1. Rencontrez-vous des difficultés à réaliser les 9 missions des MSS ?

☐ Oui / ☐ Non

2. Si oui, lesquelles constituent un frein important à votre développement ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Manque de financements
- ☐ Manque de reconnaissance institutionnelle
- ☐ Difficultés de recrutement / ressources humaines
- ☐ Locaux ou équipements inadaptés
- ☐ Difficultés à mobiliser les usagers
- ☐ Coordination avec les acteurs de santé
- ☐ Autre : _____

3. Quels seraient, selon vous, les leviers ou actions prioritaires pour améliorer votre situation ? (réponse libre)

Thème 2 – Financement

4. Quelles sont, selon vous, les conditions nécessaires pour améliorer la viabilité et le développement de votre MSS ? (réponse libre)

5. Part des financements publics dans le budget annuel :

Pour chaque source, indiquer la part approximative :

☐ Ne reçoit pas / ☐ Moins de 5 % / ☐ Entre 5 et 25 % / ☐ Entre 25 et 50 % / ☐ Plus de 50 %

- ARS

- DRAJES

- Appels à projets (ex : Conférence des financeurs)

- Collectivités

- CPAM

- Autres financements publics

6. Part des financements privés dans le budget annuel :

☐ Ne reçoit pas / ☐ Moins de 5 % / ☐ Entre 5 et 25 % / ☐ Entre 25 et 50 % / ☐ Plus de 50 %

- Cotisations des adhérents

- Prestations facturées

- Mécénat

- Fondation
- Autres financements privés

7. Quel est le budget global annuel de votre MSS ? (facultatif)

8. Votre situation budgétaire :

- ☐ Très excédentaire
- ☐ Légèrement excédentaire
- ☐ Équilibre budgétaire
- ☐ Légèrement déficitaire
- ☐ Très déficitaire
- ☐ Non applicable / Je ne sais pas

9. Postes de dépenses les plus importants (choix de 3) :

- ☐ Salaires / charges sociales
- ☐ Prestataires externes
- ☐ Loyer / charges
- ☐ Matériel sportif
- ☐ Déplacements
- ☐ Communication
- ☐ Fonctionnement administratif
- ☐ Fournitures

Thème 3 – Informations générales

10. Région d'implantation : (liste déroulante de régions)

11. Statut juridique :

- ☐ Association
- ☐ Société commerciale
- ☐ Collectivité territoriale
- ☐ Établissement de santé (public ou privé)
- ☐ Mutuelle / Fondation / Autre

12. Votre MSS est-elle :

- ☐ Autonome
- ☐ Rattachée à une autre structure

Thème 4 – Évaluation des critères d'intérêt général

Pour chaque item, réponse sur une échelle de 1 à 4 (1 = Pas du tout, 4 = Totalement)

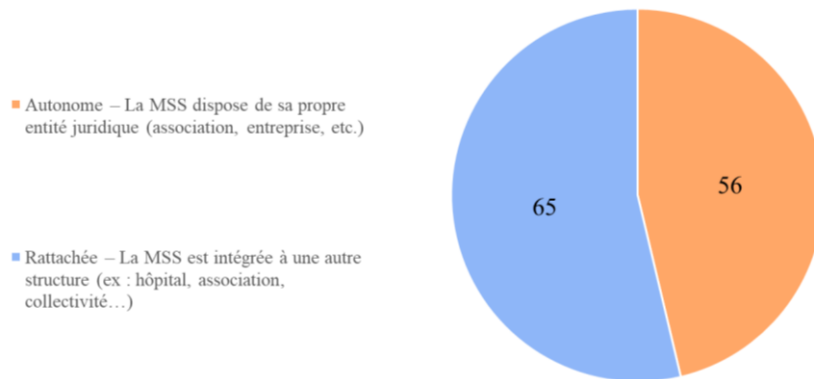
- 13. Les excédents sont-ils réinvestis dans l'activité ?
- 14. La gestion est-elle désintéressée ?
- 15. Accueillez-vous un public diversifié ?
- 16. Vos parcours sont-ils adaptés aux spécificités des publics ?
- 17. Mettez-vous en place des actions pour toucher des publics éloignés ?
- 18. Les tarifs sont-ils accessibles à tous ?
- 19. Vos objectifs sociaux / de santé sont-ils clairement définis ?

