



**HAL**  
open science

## L'exercice en "tiers-lieu de santé" : une alternative attractive pour les médecins généralistes ?

Adèle Berthelot

### ► To cite this version:

Adèle Berthelot. L'exercice en "tiers-lieu de santé" : une alternative attractive pour les médecins généralistes ?. Médecine humaine et pathologie. 2025. dumas-05370262

**HAL Id: dumas-05370262**

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-05370262v1>

Submitted on 18 Nov 2025

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

**U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES**

Année 2025

Thèse n°102

THÈSE POUR L'OBTENTION DU  
**DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement par

BERTHELOT Adèle Camille Marie

Né(e) le 18/12/1997 à Saint-Brieuc (22)

Le 30/10/2025

**L'exercice en "tiers-lieu de santé" :  
une alternative attractive pour les  
médecins généralistes ?**

Sous la direction de : Dr Marco BERARDI

Membres du jury :

Pr. GAY, Bernard  
Pr. DURIEUX William  
Dre. VALLET Fanny  
Dr. BERARDI Marco

Président  
Rapporteur  
Examineur  
Directeur de thèse

# Tables des abréviations

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

CEGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

# Remerciements

Je souhaite exprimer toute ma gratitude au Pr Gay, président de ce jury, au Pr Durieux pour son rôle de rapporteur, ainsi qu'au Dr Vallet pour avoir accepté d'en faire partie.

Un immense merci au Dr Berardi, qui m'a proposé ce sujet, pour son accompagnement, la richesse de ses idées et son soutien constant. Merci également à Quiterie Cazaubiel pour son implication et son aide précieuse. Grâce à vous, le travail de cette thèse s'est toujours révélé être un plaisir, dans lequel j'ai pu y exprimer ma créativité.

Merci aux médecins de la Générale, Dr Thomas Garrain et Dr Claire Fellous, d'avoir accepté de se prêter au jeu en étant le fil conducteur de mon mini-reportage.

À mes enseignants de médecine générale qui m'ont guidée, accompagnée et inspirée, le Dr Manuel Buet, le Dr Véronique Dontans, le Dr Guillaume Duday, le Dr Jérémie Ferlicot, le Dr Baomy et le Dr Pujol.



## Table des matières

<b>Tables des abréviations .....</b>	<b>2</b>
<b>Remerciements .....</b>	<b>3</b>
<b>Table des matières.....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>8</b>
1. <i>Démographie médicale : état des lieux de la situation en France.....</i>	8
1.1. Évolution et déséquilibre de la démographie médicale en France .....	8
1.2. Les modalités d'exercice de la médecine générale en France .....	9
1.3. Freins et motivations à l'installation des nouvelles générations de médecins.....	10
2. <i>Entre attentes et réalités : les défis de l'installation.....</i>	12
2.1. La désillusion.....	12
2.2. Travail, identité et burn-out en médecine : un défi pour la santé des soignants.....	13
3. <i>Travailler autrement : les tiers-lieux.....</i>	16
3.1. Définition et aspect du tiers-lieu.....	16
3.2. Tiers-lieux de santé.....	17
3.3. Des enjeux reconnus et soutenu par le gouvernement.....	18
3.4. Enjeux de santé publique des tiers-lieux de santé .....	18
4. <i>Exemple de tiers-lieu de santé.....</i>	22
4.1. Tiers-lieux en lien avec la santé.....	22
4.2. Tiers-lieu « effecteurs de soin » : .....	24
5. <i>La Générale, tiers-lieu de santé, initiative novatrice.....</i>	26
5.1. La Générale.....	26
5.2. La Générale tiers-lieu d'expérimentation - retour d'expérience.....	28
5.3. Question d'étude .....	31
<b>MATERIEL ET METHODE.....</b>	<b>32</b>
1. <i>Cadre légal.....</i>	32
2. <i>Choix du quantitatif.....</i>	32
3. <i>Constitution de l'échantillon.....</i>	32
4. <i>Transmission d'information sur le concept de tiers-lieu de santé - Réalisation d'une vidéo.....</i>	33
4.1. Choix du format vidéo.....	33
4.2. Tournage .....	33
4.3. Réalisation du script.....	34
4.4. Montage .....	34
5. <i>Questionnaire.....</i>	35
5.1. Réalisation du questionnaire.....	35
5.2. Diffusion de la vidéo et du questionnaire .....	36
6. <i>Analyse des données.....</i>	36
<b>RESULTATS .....</b>	<b>37</b>
1. <i>Recueil des réponses.....</i>	37
2. <i>Diagramme de flux.....</i>	37

3.	<i>Caractéristique des médecins interrogés</i> .....	38
4.	<i>Couverture géographique</i> .....	43
5.	<i>Critère de jugement principal</i> .....	44
6.	<i>Critères de jugements secondaires</i> .....	45
7.	<i>Analyse bivariée</i> .....	47
7.1	Caractéristique de la population .....	47
7.1.1	Genre.....	48
7.1.2	Age .....	48
7.1.3	Stade professionnel .....	49
7.1.4	Type et lieu d'exercice.....	49
7.1.4.1	Lieu d'exercice .....	50
7.1.4.2	Type d'exercice.....	50
7.2	<i>Implication associative, connaissance des tiers-lieux</i> .....	51
7.2.1	Implication antérieure dans l'associatif .....	51
7.2.2	Connaissance préalable du concept de tiers-lieu .....	51
7.2.3	Connaissance préalable sur la possibilité d'exercice en tiers-lieu de santé .....	52
8.	<i>Domaines d'intérêts</i> .....	53
9.	<i>Commentaires libres</i> .....	56
<b>DISCUSSION</b> .....		<b>58</b>
1.	<i>L'exercice en tiers-lieu : une découverte grâce à un support innovant</i> .....	58
2.	<i>Biais - Limite de l'étude</i> .....	58
2.1	Biais de sélection.....	58
2.2	Représentativité de l'échantillon.....	58
2.3	Biais de généralisation à partir d'un exemple unique .....	59
2.4	Disparité géographique.....	59
3.	<i>Forces de l'étude</i> .....	59
3.1.	Taille de l'échantillon.....	59
3.2.	Couverture géographique .....	59
4.	<i>Un fort intérêt pour les tiers-lieux de santé chez les médecins interrogés</i> .....	60
5.	<i>Résultats critère intermédiaire</i> .....	60
5.1.	Un terreau favorable à l'essai du modèle .....	60
6.	<i>Analyse bivariée</i> .....	61
6.1.	Variation de l'intérêt selon le genre .....	61
6.2.	Les jeunes médecins, moteurs d'innovation dans les modes d'exercices .....	61
6.3.	Zones rurales et exercice mixte : des profils plus ouverts aux tiers-lieux .....	62
6.4.	Appétence pour les tiers-lieux : le rôle déterminant du parcours associatif.....	63
7.	<i>Entre représentation et réalité : que recherchent vraiment les médecins dans un tiers-lieu ?</i> .....	64
8.	<i>Les freins à l'adhésion au modèle tiers-lieu : entre contraintes pratiques et inquiétudes professionnelles</i> .....	65
9.	<i>Mise en perspective par rapport aux recherches antérieures</i> .....	67
9.1.	Un engouement affirmé .....	67
9.2.	Un modèle à ajuster sur le plan organisationnel et financier.....	67
9.3.	Un modèle parfois clivant .....	68

9.4.	Une dimension politique involontaire .....	69
9.5.	Le tiers-lieu de santé porteur de sens dans l'exercice de la médecine générale.....	69
10.	<i>Recontextualisation dans le contexte politique actuel.....</i>	70
11.	<i>Vers un accompagnement structuré pour le développement des tiers-lieux de santé.....</i>	72
12.	<i>Les tiers-lieux de santé : dynamiques, défis et perspectives.....</i>	73
13.	<i>Les tiers-lieux de santé, objet d'étude prometteur.....</i>	75
<b>Conclusion.....</b>		<b>76</b>
<b>Bibliographie .....</b>		<b>77</b>
<b>Annexe 1 : Poster de présentation congrès CMGF 2025 : « La Générale », Retours d'expérience du premier tiers-lieu en santé en milieu libéral.....</b>		<b>80</b>
<b>Annexe 2 : Attestation de conformité .....</b>		<b>81</b>
<b>Annexe 3 : Questionnaire.....</b>		<b>82</b>
<b>Annexe 4 : Nombre de réponses par département .....</b>		<b>87</b>
<b>Annexe 5 : Score moyen pour les aspects des tiers-lieux de santé en fonction de l'intérêt pour l'exercice en tiers-lieu de santé. ....</b>		<b>89</b>
<b>Annexe 6 : Commentaires libres.....</b>		<b>90</b>
<b>SERMENT MEDICAL.....</b>		<b>96</b>
<b>Résumé de thèse .....</b>		<b>97</b>
<b>Thesis summary.....</b>		<b>97</b>

# INTRODUCTION

## 1. Démographie médicale : état des lieux de la situation en France

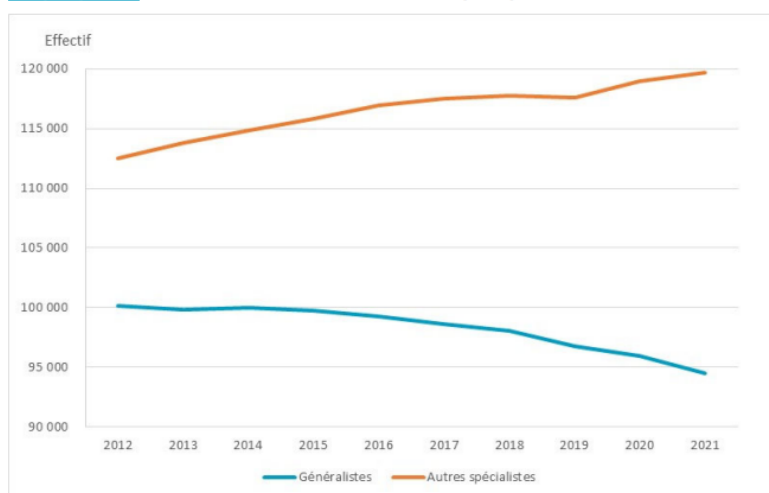
### 1.1. Évolution et déséquilibre de la démographie médicale en France

Actuellement en France, les départs à la retraite des médecins généralistes ne sont pas suffisamment compensés par de nouvelles installations, ce qui réduit l'offre de soins. En 2015, 3,8 % de la population vivait dans des zones sous-dotées, une proportion qui est montée à 5,7 % en 2018, accentuant ainsi les inégalités entre les régions bien dotées en services de santé et celles qui le sont moins (1).

Cette tendance s'intensifie depuis 2012 et devrait se poursuivre dans les années à venir. Selon la DREES depuis 2012, le nombre de médecins généralistes a chuté de 5,6 % à contrecourant des médecins spécialistes. Ces chiffres s'expliquent notamment par :

- la création des spécialités de médecine d'urgence et de gériatrie
- les capacités de formation universitaire limitées
- l'abandon dans les études médicales qui serait estimé à 10% des étudiants.
- un nombre important de départs à la retraite entre 2012 et 2021, touchant les médecins issus des générations formées avant les restrictions d'effectifs (1-(2)).