- 20. Des protocoles qualité sont-ils formalisés ?
- 21. Collaborez-vous avec : collectivités / partenaires associatifs / établissements de santé ?
- 22. Publiez-vous des rapports accessibles aux partenaires ?
- 23. Disposez-vous d'un système d'évaluation de l'impact ?

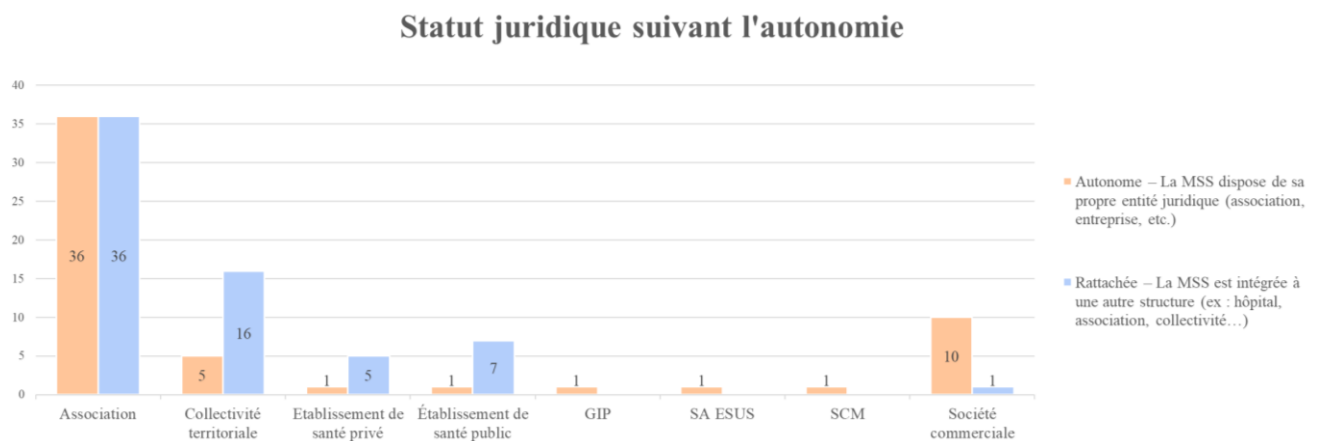
- 24. Remarques libres sur les missions ou financements (réponse libre)

Annexe 3 :