**Graphique 7b** • Effectifs de médecins en activité par spécialité, de 2012 à 2021

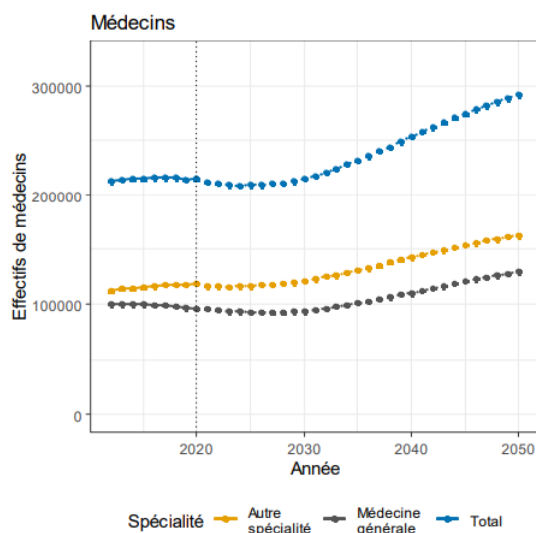


**Champ** > Médecins actifs de moins de 70 ans, ayant au moins une activité en France métropolitaine ou dans les DOM.  
**Source** > RPPS – exploitation DREES.

Figure 1 : Évolution de l'effectif des médecins généralistes et spécialiste en 2012 et 2021 (1).

En 2023, le nombre de médecins généralistes en activité continue de baisser. Les projections actualisées des effectifs montrent une stagnation jusqu'en 2027, suivie d'une augmentation significative, avec une croissance annuelle moyenne de 1,7 % entre 2030 et 2050. Cependant, en raison de l'augmentation et du vieillissement de la population, la densité médicale standardisée en France devrait diminuer jusqu'en 2032 (3).

**Graphique 28** • Effectifs de médecins par spécialité observés et projetés entre 2012 et 2050



**Champ** > Médecins en activité de moins de 70 ans, France entière.

**Source** > Modèle de projection DREES par microsimulation, alimenté par les données des médecins inscrits à l'Ordre (RPPS) et sur les études médicales (SISE, ECN).

Figure 2 : Effectif des médecins pas spécialité observés et projetés entre 2012 et 2050 (3).

## 1.2. Les modalités d'exercice de la médecine générale en France

Les possibilités d'exercer la médecine générale en tant que médecins traitants sont à la fois plurielles et limités.

Il y a 2 grandes possibilités d'exercice : le salariat et le libéral.

Dans l'exercice libéral, le médecin peut exercer seul, en groupe, en maison de santé pluridisciplinaire (MSP). Dans l'exercice salarié, le médecin généraliste peut avoir une activité de médecin traitant ou une activité hospitalière (service de médecine, Cegidd, PASS etc). Les 2 types d'exercices peuvent être combinés.

Au sein de l'activité libérale on peut citer :

- Le cabinet libéral seul
- Le cabinet libéral en coopération : plusieurs médecins dans un même cabinet.
- Les MSP (Maison de Santé Pluridisciplinaire) : une équipe de professionnels de santé de soins primaires (de premier recours, éventuellement de second recours) d'une même zone géographique autour d'un projet de santé commun, témoignant d'un exercice coordonné et pluriprofessionnel autour d'une patientèle commune (4).

Durant l'internat on estime que 75 % des médecins envisagent de s'installer en libéral mais seulement 12 % des nouveaux inscrits à l'Ordre des médecins en 2018 ont concrétisé cette aspiration. À cinq ans, ce chiffre monte à 35 %. L'exercice salarié constitue une alternative largement plébiscitée concernant 62 % des nouveaux inscrits au conseil de l'ordre des médecins (5).

L'exercice libéral a tendance à reculer de 15 % entre 2012 et 2021 s'expliquant en partie par le développement d'une activité mixte (+50%) et par la diminution de l'activité libérale dans son ensemble (1).



**Note >** On considère comme libéral tout professionnel qui exerce l'ensemble de ses activités comme libéral ; l'exercice est mixte quand le professionnel cumule activité libérale et salariée ; un salarié hospitalier est un professionnel qui exerce l'ensemble de ses activités comme salarié d'un hôpital, public ou privé ou d'un centre anti-cancer ; les autres salariés sont des professionnels dont toutes les activités sont salariées, et une au moins exercée en dehors de l'hôpital.

**Champ >** Médecins actifs de moins de 70 ans, ayant au moins une activité en France métropolitaine ou dans les DROM.

**Source >** RPPS – exploitation DREES.

Figure 3 : Évolution du type d'activité entre 2012 et 2021 des médecins généralistes et spécialistes (1).

### 1.3. Freins et motivations à l'installation des nouvelles générations de médecins

L'un des leviers pour répondre au problème de la démographie médicale est l'incitation à l'installation des nouvelles générations de médecins.

Une enquête publiée en 2019 par le Conseil National de l'Ordre des médecins permet de nous éclairer sur les déterminants d'installation chez les jeunes médecins généralistes. Pour enrichir ces résultats, ReAGJIR (Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants), l'ANEMF (l'Association Nationale des Etudiants en Médecine de France) et l'ISNAR-IMG (InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale) se regroupent pour rédiger un rapport sur les facteurs influençant les médecins généralistes décidant de faire le choix de l'installation en tant que médecin traitant ainsi que les facteurs pouvant influencer le lieu de leur installation (2).

Les jeunes médecins recherchent de plus en plus un équilibre entre vie professionnelle et personnelle. Les contraintes liées à l'exercice libéral, comme les charges administratives et les risques financiers, découragent bon nombre d'entre eux. La proximité familiale, la qualité des services publics et la disponibilité des équipements culturels et sportifs sont des facteurs déterminants pour leur installation.

L'exercice en groupe serait largement convoité par les internes à hauteur de 72 %.

Les données de l'Ordre des médecins présentent des limites, notamment en ce qui concerne l'absence de précisions sur le type de pratique des médecins installés : médecin généraliste traitant ou orientation avec une activité spécialisée (gynécologie, médecine du sport, etc.), le lieu exact d'exercice en dehors du libéral (médico-social, clinique, entreprise, association, etc.), ainsi que la part de leur activité consacrée aux soins primaires (2).

Une revue de la littérature, basée sur l'analyse de 21 thèses de médecine générale, a permis d'identifier des critères influençant le choix d'une installation. Ces résultats ont été croisés avec les données de l'enquête "Impact du Diplôme d'Études Spécialisées de Médecine Générale sur l'installation des jeunes médecins généralistes" publiée par l'ISNAR-IMG en janvier 2020, ainsi qu'avec celles de l'"Enquête sur les déterminants de l'installation chez les internes, les remplaçants exclusifs et les installés" menée par la commission jeunes médecins de l'Ordre des médecins en avril 2019.

Ces critères sont :

- Les conditions d'exercice :
  - Le travail d'équipe, pluriprofessionnel et une ambiance positive avec une bonne dynamique est privilégiée permettant de rompre l'isolement.
  - L'organisation en santé dans le territoire, indispensables à la construction de parcours de soins pour les patients.
  - La capacité à organiser et à maîtriser ses conditions de travail est souvent citée comme un facteur favorable à un projet d'installation. Elle permet notamment de préserver un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, grâce à une gestion autonome de son emploi du temps, comme la planification de son agenda
- Une vocation : choix inhérent au médecin, facteur d'épanouissement personnel. La possibilité de suivre une patientèle sur le long terme et de développer une pratique diversifiée et polyvalente.
- Des opportunités : Les rencontres professionnelles, qu'il s'agisse d'événements, de formations ou de stages, favorisent la création de liens et peuvent déboucher sur des projets d'installation.

Les aides financières s'avèrent peu impactantes par rapport aux aides humaines qui sont cruciales car facilitantes. Les aides concrètes, administratives et dans la création de projet professionnels d'entreprises médicales favorisent la concrétisation d'installation (2). Comme le souligne la DREES "Proposer des conditions de vie et de travail épanouissantes ressort, en France comme dans tous les autres pays, comme un élément essentiel pour attirer les professionnels dans les zones sous-dotées, et aussi pour leur permettre de s'y maintenir" (2).

Le bilan de cette étude est la mise en lumière d'une volonté initiale des jeunes médecins de s'installer en libéral. Volonté rapidement découragée par de nombreux obstacles. D'après la commission des jeunes médecins du Conseil National de l'Ordre, ces obstacles pourraient être levés avec un accompagnement (via consœur/confrère, collectivité, Ordre des médecins), une possibilité de travail en groupe, au sein d'un réseau de professionnels, dans de bonnes conditions d'exercice. « L'idée d'un **incubateur de projets d'installations** mettant à leur disposition toutes les compétences nécessaires, serait également bénéfique » (5).

## 2. Entre attentes et réalités : les défis de l'installation

### 2.1. La désillusion

Comment expliquer qu'au bout de 5 ans prêt de la moitié (46,6 %) des jeunes médecins n'ont pas abouti leur aspiration d'installation en libéral (5) ? De nombreux observateurs constatent une profonde désillusion chez les médecins libéraux, les amenant à remettre en question l'essence même de leur métier, dans un contexte de crise généralisée des professions de santé. Cette désillusion est la conséquence d'un décalage progressif entre la vision du métier et les conditions réelles d'exercice.

En mars 2023, l'organisation britannique The Health Foundation a rendu public un rapport portant sur les conditions de travail des médecins généralistes dans dix pays d'Europe, d'Amérique du Nord et en Nouvelle-Zélande. Les résultats, comparés à ceux d'une enquête similaire réalisée en 2019, révèlent que moins de 30 % des praticiens interrogés - dont environ 27 % en France - se disent "extrêmement" ou "très" satisfaits de leurs conditions de travail. Parmi les dix pays étudiés, la France et le Royaume-Uni sont ceux où les médecins expriment les plus forts niveaux d'insatisfaction à l'égard de leur profession (6).

D'après une étude française publiée en mars 2018, les principales causes de déception sont la dégradation des conditions de travail (surcharge, isolement, manque de temps), l'alourdissement des tâches administratives, des difficultés financières, un manque de reconnaissance et une relation patient-médecin détériorée par le consumérisme et la perte de respect envers la profession. Les trois quarts des médecins généralistes seraient pessimistes quant à l'avenir de la profession (7).

## 2.2. Travail, identité et burn-out en médecine : un défi pour la santé des soignants

### 2.2.1. Burn-out

C'est la principale conclusion d'une enquête déclarative menée par Medscape auprès de plus de 1 000 médecins français : entre juin et septembre 2020, 51 % des praticiens interrogés déclaraient ressentir des signes d'épuisement professionnel. Selon cette étude, le phénomène s'accroît, avec une hausse de près de 20 % en quatre ans. Face à cette situation, près d'un quart des médecins concernés envisagent de quitter la profession. Le chiffre est encore plus élevé chez les jeunes praticiens : 46 % songent à abandonner la médecine, tandis que 57 % envisagent de changer de spécialité et 51 % recherchent un autre emploi dans le domaine médical (8).

Le burn-out serait-il le premier symptôme de la détérioration du lien que le praticien entretient avec son travail ?

### 2.2.2. La place du travail dans la vie du médecin

Le travail joue un rôle fondamental dans la vie humaine : il est un espace privilégié de socialisation, un vecteur d'affirmation de la dignité et un moyen d'épanouissement personnel. Cependant, lorsque ses conditions se détériorent, il peut engendrer des troubles psychologiques et altérer profondément l'identité des individus. Longtemps, la souffrance au travail a été réduite à une fragilité personnelle ou à des difficultés intimes, les conditions professionnelles étant perçues comme un simple facteur aggravant. Ce n'est qu'au fil des recherches en sociologie, psychologie, philosophie et médecine que l'importance du travail dans l'équilibre mental et physique a été pleinement reconnue (9).

Le burn-out, décrit par Maslach, repose sur trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation à l'autre et la **perte du sentiment d'accomplissement professionnel**. Chez les soignants, il se manifeste comme un stress émotionnel chronique lié à la nature même de leur métier, qui consiste à aider autrui. Toutefois, au-delà de cet aspect inhérent à la profession, l'organisation du travail joue un rôle central dans l'apparition du burn-out. (9).

D'un point de vue sociologique, la « souffrance au travail » s'explique en partie par la place centrale qu'occupe le travail dans la construction de l'identité sociale. La réussite professionnelle est souvent perçue comme un élément déterminant du statut et de l'accomplissement personnel, notamment dans des parcours exigeants comme l'installation en médecine générale. Le travail influence non seulement le niveau de vie et l'intégration sociale, mais il façonne aussi les rôles au sein de la communauté. Ses répercussions s'étendent à la sphère sociale, familiale et conjugale.

Cette centralité du travail rend particulièrement vulnérables les professions à forte implication vocationnelle, comme la médecine, où l'engagement moral, personnel et affectif est intense. Cet investissement profond peut mener à un épuisement progressif.

Dans le domaine de la santé, cette dynamique est exacerbée par une organisation du travail de plus en plus dictée par des impératifs externes aux besoins des patients et des soignants. L'augmentation des charges administratives réduit le temps consacré à la relation de soin,

limitant ainsi les interactions humaines qui donnent du sens à l'engagement professionnel des soignants. En conséquence, le sentiment d'accomplissement personnel s'effrite, renforçant le mal-être et le risque d'épuisement (9).

La Haute Autorité de Santé (HAS) souligne l'impact de l'évolution des conditions et des structures de travail sur la santé mentale et physique des professionnels. En particulier, les soignants, population historiquement identifiée comme à risque, sont exposés à un épuisement accru en raison de la pénibilité de leur environnement professionnel. Si la confrontation à la souffrance et à la mort est un facteur intrinsèque du métier, d'autres éléments, liés à la charge de travail, au manque de ressources, aux horaires contraignants ou à la pression institutionnelle, participent également à cette vulnérabilité. Ainsi, l'organisation du travail, en influençant le rythme, l'autonomie et la reconnaissance des professionnels, constitue un levier majeur dans la prévention du burn-out (9).

### 2.2.3. Une médecine moderne en quête de sens

La perte du sentiment d'accomplissement professionnel constitue l'un des critères du burn-out. Elle est fréquemment observée chez de nombreux praticiens et contribue à la désillusion ressentie par les médecins généralistes à l'égard de leur profession. Pour les jeunes générations en fin de formation, la quête de sens, souvent nourrie par l'histoire personnelle de chacun, est essentielle au moment de l'installation. Cette recherche de cohérence dans sa vie globale est une condition majeure de l'épanouissement, dans laquelle le travail occupe une place centrale. Face à ce problème, les professionnels ont fait le choix du regroupement et du travail collectif. D'autres ont quitté l'exercice libéral pour le salariat, qu'ils perçoivent comme une nouvelle étape de carrière ou une réorientation professionnelle stimulante.

La médecine générale demeure le plus souvent perçue comme une profession de vocation, portée par le désir d'établir une relation humaine à la fois riche et gratifiante, et par le sentiment d'utilité sociale qu'elle confère. Les perspectives d'épanouissement professionnel y sont considérables, notamment grâce à la liberté de choisir son mode et son lieu d'exercice, à la possibilité de diversifier ses activités ou encore d'envisager une réorientation. Le maintien de la motivation repose sur plusieurs dynamiques : un investissement croissant dans la pratique, une ouverture constante aux autres et une rénovation régulière de l'exercice à travers des activités complémentaires à la consultation. Par ailleurs, la polyvalence inhérente à la médecine générale offre aux praticiens la possibilité d'adapter leur exercice à leurs aspirations personnelles. Il leur appartient, en ce sens, de mobiliser ces ressources afin de repenser et de renouveler leurs modalités d'exercice (10).

Les nouvelles générations expriment des attentes claires : travailler en équipe, bénéficier d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et personnelle, et disposer d'opportunités concrètes pour s'installer. L'Ordre des médecins souligne la nécessité de repenser les modes d'exercice, notamment à travers la création d'un incubateur de projets d'installation (5).

La médecine générale évolue, et l'exploration de formes alternatives d'exercice apparaît comme une voie prometteuse. Ainsi, il semble que les jeunes praticiens recherchent des

modèles plus innovants, alignés avec leurs aspirations personnelles et professionnelles. Les structures dites « classiques » - lieu de soin organisé exclusivement pour accueillir le patient en consultation - ne répondent plus toujours à cette quête de sens et de bien-être, ce que reflète le recul de l'âge moyen d'installation.

Cette remise en question de l'exercice médical, marquée par une perte de sens s'inscrit dans une dynamique plus large touchant de nombreux secteurs d'activité. Partout, des travailleurs expriment un besoin de réinventer leur rapport au travail : retrouver de l'autonomie, collaborer davantage, se reconnecter à des valeurs collectives et à l'utilité sociale de leur métier. C'est dans ce contexte que se sont développés les tiers-lieux, d'abord dans les domaines de la culture, du numérique, de l'artisanat ou de l'entrepreneuriat social, comme des espaces hybrides mêlant travail, collaboration, innovation et ancrage territorial. Leur essor témoigne d'un mouvement plus global de réinvention des manières de travailler, auquel le secteur de la santé commence lui aussi à prendre part à travers l'émergence des tiers-lieux de santé (11).

### 3. Travailler autrement : les tiers-lieux

#### 3.1. Définition et aspect du tiers-lieu

Pour comprendre le concept d'un tiers-lieu de santé, il faut d'abord définir le "tiers-lieu". Les tiers lieux sont à l'origine définis par le sociologue Ray Oldenburg comme des espaces « qui se distinguent de la sphère du travail et de celle du foyer ». Ils ne seraient pas des lieux sociaux « normés » mais des espaces conviviaux et ouverts d'interactions sociales. (11). Tiers-lieu est la traduction de « third-place » qui se situerait après le domicile (first-place) et l'entreprise (second-place) (12).

Ils peuvent prendre plusieurs formes :

- Espace coworking
- Fablab : laboratoire d'innovation numérique
- Friches culturelles etc (12).

Le rôle des tiers-lieux est de favoriser les interactions sociales formelles et informelles. Contrairement aux univers sociaux normés, qui tendent à limiter les rencontres et à assigner des rôles. Ils jouent un rôle important pour la vie civique et la démocratie en permettant de nourrir des activités de coopération pour concevoir de nouvelles solutions. Ce sont des initiatives qui visent à répondre à des objectifs politiques, sociaux ou économiques très variés selon les contextes d'intervention (11).

D'après la coopérative tiers-lieu mêmes si les organisations structurelles peuvent être très variées ils se regroupent à travers un contrat social commun :

- un parcours d'émancipation individuelle
- une dynamique collective
- une démarche motivée par l'intérêt général (13).

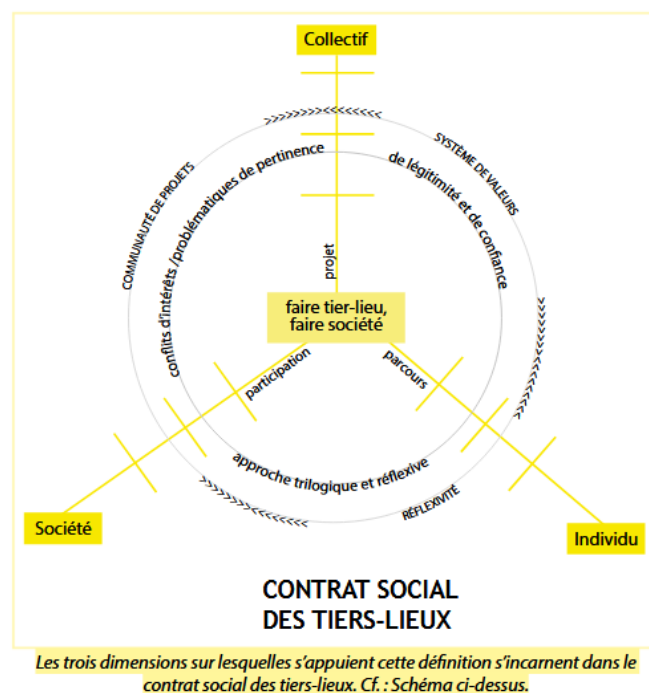


Figure 4 : Le contrat social des tiers-lieux défini par la Coopérative tiers-lieu (13)

L'objectif est de permettre à chacun, individuellement et collectivement, d'exercer son pouvoir d'agir face aux grands enjeux de la transition actuelle. Ils participent à la revitalisation des quartiers et des villages, tout en offrant des espaces propices à l'émergence d'idées et à la coopération locale (13).

Les fondements communs des tiers-lieux sont l'engagement, la participation, la réciprocité, la coresponsabilité : ses usagers sont acteurs du projet. Il est dirigé de manière partagée par un collectif. Le tiers-lieu est animé par un facilitateur. C'est un acteur du projet chargé de mobiliser les ressources humaines, de connecter les différents acteurs, de dynamiser les activités et d'accompagner le développement des projets.

### 3.2. Tiers-lieux de santé

Les tiers-lieux de santé constituent une déclinaison du concept de tiers-lieu appliqué au domaine de la santé. Initialement développés pour favoriser de nouvelles formes de collaboration, de créativité et de travail partagé, les tiers-lieux se sont considérablement multipliés en France, passant de quelques dizaines au début des années 2010 à environ 3 500 en 2023, selon la Mission Coworking et le GIP France Tiers-Lieux. Parmi eux, un nombre croissant s'inscrit dans le champ de la santé.

Il n'existe aucun recensement exhaustif des tiers-lieux de santé en France mais l'organisation « La Fabrique des santés » et l'association « A+ c'est mieux! » organisent un webinaire mensuel dont le but est de : « rassembler toutes celles et ceux qui s'intéressent et s'investissent dans ces lieux où se transforment nos schèmes de pensée et nos pratiques en matière de santé et de soin, dans la dynamique créative des tiers-lieux » (14).

On peut distinguer deux grandes catégories : d'une part, les **tiers-lieux de santé effecteurs de soins**, qui peuvent se situer en ville ou à l'hôpital, et où sont directement dispensés des actes médicaux ou paramédicaux ; d'autre part, **les tiers-lieux en lien avec la santé**, sans activité de soin, mais qui participent à la promotion de la santé ou à l'innovation sociale et technique dans ce domaine. Cette seconde catégorie regroupe notamment les « **fablabs** » orientés santé qui sont la traduction de « laboratoire de fabrication » ou encore **les tiers-lieux d'intérêt social**, investis dans des actions de prévention, d'inclusion ou d'éducation à la santé.