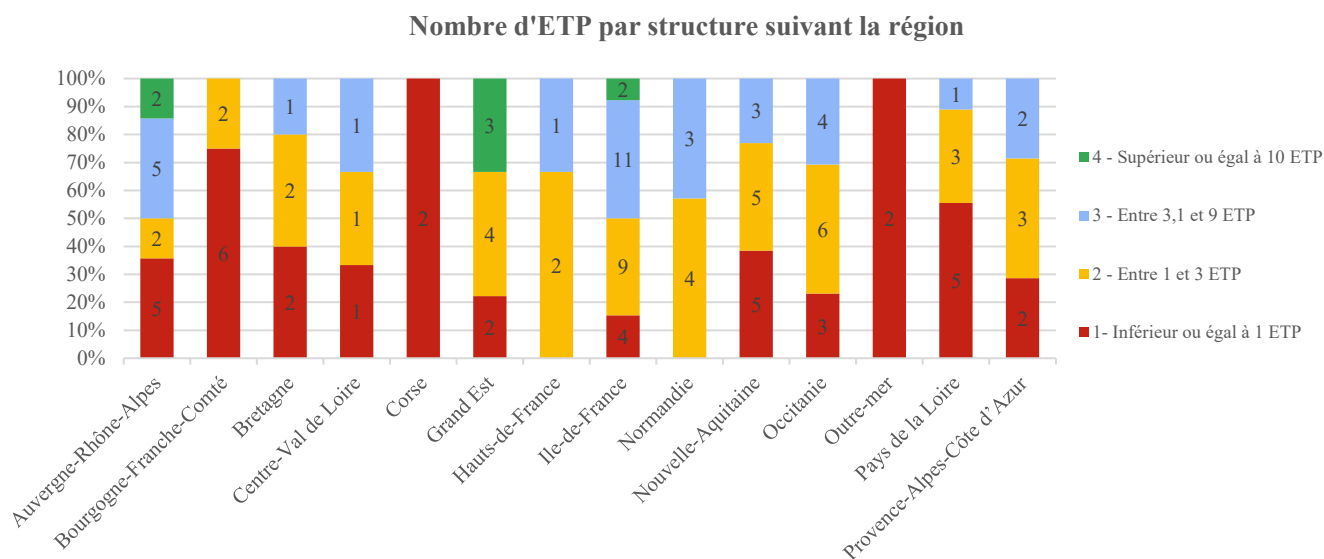
Autonomie juridique



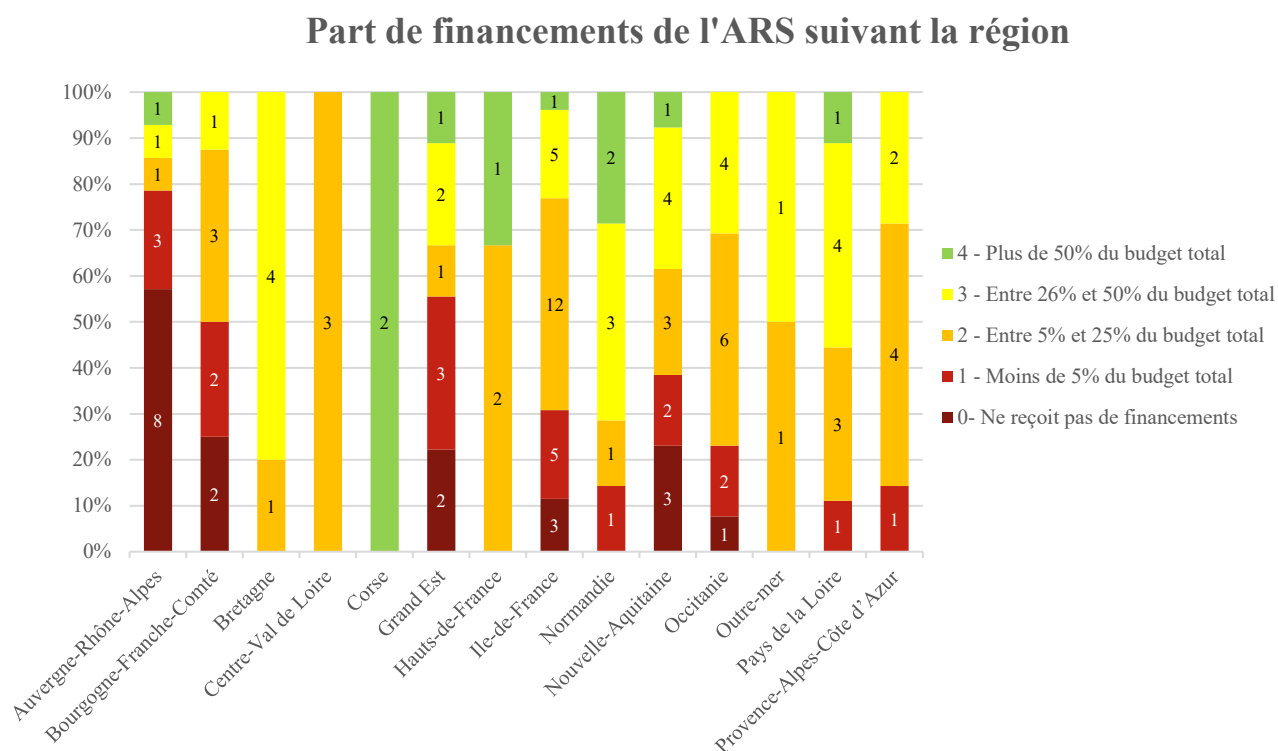
Graphique 2a – Répartition des MSS selon leur autonomie juridique (autonomes vs rattachées)



Graphique 2b - Répartition des MSS selon leur autonomie juridique (autonomes vs rattachées) et leur statut juridique