Ce modèle émergent témoigne d'une volonté croissante de repenser les espaces et les pratiques professionnelles en santé autour de la collaboration, de l'ancrage territorial et de l'ouverture aux usagers.

### 3.3. Des enjeux reconnus et soutenu par le gouvernement

Le rapport « Faire ensemble pour mieux vivre ensemble » rédigé en 2018 par Patrick Levy-Waitz, Président de la Fondation Travailler Autrement, à la demande du ministère de la Cohésion des territoires et le commissariat général à l'Égalité des territoires (CGET) est formel : « Les tiers-lieux dessinent le futur de notre rapport au travail et renouvellent la sociabilité » « Arrivé au terme de six mois de Tour de France des tiers lieux (...) je souhaite témoigner de la vitalité et du rôle déterminant joué par ces tiers lieux pour (re)dynamiser nos territoires, villes moyennes et rurales » (15).

Ce rapport comporte des recommandations pour redynamiser l'activité dans les territoires, visant en particulier à soutenir l'émergence des tiers-lieux :

- créer une structure nationale des tiers lieux, porteuse des actions de soutien
- appuyer l'émergence des « fabriques des territoires »
- adosser le mouvement à un fonds d'amorçage qui pourra être abondé par des fonds privés pour lancer le dispositif d'accélération
- professionnaliser le métier d'animateur des tiers-lieux et créer un fonds d'investissement socialement responsable pour aider à la reconversion d'espaces en tiers-lieux (15).

Entre 2021 et 2022, deux appels à projets ont marqué l'entrée officielle de la thématique de la santé dans les politiques publiques liées aux tiers-lieux : l'un porté par la CNSA, en faveur du développement de tiers-lieux en EHPAD, et l'autre par la Caisse des Dépôts, soutenant la création de tiers-lieux d'expérimentation en santé. Longtemps absente des priorités institutionnelles, la santé s'est ainsi imposée dans le champ des tiers-lieux, dans la continuité des démarches de démocratie sanitaire (14).

### 3.4. Enjeux de santé publique des tiers-lieux de santé

#### 3.4.1. Apporter du « pouvoir d'agir »

De par son organisation collaborative, les tiers-lieux de santé pourraient redéfinir la relation que le patient entretient avec sa santé. En générant de nouvelles postures dans l'organisation du soin pour mettre le patient au centre de sa santé, lui apporter du « pouvoir d'agir ». « Le tiers-lieu repose sur l'engagement, la participation, la réciprocité, la coresponsabilité : ses usagers ne sont plus consommateurs mais acteurs, coproducteurs, coauteurs du projet. » (10)

Cette position modifie tant la relation que le patient entretient à sa santé, que celle qu'il entretient avec son médecin.

### 3.4.2. Créer du lien social

Les tiers-lieux à vocation médico-sociale ne se limitent pas à la santé au sens strict, mais intègrent ses dimensions sociales et environnementales. Au-delà de la convivialité et de l'offre de soins, ils favorisent un management participatif et des interactions plus agiles, renforçant ainsi les liens sociaux (13).

Par exemple, La Générale, tiers-lieu de santé à Anglet a accueilli en novembre 2024, SOS Méditerranée. Parmi leur patientèle, il y a des mineurs non accompagnés d'un foyer de proximité à Anglet. Ils ont été conviés à l'évènement et sont venus, nombreux, pour témoigner de leur parcours migratoire, entre autres. Depuis, deux d'entre eux sont bénévoles de l'association et participent à l'animation du tiers-lieu.

Selon les projets, la démarche « tiers-lieu » impacte plus ou moins l'ensemble des publics, mais transforme profondément les parties prenantes :

Par exemple pour l'initiative « **un tiers-lieu dans mon EHPAD** (13).

- Pour les résidents, elle fait évoluer l'établissement médico-social en un véritable lieu de sociabilisation.
- Pour les familles et les résidents, elle remplace une approche purement servicielle par une participation active.
- Pour les équipes médico-sociales, elle transforme le lieu de travail en un espace d'initiatives.
- Pour les partenaires, elle favorise une logique de collaboration plutôt que de simple prestation (13).

### 3.4.3. Donner de l'attractivité aux territoires périphériques

Depuis le début des années 2020, de nombreuses collectivités, notamment communes et départements, explorent le potentiel des tiers-lieux pour dynamiser les territoires périphériques. Leurs approches varient : certaines soutiennent des collectifs de manière informelle en mettant des locaux à disposition, tandis que d'autres privilégient les marchés publics pour structurer l'offre de services et optimiser l'usage du foncier. Dans ce contexte, le label "Fabriques de territoire" s'est imposé comme une reconnaissance officielle de ces initiatives dans l'action publique locale (11).

Trois facteurs expliquent pourquoi les Fabriques restent en marge des stratégies d'aménagement territorial :

- Leur implantation récente les prive encore de la légitimité nécessaire pour être pleinement intégrées aux projets des élus.
- Dans les zones urbaines et périurbaines, certaines initiatives sont perçues comme trop militantes ou orientées vers des modèles alternatifs, freinant leur pérennisation.
- Enfin, l'approche collaborative des Fabriques est encore mal comprise par les élus, sauf dans certains territoires engagés dans cette dynamique (11).

Les Fabriques de territoire apportent une réelle valeur ajoutée en proposant des services qui n'auraient autrement pas existé, notamment dans les petites communes rurales.

Leur force réside dans la mutualisation des coûts et des publics, permettant à des offres locales de se maintenir et de s'étendre. Elles facilitent ainsi l'implantation de services sur de nouveaux territoires et des dispositifs publics peuvent se greffer aux lieux pour assurer un meilleur maillage du territoire (11).

#### 3.4.4. Innover

En favorisant les rencontres et la collaboration, les tiers-lieux stimulent l'innovation, notamment via la création de nouveaux projets.

Les tiers-lieux de santé représentent des espaces d'innovation particulièrement dynamiques, en favorisant l'expérimentation, la co-construction et le décloisonnement des savoirs. En particulier, les **fablabs** « laboratoire de fabrication » implantés au sein d'établissements hospitaliers illustrent cette capacité à renouveler les pratiques en santé. Ces laboratoires de fabrication collaborative permettent aux soignants, patients, ingénieurs, designers et chercheurs de concevoir ensemble des solutions concrètes et adaptées aux besoins du terrain, qu'il s'agisse d'aides techniques personnalisées, de prototypes médicaux, ou de dispositifs pédagogiques innovants. En s'affranchissant des logiques institutionnelles classiques et en valorisant l'intelligence collective, ces espaces facilitent l'émergence de réponses agiles, souvent centrées sur l'usage et le vécu des patients. Ainsi, les tiers-lieux de santé contribuent à transformer en profondeur les modes de production de l'innovation dans le domaine médical et médico-social, en intégrant des logiques de coopération transversale et d'ancrage territorial.

#### 3.4.5. Un rapport au travail modifié

Le principe du « faire ensemble » reflète plusieurs évolutions profondes de notre société :

- Une transformation du monde du travail : L'essor du travail indépendant, du télétravail et de l'innovation ouverte modifie les pratiques professionnelles. Les tiers-lieux deviennent ainsi de véritables laboratoires où l'on expérimente de nouvelles formes de collaboration et d'organisation collective.
- L'émergence d'une société apprenante : Le partage des connaissances et la formation tout au long de la vie prennent une place centrale. Les échanges entre individus et l'évolution rapide des technologies favorisent cette dynamique d'apprentissage continu.
- La transition écologique : Face aux enjeux environnementaux, des valeurs comme le partage, la réutilisation des ressources et la sobriété énergétique s'imposent. Ces principes sont au cœur de nombreux tiers-lieux, à l'image de Darwin Écosystème à Bordeaux ou de La Recyclerie à Paris.

Ils favorisent la mise en réseau, l'échange d'idées et de compétences, ainsi que la collaboration. Ces interactions sont désormais reconnues pour générer de la valeur, non seulement pour les utilisateurs, mais aussi au-delà, à travers des innovations collaboratives, la création de services, de solutions et d'outils à forte valeur ajoutée (15).

#### 3.4.6. Réfléchir à une réorganisation du temps médical

Aujourd'hui, l'espérance de vie en bonne santé n'évolue pas au même rythme que l'espérance de vie globale. Une part importante de la mortalité prématurée (avant 65 ans) est liée à des maladies évitables, qui pourraient être réduites par une action efficace sur les déterminants majeurs de santé : tabac, alcool, alimentation déséquilibrée, pollution, exposition aux substances toxiques, sédentarité, etc. Par ailleurs, les inégalités sociales de santé constituent un facteur déterminant central. Améliorer la santé des populations implique donc d'agir au-delà du champ médical, en intégrant les dimensions sociales : accès à l'éducation, à l'emploi, au logement ou encore à la culture (14).

La réorganisation du temps de travail médical constitue aujourd'hui un enjeu majeur pour permettre une prise en charge globale des patients, intégrant pleinement la prévention et l'éducation à la santé. Si le Code de la santé publique confie explicitement ces missions au médecin généraliste, leur exercice reste souvent limité dans le cadre des consultations classiques, en raison d'un temps contraint et d'un manque de coordination avec d'autres acteurs. Le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) souligne à ce titre l'importance d'intégrer la prévention dans le parcours de soins habituel, non pas sous forme d'actes ponctuels, mais au sein de consultations régulières et coordonnées (16).

Cela suppose de repenser l'organisation du temps médical, en y intégrant de nouvelles modalités de travail et de coopération. Dans cette perspective, les tiers-lieux de santé offrent un cadre innovant pour favoriser une approche interdisciplinaire, en mobilisant autour du médecin des professionnels de la prévention et de l'éducation à la santé (diététiciens, psychologues, éducateurs médico-sportifs, acteurs associatifs, etc.). En s'affranchissant du modèle d'exercice isolé, ces espaces permettent de mieux répondre aux besoins globaux des patients, tout en renforçant l'efficacité et la continuité des actions préventives. Même si d'autres structures, comme les MSP ou les centres de santé, ont pu développer une offre tournée vers des actions de prévention communes, l'approche présentée ici se distingue. En effet, les tiers-lieux proposent des activités de santé globale, intégrant la culture, l'activité physique, l'alimentation et d'autres dimensions du bien-être. De plus, le patient y occupe une place centrale : il n'est pas seulement bénéficiaire, mais devient véritable acteur des événements et contribue activement à l'animation du lieu.

#### 3.4.7. Prendre en compte les attentes des jeunes générations

L'évolution de la société transforme les aspirations des jeunes médecins et influence leurs pratiques, contrastant avec celles des générations précédentes. Ils recherchent un nouvel équilibre entre vie professionnelle et personnelle, souhaitent consacrer du temps à leur famille et coordonner leur carrière avec celle de leur partenaire (2). Cette nouvelle approche marque un éloignement du modèle traditionnel de dévouement absolu à la profession, souvent perçu comme une vocation exigeant une implication constante.

Devant la mise en lumière des déterminants d'installation précédemment cités, l'hypothèse qu'un tiers lieu de santé puisse inciter à l'installation prend toute sa place. Effectivement les tiers lieux sont la proposition d'opportunité d'installation. Ce sont des lieux collaboratifs pluriprofessionnel de travail d'équipe dynamique pouvant correspondre aux attentes des jeunes médecins.