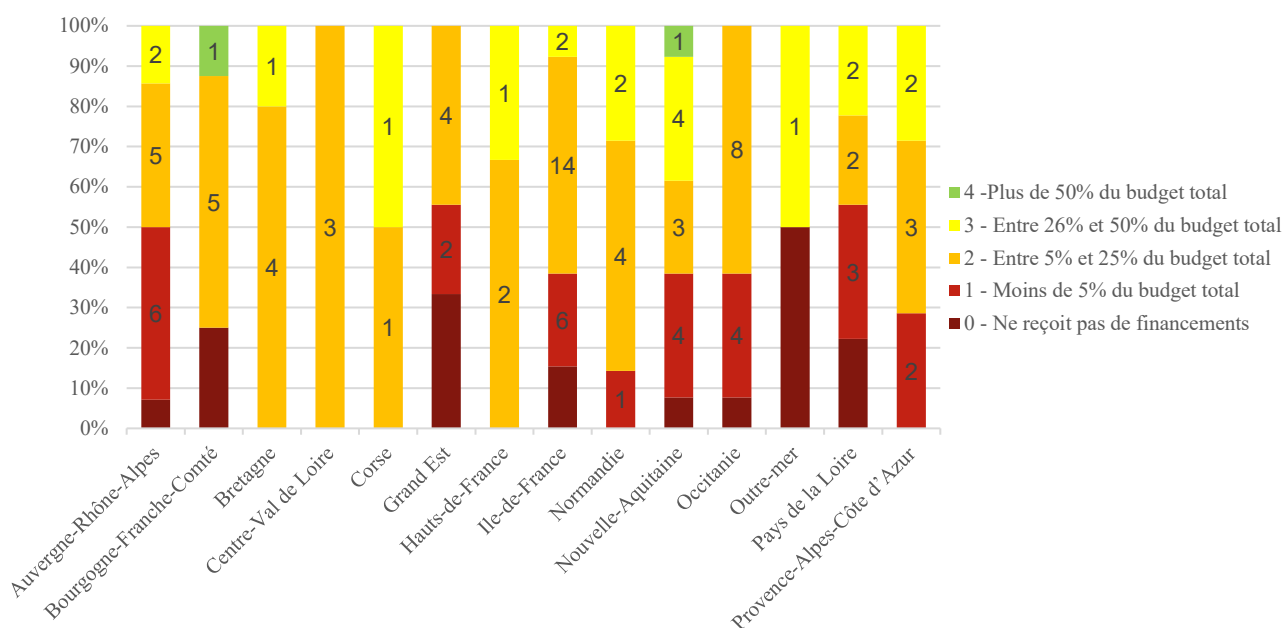


Graphique 4 - Répartition des MSS selon le nombre d'Equivalent Temps Pleins en fonction de la région



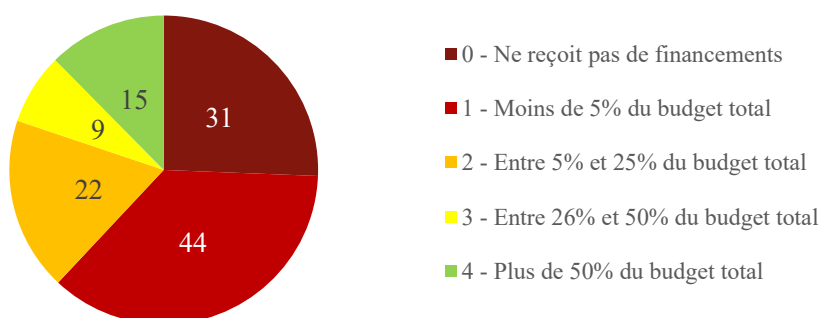
Graphique 5c - Répartition des MSS selon la part du financement ARS dans leur budget total en fonctions des régions en pourcentage

Part de financements de la DRAJES suivant la région



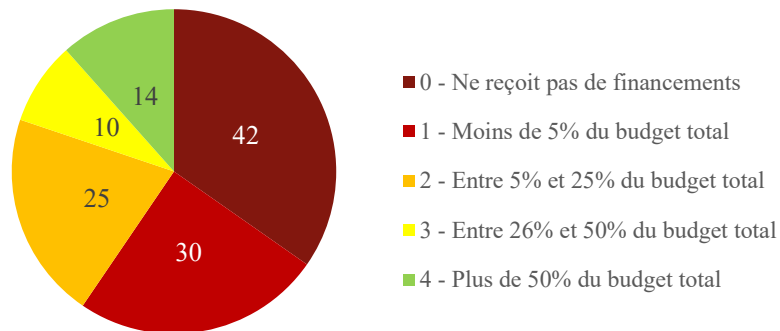
Graphique 6b - Répartition des MSS selon la part du financement DRAJES dans leur budget total en fonctions des régions en pourcentage

Cotisations des adhérents



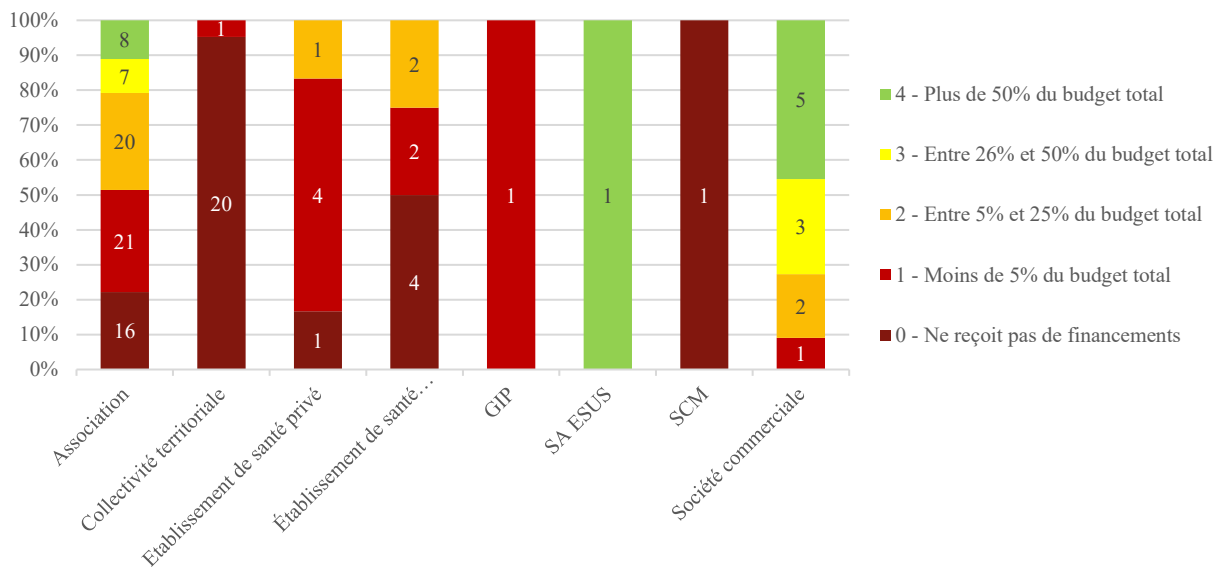
Graphique 7a - Répartition des MSS selon la part de cotisations des adhérents dans leur budget

Prestations facturées



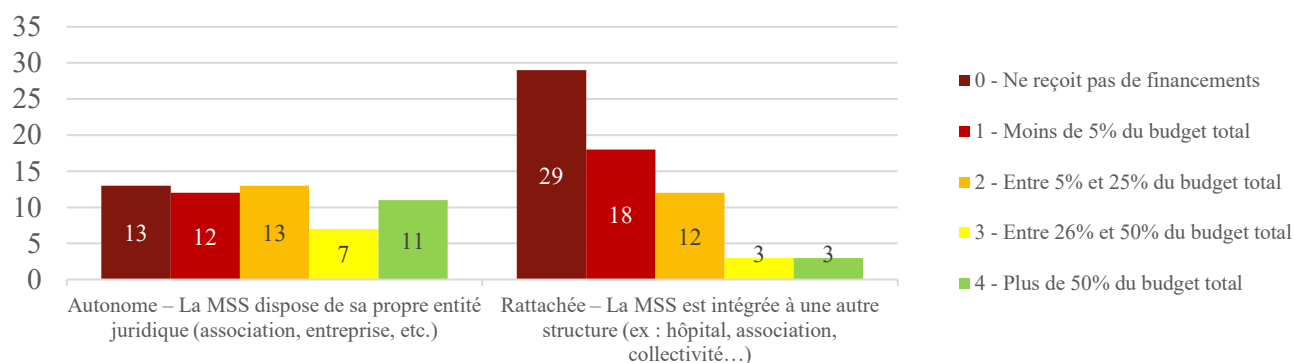
Graphique 8a - Répartition des MSS selon la part de prestations facturées dans leur budget.