## 4. Exemple de tiers-lieu de santé

On peut hiérarchiser les tiers-lieux de santé selon une certaine organisation :

- Tiers-lieux en lien avec la santé (sans délivreur de soin)
  - a. Fablab
  - b. Tiers-lieux d'intérêt social
    - Tiers-lieux de santé effecteur de soin
      - a. A l'hôpital
      - b. En ambulatoire

Les tiers-lieux en lien avec la santé ou directement impliqués dans le soin se multiplient. Nous proposons ici quelques exemples à titre illustratif. Bien que le nombre de tiers-lieux se développant dans le champ de la santé soit en forte croissance, il n'existe pas à ce jour de recensement exhaustif les référençant spécifiquement comme acteurs de santé. Leur recensement complet dépasserait toutefois le cadre de cette présentation.

Le webinaire « Faire tiers-lieu en santé », proposé par La Fabrique des santés, met en lumière une diversité d'initiatives déployées sur l'ensemble du territoire (17).

### 4.1. Tiers-lieux en lien avec la santé

#### 4.1.1. Tiers-lieux santé « fablab » :

Fablab est la traduction de laboratoire de fabrication. Ce sont des lieux « pour faire » orientés vers l'innovation. Souvent développés vers le numérique. Tiers lieux d'expérimentation, ouverts à tous, pour fabriquer de l'innovation numérique.

- Ils font partie des stratégies d'accélération de la santé numériques mises en place par le Ministère de la Santé et nommés **Tiers-Lieux d'Expérimentation en santé (TLE)**, un appel à projet a été mis en place pour favoriser leur développement. Ce sont des projets portés par des CHU ou des organismes indépendants. Sur l'ensemble de la France, le gouvernement en décompte 25. Ils agissent pour l'innovation dans la santé numérique, l'intelligence artificielle, la santé mentale, l'écologie en santé etc (18). On peut citer Mindlink, **tiers lieu immersif et interactif**, situé sur le campus Sainte-Anne à Paris dépendant du GHU (Groupe Hospitalier Universitaire Paris psychiatrie & neurosciences) dont le but est de créer un catalyseur commun pour les cliniciens, les usagers et les aidants, les starts up, en vue de faire éclore de nouveaux outils numériques et avec eux de nouveaux usages liés à la prévention, au soin, au rétablissement des maladies psychiatriques & neurologiques(19).
- Des fablabs indépendants peuvent agir en rapport avec la santé. Ce sont des laboratoires de fabrication ouverts à tous mettant à disposition des éléments humains, mécanique (machines) et numérique pour la création et l'innovation.

Le fablab « **L'établi** » créé à Soustons (40) en 2017, est un lieu « pour faire » accessible tant aux professionnels, qu'au grand public ou aux industriels. Il est animé par un collectif dont le Lab manager est Clémence Mainpin, ancienne directrice d'hôpital et membre du ministère de la santé pendant 10 ans. Outre des projets créatifs et innovants dans de multiples domaines, le fablab a pu s'impliquer pendant la crise du covid 19 comme créateur de visière de protection, masques afin d'équiper les EPHAD du secteur de façon réactive et efficace. Le fablab collabore aussi avec des associations dans le domaine du handicap pour développer des aides techniques de la vie quotidienne. Illustration de leur possibilité d'action dans le domaine de la santé.

#### 4.1.2. Tiers-lieu d'intérêt social en lien avec la santé.

Pour harmoniser, communiquer et développer les tiers-lieux sur le territoire des collectivités, des structures comme France Tiers Lieux ou La Coopérative Tiers Lieux ont été créées. La plupart des tiers lieux sont en lien avec ces collectivités. La coopérative tiers lieu répertorie en février 2024 différents tiers lieux qui ont un thème de convergence commun la santé par le lien social figurant dans le rapport « le lien social c'est la santé » (13):

- **La plateforme HOLA** (ADAPEI de la Corrèze) est une plateforme territoriale d'aide aux aidants développée depuis 2019.
- **La Ressourcerie par Malakoff Humanis** (tiers-lieu à Bordeaux). Depuis 2020, leurs missions sont de permettre l'épanouissement des aidants dans leur propre vie en favorisant le lien social et en leur apportant un environnement soutenant.
- **Le projet « un tiers-lieu dans mon EHPAD »**, politique publique initiée par la CNSA (caisse nationale de lutte pour l'autonomie). Actif depuis 2021, il permet de créer et d'aménager des tiers-lieux en EHPAD et en résidence autonomie afin de transformer l'offre des établissements et de lutter contre l'âgisme. Ils agissent en ouvrant et valorisant les établissements sur le territoire, en inventant avec leurs voisins et l'ensemble des acteurs de la vie locale des activités et des services.
- Conseil départemental Seine-Saint-Denis, **Tiers-Lieux Autonomie dans mon quartier 2022-2023** : regroupe supports un café associatif, une programmation sociale et culturelle, de la cuisine, des ateliers de prévention, jardins, espaces de travail artisanal et tertiaire. Le but est de rompre l'isolement des seniors et des personnes en situation de handicap à travers un programme d'activités culturelles et sportives, des rencontres, des ateliers de découverte du numérique, des événements festifs. Informer sur les aides, dispositifs et droits qui peuvent leur permettre de rester autonomes. Améliorer la prise en charge médico-sociale à domicile en participant au repérage des besoins avec les personnes concernées.

## 4.2. Tiers-lieu « effecteurs de soin » :

### 4.2.1. A l'hôpital

- **La Cité culturelle** : un pont entre l'hôpital psychiatrique et la société. Implantée au sein de l'Établissement public de santé Barthélemy Durand à Étampes (91), la Cité culturelle incarne depuis 2014 la dimension culturelle du projet de l'hôpital psychiatrique. Conçue comme un tiers-lieu de création et de lien social, elle réunit patients, soignants, artistes, associations et habitants autour d'initiatives mêlant art, soin et engagement citoyen. Véritable espace de rencontre et de collaboration, elle poursuit plusieurs objectifs majeurs : ouvrir l'hôpital sur son territoire, lutter contre la stigmatisation de la psychiatrie, et promouvoir la dignité et la reconnaissance des personnes accompagnées (17).

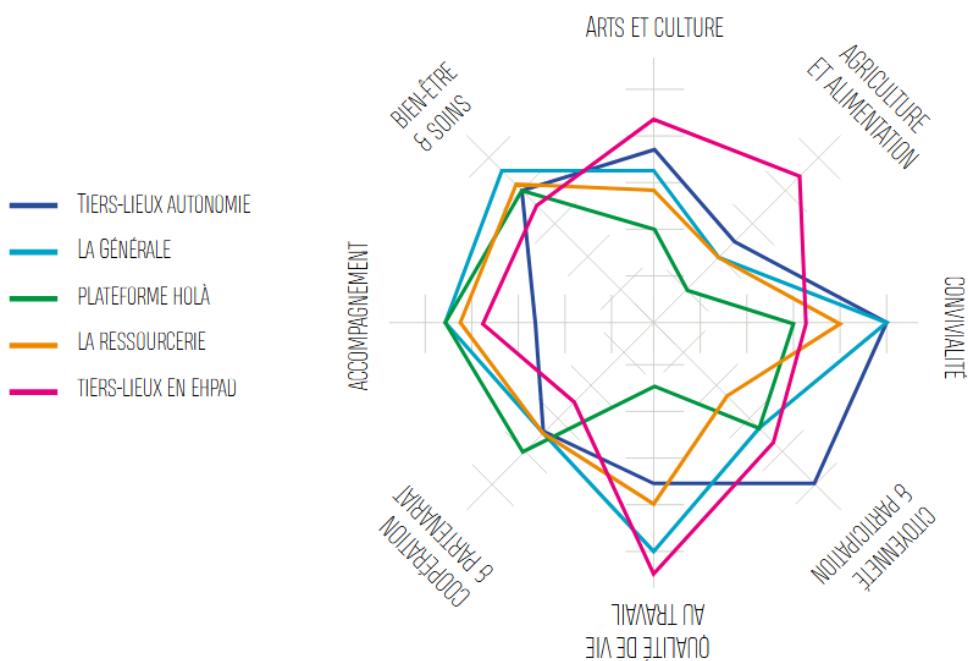
### 4.2.2. En ville

- **L'espace Les Sources à Albertville (73)**, est un tiers-lieu qui regroupe des médecins généralistes, un dermatologue, d'autres professionnels paramédicaux et non médicaux ayant une activité autour du bien-être. L'organisation ressemble à celle de La Générale avec un pôle soins et des salles conviviales et d'activités. D'après nos recherches l'espace Les Sources est né fin 2023. Le lieu correspond bien aux caractéristiques d'un tiers lieu car il est collaboratif est un lieu ouvert à tous. Leurs principes sont : l'accessibilité facile, la communication respectueuse, une maison hors de la maison, l'ambiance amicale, un lieu chaleureux non extravagant leadé par un « noyau dur » et une communauté qui donne l'orientation du champ d'activité du lieu (20).
- A Givors (69), porté par la Mairie le projet a été créé à côté et en coordination avec la MSP en mars 2024. Le Tiers-Lieu Santé dispose de 7 espaces dédiés aux ateliers et/ou formations en promotion de la santé et aux coopérations entre acteurs et actrices de la santé. Ces 7 espaces comprennent :
  - Une cuisine créative
  - Le comptoir des aidant.e.s
  - Une « grotte pédagogique » avec une bibliothèque de ressources en Santé
  - Une salle de réunion pour accueillir conférences, formations etc
  - Un espace de coworking
  - Une salle d'activité collective
  - Un bureau « confidentiel »(21)



- **La Générale à Anglet**, tiers-lieu sur lequel repose notre travail. (cf ci-dessous)

Ces tiers-lieux de santé se rejoignent sur plusieurs points, notamment par leur ouverture à des publics diversifiés, intégrant une nouvelle dimension d'accueil, d'écoute des initiatives et de soutien aux projets. Ils favorisent également le décloisonnement en tissant des liens au-delà de leur secteur d'origine, qu'il s'agisse de dépasser les limites du domaine médico-social pour certains, ou celles de l'économie sociale et solidaire pour d'autres.



### LES ACTIVITÉS ET LES MODALITÉS DE RÉUSSITES DES TIERS-LIEUX À DIMENSION MÉDICO-SOCIALE (2023)

Figure 5 : Les activités et les modalités de réussites des tiers-lieux à dimension médico-sociale selon la coopérative tiers-lieux (13)

## 5. La Générale, tiers-lieu de santé, initiative novatrice

### 5.1. La Générale

La Générale, tiers-lieu de santé à Anglet se définit comme “un lieu de vie et de santé” (22), c’est un lieu de collaboration collective autour de la Santé. Le projet représente une initiative novatrice dans le domaine des soins de santé primaires. Il s’agit d’un tiers-lieu de santé fondé par cinq médecins généralistes et une ingénieure en santé, inspiré par la définition élargie de la santé selon l’OMS, qui englobe les dimensions physiques, mentales et sociales du bien-être (22).

Ce tiers-lieu se distingue par son approche globale et sa volonté de dépasser les cadres traditionnels de l’exercice médical. Ce modèle cherche à transformer la pratique médicale en mettant l’accent sur la créativité et la collaboration. À travers des ateliers thérapeutiques, des projets collectifs et un travail en groupe, les professionnels de santé impliqués peuvent mutualiser leurs compétences et renouveler en permanence leurs activités. Cette dynamique vise à offrir aux patients une prise en charge enrichie et diversifiée.

Un des aspects fondamentaux de « La Générale » est l’implication active des patients dans leur propre santé. Ceux-ci sont invités à participer à des initiatives telles que l’éducation thérapeutique ou le partage d’expériences, favorisant ainsi une approche communautaire et participative. Ce rôle actif des patients enrichit la relation thérapeutique et contribue à créer un véritable écosystème de santé.

Le lieu de 115m<sup>2</sup> est constitué de 5 salles de consultations, une salle d’attente en communication avec un café associatif, une salle polyvalente avec une scène de théâtre, une salle de yoga. Ce lieu est animé grâce à une association d’usagers (URFU) qui fait vivre le café, crée des événements culturels et de santé et gère la sous-locations les locaux aux différents professionnels intervenant pour les activités hebdomadaires ou ponctuelles. Les 5 médecins ont une pratique libérale et font partie intégrante de l’association.





Figure 6 : Plan de la Générale (23)

En repensant la pratique médicale et en intégrant les patients comme acteurs à part entière, ce projet vise à répondre à des besoins profonds de transformation dans le système de santé. Il offre également aux professionnels un cadre où ils peuvent conjuguer innovation, sens et qualité de vie au travail. Ce tiers-lieu propose une alternative face aux défis actuels du système de santé, notamment en ce qui concerne l'épuisement professionnel des soignants, la demande croissante de soins centrés sur le patient et la nécessité de nouvelles formes de collaboration interprofessionnelle. « La Générale » pourrait ainsi inspirer d'autres initiatives en France et ailleurs, en proposant une vision du soin résolument moderne et orientée vers l'avenir.

Bien qu'on observe des similitudes avec les les MSP (Maison de Santé Pluridisciplinaire), le tiers-lieu se distingue par une plus grande liberté d'organisation, de thématiques etc. Effectivement, les MSP sont contraintes par des financements publics et doivent répondre à des missions de santé publique précises (23).

La création de ce projet a été longuement mûri par les créateurs. Confrontés aux limites du modèle traditionnel de la médecine générale, centré sur l'acte de consultation en cabinet et un rythme standardisé, ils ont longtemps réfléchi à comment proposer une alternative viable. Après de long mois de visite de tiers-lieux, de prospection puis de travaux, La générale est née en avril 2023. Des investissements financiers ont été nécessaire de la part des 5 médecins à hauteur de 505 000 euros. Par la suite des subventions de la région ont été obtenues. La structure n'est pas encore reconnue par l'ARS (23).

## 5.2. La Générale tiers-lieu d'expérimentation - retour d'expérience

La Générale, tiers-lieux de santé, est née d'un constat commun. Les principaux initiateurs du projet possédant une longue expérience professionnelle dans le domaine médical, ont pu constater que les modèles d'installation dits « classiques » ne répondaient pas à leurs attentes. Cette réflexion les a conduits à concevoir un projet original et inédit en France au moment de sa création. Né en 2023, nous disposons désormais d'une certaine distance temporelle pour évaluer la crédibilité et la reproductibilité du projet. Le travail de thèse du Dr Beaufume soutenu en 2024 intitulé « La Générale », Retours d'expérience du premier tiers-lieu en santé en milieu libéral, s'intéresse à la notion de succès du projet 1 an après sa création. Ce travail offre une analyse du projet du point de vue des médecins (*Annexe 1*) (23).

Certaines attentes, partagées par tous les membres du projet, ont constitué la base de la création du tiers-lieu :

- « Création d'un lieu de vie, vecteur d'interactions sociales visant à lutter contre l'isolement, ouvert à tous sans distinction et où chacun doit se sentir légitime de participer.
- Épanouissement professionnel, sentiment d'utilité, avec la possibilité de varier l'activité et d'évoluer, sans empiéter sur la vie personnelle.
- Création d'un outil permettant de répondre au mieux au besoin de chacun.
- Lieu ressource, en lien avec les différentes structures locales.
- Travail collaboratif en lien avec l'équipe paramédicale et de thérapeutes résidente du lieu.
- Activité axée sur le préventif offrant aux usagers les clés pour « se sentir bien », par différents moyens.
- **Proposer une alternative comme modèle d'installation qui fonctionne, afin de la diffuser pour favoriser l'installation des médecins. »**

Au bout d'un an, les retours des professionnels impliqués dans le projet de tiers-lieu de santé « La Générale » ont permis d'identifier sept thématiques distinctes :

- **Une quête de sens** assouvie, axée sur une orientation préventive de l'activité, a permis aux médecins de ressentir un véritable sentiment d'utilité, tout en favorisant une adhésion réussie des patients aux différentes initiatives.
- Un **effort créatif** constant, à la fois stimulant et exigeant, offre des opportunités de renouvellement et un aspect intellectuellement enrichissant. Il permet aux participants de continuer à se former grâce aux interventions de médecins experts extérieurs. Un point largement partagé par les acteurs du projet est la possibilité de vivre, à travers les événements organisés, des expériences humainement et émotionnellement riches, procurant fierté et satisfaction aux organisateurs.

Cependant, ce travail créatif, bien qu'épanouissant, présente des inconvénients. Les membres du projet soulignent son **caractère chronophage** ainsi que la charge mentale qu'il engendre.

Ce travail, particulièrement énergivore, a parfois empiété sur la vie personnelle des membres, perturbant l'équilibre essentiel entre vie professionnelle et privée. Bien que les retours positifs des usagers aient été encourageants, cette charge a parfois été perçue comme une contrainte, nécessitant des ajustements pour éviter l'épuisement. Le caractère bénévole du travail créatif, notamment pour l'organisation des semaines thématiques, a également contribué à la fatigue des porteurs du projet. Ces derniers ont dû jongler entre leur activité de consultation, indispensable pour maintenir un revenu, et cette implication non rémunérée, malgré un investissement de temps conséquent.

« Au bout de six mois, nous avons réalisé que ces semaines thématiques pouvaient être épuisantes. Le format a donc été revu et réparti sur un mois, avec des jours spécifiques dédiés. »

- Un **espace de vie sociale** et humaine offrant un cadre agréable tant pour les usagers que pour les professionnels : les membres interrogés sont unanimes sur ce point et soulignent un succès grandissant un an après l'ouverture. Ils observent une fréquentation en hausse constante, accompagnée de retours très positifs qui suscitent une grande fierté. De plus, la diversité intergénérationnelle des usagers est perçue comme un atout majeur. Certains membres ont également relevé que, grâce aux échanges dans la partie associative, il est possible de réengager des usagers en rupture de soins, rassurés par l'atmosphère ouverte et apaisante du lieu. Enfin, certains professionnels vont jusqu'à évoquer une « désacralisation » du cabinet médical classique, qu'ils considèrent comme un élément positif pour renforcer la relation médecin-patient.
- Un lien fort entre collègues basé sur des valeurs communes : cet **aspect collaboratif** s'avère être une réussite sur certains points, mais un échec sur d'autres. La volonté initiale de partage de patientèle s'est avérée plus complexe qu'initialement, la "déclaration de médecin traitant" conduit naturellement les patients à privilégier un médecin en particulier. Néanmoins, les médecins interrogés constatent que la circulation de la patientèle d'un médecin à l'autre reste présente. Ils soulignent également l'importance de la communication au sein d'une structure sans hiérarchie comme celle-ci, permettant de partager des ressentis de contrariété ou de tension, éléments inévitables dans une organisation à gestion collective.
- Les perspectives d'évolution du projet dépendent principalement de la **sécurisation de son modèle économique**, une préoccupation majeure partagée par tous les membres. Cette inquiétude découle de l'installation de cinq professionnels dans une région où l'offre de soins est déjà bien établie. L'obstacle principal au développement de « La Générale » reste donc financier. Les créateurs du projet ont souligné cette difficulté, qui s'est avérée plus complexe que prévu pour certains. Le modèle économique repose en partie sur l'obtention de subventions, mais hormis une aide modeste de la région, les membres ont fait face à des difficultés inattendues, comme l'absence de statut de « Maison de santé pluridisciplinaire », les privant ainsi des soutiens financiers de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Pour sécuriser leur modèle, ils envisagent la création d'une MSP en partenariat exclusif avec l'association URFU, ce qui leur permettrait de satisfaire aux critères de l'ARS et d'assurer la

pérennité du projet. Les créateurs espèrent ainsi stabiliser l'aspect financier pour proposer une alternative durable et crédible aux médecins en quête d'innovation.

- **Un modèle clivant** qui suscite à la fois l'interrogation et la méfiance des institutions, tout en séduisant : Le tiers-lieu « La Générale » bénéficie d'une excellente adhésion du côté hospitalier, où les retours sont très positifs et où une réelle volonté de partenariat est présente. Certains confrères libéraux locaux partagent également cet enthousiasme. Parmi les confrères qui sont dubitatifs, mais curieux et ouverts à des explications sur le projet, une fois qu'ils ont visité le lieu, l'adhésion s'avère généralement positive.

En revanche, certains confrères rejettent totalement le projet, n'en comprenant pas la démarche, ne validant pas la nouveauté, craignant une dérive ou y voyant une forme de concurrence.

- Une **alternative viable à l'installation** : En fin de compte, les membres du projet semblent avoir trouvé un mode d'exercice épanouissant grâce à cette installation unique (au moment de la création du lieu) en France. Elle leur offre la possibilité d'une activité diversifiée, porteuse de sens grâce à sa vocation sociale, humaine et préventive. Pour eux, ce modèle constitue une alternative crédible à l'installation traditionnelle, susceptible de séduire les médecins qui peinent à s'imaginer dans un cadre plus classique et qui pourraient ainsi être encouragés à s'installer.

La Générale, une alternative crédible, sous réserve

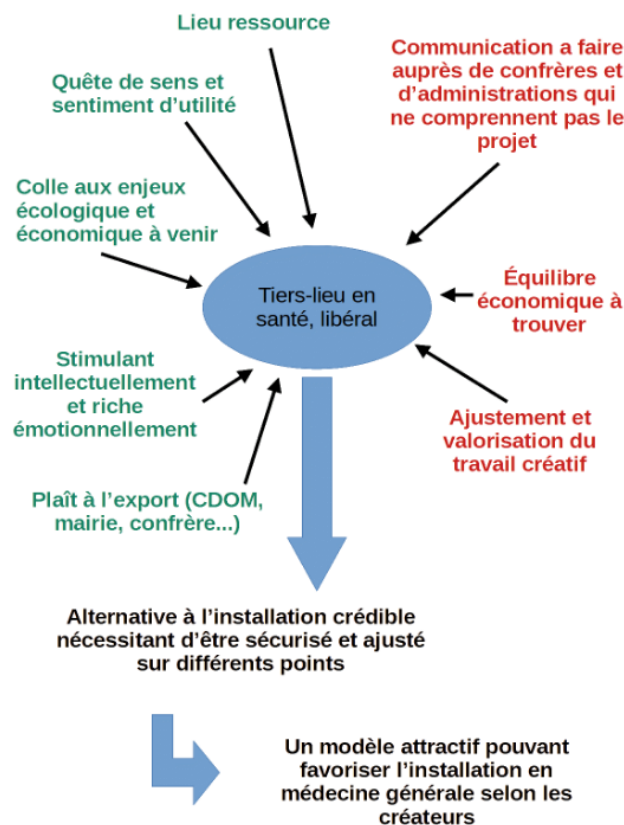


Figure 7 : Thèse Dr.BEAUFUME : La Générale, une alternative crédible, sous réserve (23)

### 5.3. Question d'étude

Notre travail s'inscrit dans le prolongement de la thèse du Dr Beaufume. Il n'existe pas, à ce jour d'évaluation de la connaissance des tiers-lieux et de l'engouement que pourraient avoir des médecins généralistes sur la possibilité d'exercer en tiers-lieu de santé. Nous étudions ici l'intérêt des médecins généralistes pour l'exercice en tiers-lieu de santé à travers l'exemple du tiers-lieu de santé La Générale.