Prestations facturées selon le statut juridique



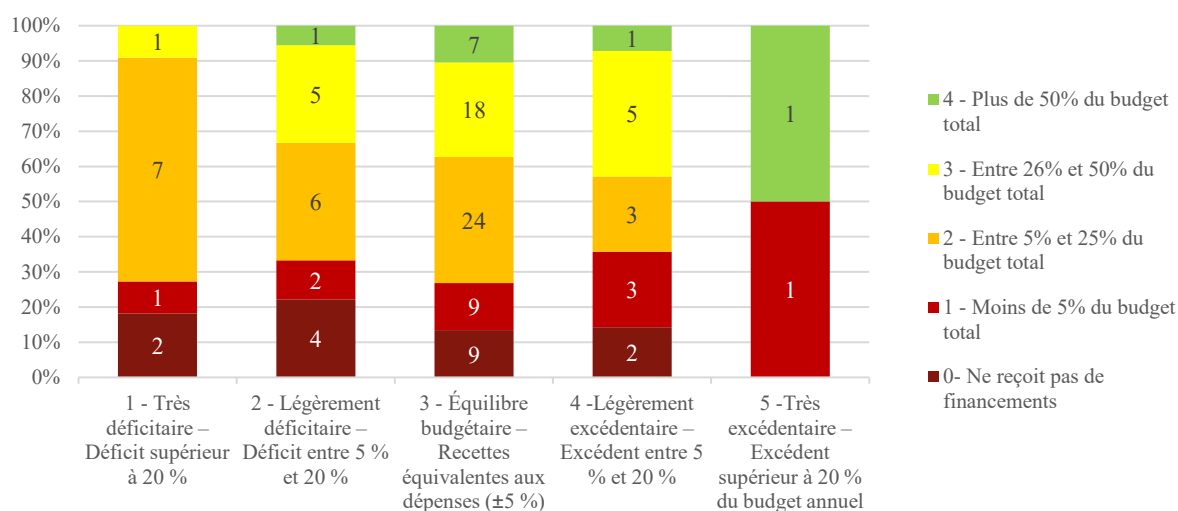
Graphique 8b - Répartition des MSS selon la part de prestations facturées dans leur budget selon leur statut juridique

Prestations facturées selon l'autonomie



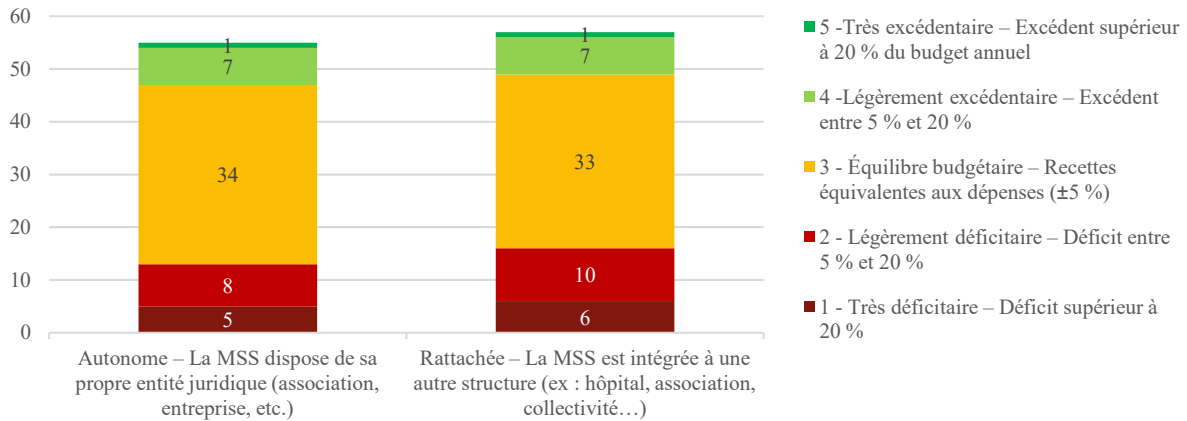
Graphique 8c - Répartition des MSS selon la part de prestations facturées dans leur budget selon leur autonomie