# MATERIEL ET METHODE

## 1. Cadre légal

Il s'agit d'une étude quantitative non interventionnelle auprès de professionnels de santé. Il n'a donc pas été nécessaire de recueillir l'avis du comité de protection des personnes. Nous avons néanmoins soumis notre dossier au délégué de la protection des données de l'université de Bordeaux, même si aucune donnée à caractère personnelle ne permet une identification des personnes concernées.

Notre travail a été reconnu comme conforme au règlement général de protection des données (*Annexe 2*).

## 2. Choix du quantitatif

Pour garantir une représentativité optimale de notre enquête, il était essentiel de recueillir un nombre suffisant de réponses, condition déterminante pour la qualité de notre étude. C'est pourquoi nous avons naturellement opté pour une approche quantitative.

## 3. Constitution de l'échantillon

Les critères d'inclusion étaient :

- Médecin généraliste
- Interne en médecine générale
- Lieu d'exercice : France (métropolitaine et DOM-TOM)

Les critères d'exclusion étaient :

- Non médecin
- Autre spécialité
- Médecin retraité
- Questionnaire incomplet

## 4. Transmission d'information sur le concept de tiers-lieu de santé - Réalisation d'une vidéo

### 4.1. Choix du format vidéo

Le concept de tiers-lieu peut être complexe à appréhender dès le premier abord et nécessite souvent des explications concrètes. Exposer clairement le fonctionnement du tiers-lieu de santé La Générale en quelques phrases ou à l'écrit est un défi. Pour garantir une compréhension optimale, nous avons opté pour une vidéo, un support à la fois audio et visuel, offrant clarté et accessibilité.

Ce format répond à deux objectifs : assurer une transmission efficace du concept en s'adaptant aux modes de communication actuels et garantir que les médecins saisissent pleinement les enjeux des tiers-lieux de santé. Une compréhension explicite étant essentielle pour recueillir des données fiables sur leur intérêt pour ces structures. Le format vidéo permet de toucher un large public et d'offrir un outil explicatif complet.

### 4.2. Tournage

La vidéo a été réalisée sous la forme d'un mini-reportage journalistique. Pour optimiser le tournage, nous avons bénéficié des conseils d'un ami travaillant dans l'audiovisuel.

La production de la vidéo a nécessité l'acquisition et l'utilisation d'un matériel adapté :

- Achat d'un micro-cravate
- Achat d'un trépied
- Achat d'un iPhone 12 offrant une qualité vidéo suffisante
- Achat d'un ordinateur performant pour le montage

Nous avons d'abord réalisé une interview de deux médecins exerçant à La Générale, filmée directement au sein du tiers-lieu de santé. Une liste de questions préparées en amont leur avait été transmise. Les médecins ont été sélectionnés sur la base du volontariat, après une présentation du projet de thèse. Un accord de droit à l'image a été signé par chacun d'eux, en conformité avec le RGPD de la faculté de Bordeaux.

Les interviews, d'une durée comprise entre 30 minutes et une heure, ont été enregistrées à l'aide d'un iPhone 12 fixé sur trépied, avec un micro-cravate pour assurer une qualité audio optimale. Le choix du format vertical répond à l'objectif de diffusion sur les réseaux sociaux, privilégiant un visionnage sur smartphone plutôt que sur ordinateur.

En complément, des images illustrant le lieu ont été capturées entre octobre 2024 et février 2025. Conformément aux recommandations du RGPD, l'accord oral des personnes apparaissant brièvement à l'écran a été recueilli. Ce tournage a impliqué une présence régulière aux événements organisés à La Générale (chorales, conférences, cours d'activité physique, etc.), afin de saisir des instants représentatifs du quotidien du tiers-lieu.

### 4.3. Réalisation du script

L'objectif était de réaliser un mini-reportage journalistique d'une durée de 3 à 5 minutes. La première étape du montage a consisté à trier les informations issues des deux interviews de médecins, soit 1h30 de contenu. Ce travail minutieux a nécessité de nombreuses heures afin d'extraire les éléments les plus pertinents et percutants sur *La Générale*. L'organisation des informations s'est faite sous forme de script, structuré en deux colonnes : l'une pour le contenu audio, l'autre pour les images.

Une fois ce tri effectué, la seconde étape a consisté à organiser ces éléments de manière fluide et cohérente. Ce format écrit a été essentiel pour structurer précisément le discours des médecins interviewés et assurer la clarté du message.

La vidéo suit une structure bien définie :

- Une introduction avec une phrase percutante
- Une explication du concept de tiers-lieu par deux intervenants aux formulations variées pour garantir une bonne compréhension
- Une présentation approfondie de *La Générale* et de son fonctionnement
- Un exemple concret
- Une phase d'ouverture

L'alternance des interlocuteurs apporte du dynamisme à l'ensemble. Bien que le script ait joué un rôle clé dans le montage, il a également évolué au fil du processus.

### 4.4. Montage

Le montage de la vidéo a été réalisé avec le logiciel Adobe Premiere Pro. L'accès, payant, a été rendu possible grâce à une connaissance disposant d'un abonnement. Une première phase d'apprentissage du logiciel a été nécessaire, principalement via la consultation de tutoriels sur YouTube, permettant une prise en main progressive.

Une fois cette étape franchie, les rushs d'interview et d'illustration ont été intégrés afin d'assurer une cohérence visuelle avec le discours et d'enrichir la narration.

Pour dynamiser la vidéo, une bande sonore a été ajoutée. Le choix s'est porté sur la chanson "Dimanche" du groupe MPL, dont l'utilisation a été autorisée par le producteur, contacté directement par mail.

La finalisation du montage a bénéficié du soutien d'un ami, permettant :

- L'harmonisation du son
- L'ajout de transitions fluides
- L'insertion d'un générique de fin
- L'export de la vidéo dans un format adapté

Le temps total consacré au montage est estimé à environ 100 heures. Une fois la vidéo finalisée, elle a été soumise à l'approbation du Dr Berardi ainsi que des médecins interviewés, Dr Fellous et Dr Garrain, qui ont validé sa diffusion.

## 5. Questionnaire

### 5.1. Réalisation du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré sur **LimeSurvey**, avec un accord préalable conforme au RGPD avant sa diffusion (Annexe 3).

Il est structuré en **quatre parties** :

- **Première partie** : Vérification de la compréhension du concept de tiers-lieu. En cas de doute, un lien permet aux répondants de revoir la vidéo explicative.
- **Deuxième partie** : Caractérisation de la population interrogée à travers des données sur le sexe, la tranche d'âge, l'évolution professionnelle, le type d'exercice, le lieu d'exercice et l'implication associative passée.
- **Troisième partie** : Évaluation du critère de jugement principal via la question :  
« Seriez-vous intéressé pour exercer dans une structure organisée en tiers-lieu de santé? »  
L'évaluation de l'intérêt des répondants s'est appuyée sur une échelle de Likert à 5 niveaux (pas du tout, plutôt non, plutôt oui, fortement)
- **Quatrième partie** : Analyse des critères de jugement secondaires  
Ces paramètres ont été définis à partir des résultats de la thèse du Dr BEAUFUME qui analyse les retours d'expérience du premier tiers-lieu en santé en milieu libéral après un an d'installation. De cette étude, nous avons dégagé 12 items susceptibles d'être perçus comme des facteurs de motivation ou des freins à une potentielle installation en tiers-lieu de santé. L'évaluation de l'intérêt des répondants s'est appuyée sur une échelle de Likert à 5 niveaux.

Ces items sont :

1. *L'ouverture à d'autres déterminants de la santé (culture, sport, art créatifs)*
2. *Pratiquer hors du modèle traditionnel d'installation*
3. *Développer des compétences créatives (organisation événement, communication)*
4. *Pouvoir organiser des événements collectifs de prévention*
5. *S'impliquer dans l'associatif (induisant un temps de travail bénévole)*
6. *Organiser de la formation continue, exercer dans un lieu de formation continue*
7. *Travailler dans un lieu collaboratif entre confrères*
8. *Travailler dans un lieu collaboratif avec des professionnels non médicaux*
9. *Travailler au sein d'un espace de vie à vocation sociale*
10. *Avoir un rôle de médecin traitant axé sur une vision "globale" de la santé du patient*
11. *La création du tiers-lieu (démarches administratives, recherche d'un local, investissements)*
12. *Travailler dans un cadre expérimental (structure à ajuster au cours de son évolution, absence de recul important sur le concept)*

## 5.2. Diffusion de la vidéo et du questionnaire

Le questionnaire a été diffusé simultanément à la vidéo, accompagné d'un texte de présentation clair et concis.

La diffusion s'est effectuée sur Facebook via des groupes fermés de médecins, notamment des groupes d'internes en médecine générale de différentes villes, des groupes de remplacement en médecine générale et des groupes d'entraide médicale.

Par ailleurs, la vidéo et le questionnaire ont également été partagés par mailing list, en utilisant le format YouTube pour la vidéo.

Pour garantir la fiabilité des réponses, un captcha a été intégré au début du questionnaire afin d'éviter les réponses automatisées. De plus, le paramétrage de LimeSurvey a été configuré pour prévenir la soumission de réponses en double par une même personne.

La méthode d'inclusion a donc été réalisée sur la base du volontariat.

La vidéo est disponible via le QR code suivant.



## 6. Analyse des données

L'analyse des données bivariées a été effectuée à l'aide du test du Chi<sup>2</sup>.

Pour ce qui est des domaines d'intérêt liés à l'exercice en tiers-lieu de santé (tableau 11), une échelle de Likert en cinq points a été utilisée, allant de 1 (« pas du tout, c'est un frein ») à 5 (« fortement, cela me motiverait »). Une moyenne a été calculée pour chaque modalité. La comparaison des scores moyens entre les groupes a ensuite été réalisée à l'aide du test du Chi<sup>2</sup>.