Situation financière globale selon la part de financement de l'ARS



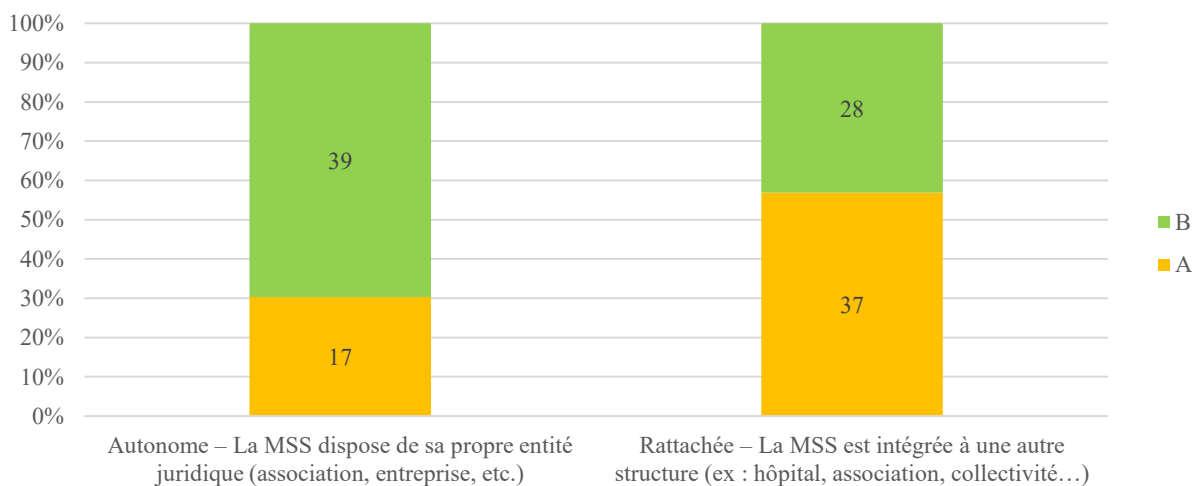
Graphique 9c - Répartition des MSS selon leur situation budgétaire (excédent, équilibre, déficit) et le niveau de financement de l'ARS

Situation financière globale selon l'autonomie

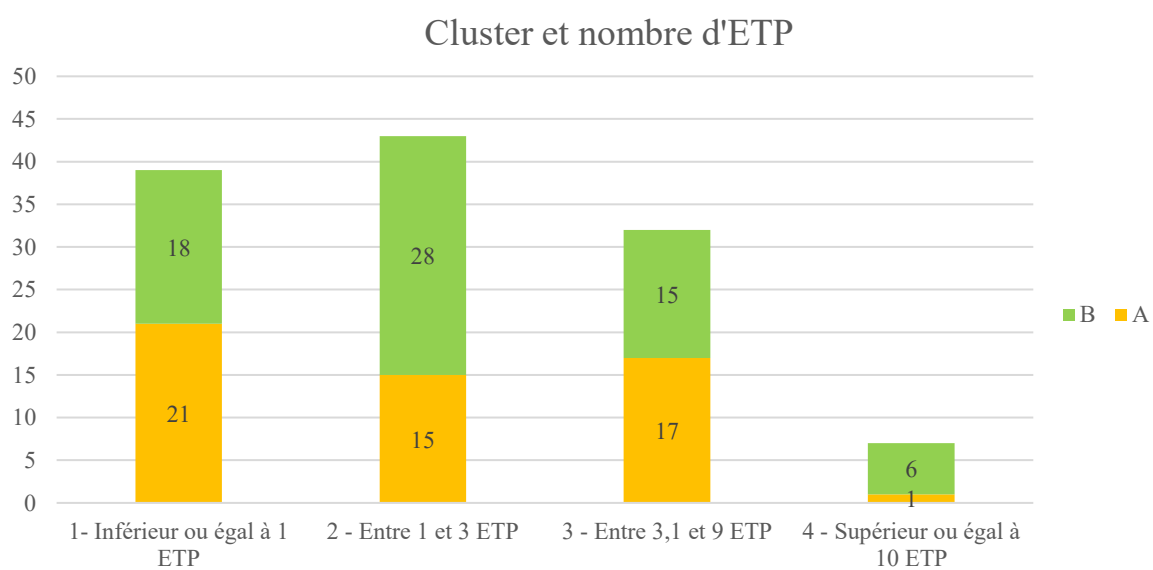


Graphique 9d - Répartition des MSS selon leur situation budgétaire (excédent, équilibre, déficit) selon l'autonomie

Cluster et autonomie juridique



Graphique 16 - Répartition des MSS selon leur autonomie juridique et typologie A/B



Graphique 17 - Répartition des MSS selon leurs effectifs (ETP) et typologie A/B