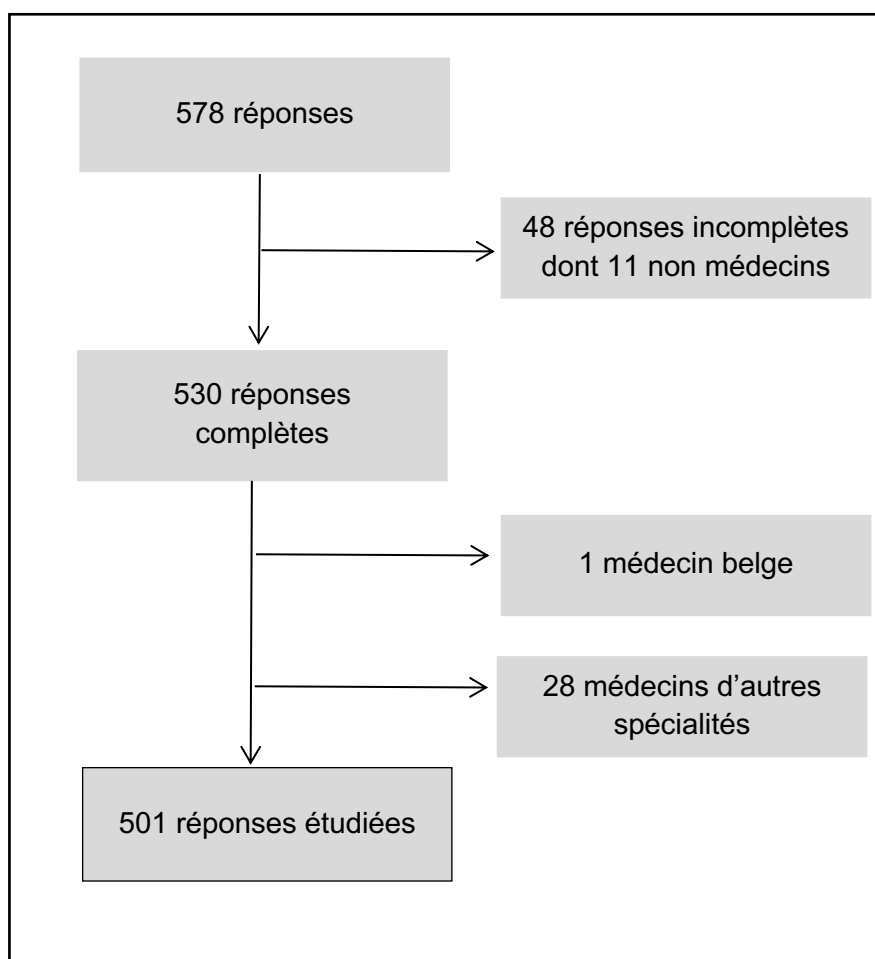
# RESULTATS

## 1. Recueil des réponses

Nous estimons le nombre de vues de la vidéo à plus de 3000 vues (YouTube (950) + Facebook : RMG64 (1000) + interne de France (1000) + autres groupes facebook).

## 2. Diagramme de flux

L'enquête s'est déroulée sur 2 mois, de mars 2025 à avril 2025. Au total, nous avons obtenu 530 réponses complètes et étudié 501 réponses. Sur 578 réponses, 48 sont revenues incomplètes incluant une réponse d'exclusion de l'étude « non médecin », soit un taux de réponse de 92%. Les réponses incomplètes n'ont pas été comptabilisées dans l'étude. L'étude portant sur les médecins généralistes français, les médecins des autres spécialités et un médecin étranger ont été exclus.



**Figure 1** : Diagramme de flux

### 3. Caractéristique des médecins interrogés

Parmi les 501 réponses étudiées, on observe une large majorité de femmes à 78 %. Selon l'Atlas de la démographie médicale en France publiée le 1<sup>er</sup> Janvier 2025 la répartition des médecins généralistes est de 56% de femmes tout âge confondu et de 63% pour les médecins de moins de 50 ans.(24)

L'échantillon n'est pas représentatif pour le genre, il existe une différence significative pour le genre entre la population cible et l'échantillon ( $p < 0,01$ ) (*Tableau 2*).

La population étudiée est majoritairement jeune avec 44% de moins de 30 ans, 33% entre 30 et 40 ans, 20% entre 40 et 50 ans, et 3% de plus de 50 ans. La population étudiée est donc surtout une population jeune et ne représente pas strictement les caractéristiques d'âge des médecins français.

Concernant le stade professionnel, l'échantillon comprenait 23% d'internes de médecine générale, 42% de médecins remplaçants (dont 23% thésés, 19% non thésé), 35 % de médecins installés.

Près de 62% des médecins répondants exercent ou souhaitent exercer (pour les internes) en milieu plutôt rural (rural et semi-rural), 26% en zone urbaine, et 12% en zone urbaine comme rural ou semi-rural (mixte).

Une grande majorité des médecins répondants déclare exercer ou projeter d'exercer en libéral (73%), parmi eux :

- Seulement 5% exercent en libéral seul
- 63% exercent en libéral en groupe : cabinet de groupe, ou cabinet de groupe pluridisciplinaire, Maison de santé pluridisciplinaire
- 5 % déclare une activité mixte libérale (autant en cabinet seul qu'en cabinet de groupe),

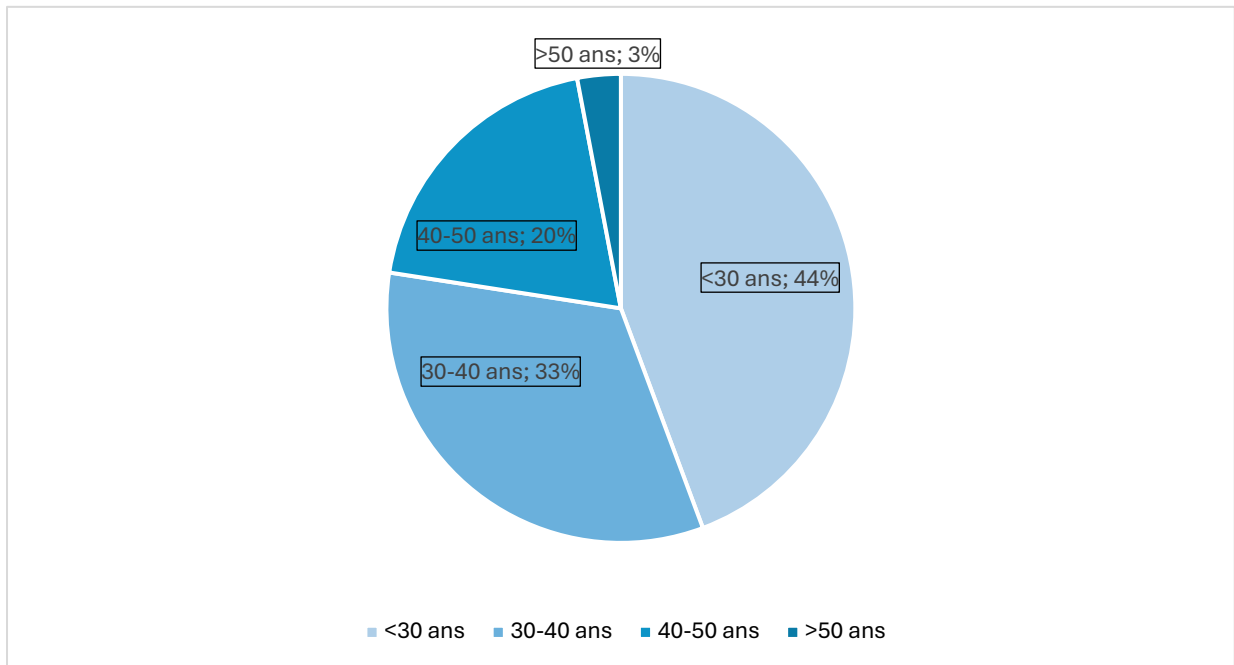
12% ont un exercice salarié, 15% un exercice mixte libéral et salarié.

Caractéristiques	Effectif (n=501)
<b>Genre</b>	
Femme	396 (79%)
Homme	103 (21%)
Autre	2 (0%)
<b>Age</b>	
<30 ans	222 (44%)
30-40 ans	166 (33%)
40-50 ans	98 (20%)
>50 ans	15 (3%)
<b>Stade professionnel</b>	
Interne médecine générale	113 (22%)
Médecin remplaçant non thésé	94 (19%)
Médecin remplaçant thésé	115 (23%)
Médecin installé	179 (36%)
<b>Implication antérieure dans un milieu associatif (question à réponses multiples)</b>	
Oui, hors milieu médical	172 (34%)
Oui, dans le milieu médical	90 (18%)
Oui, dans le milieu médical et hors médical	50 (10%)
Non	189 (38%)

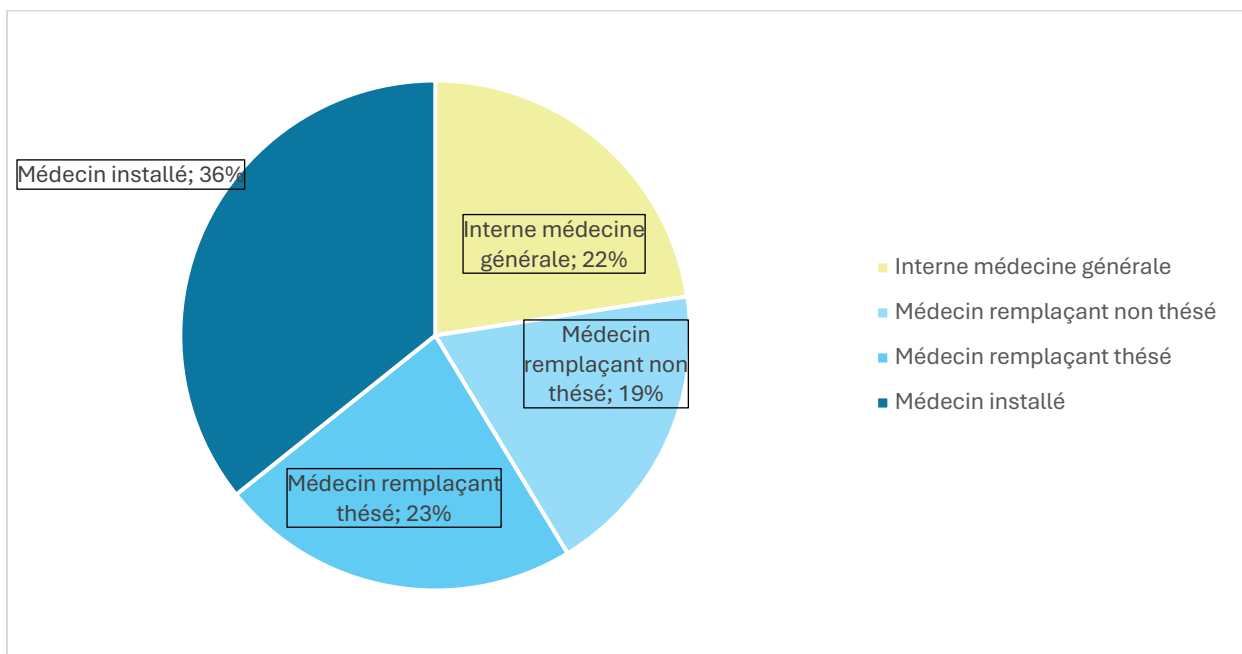
**Tableau 1** : Caractéristiques des médecins répondants.

	Étude	Population source	( $p < 0,01$ )
<b>Genre</b>			
Femmes	78%	63%	
Hommes	22%	37%	

**Tableau 2** : Répartition des genres de l'étude et la population source (24)



**Figure 2 : répartition des âges**



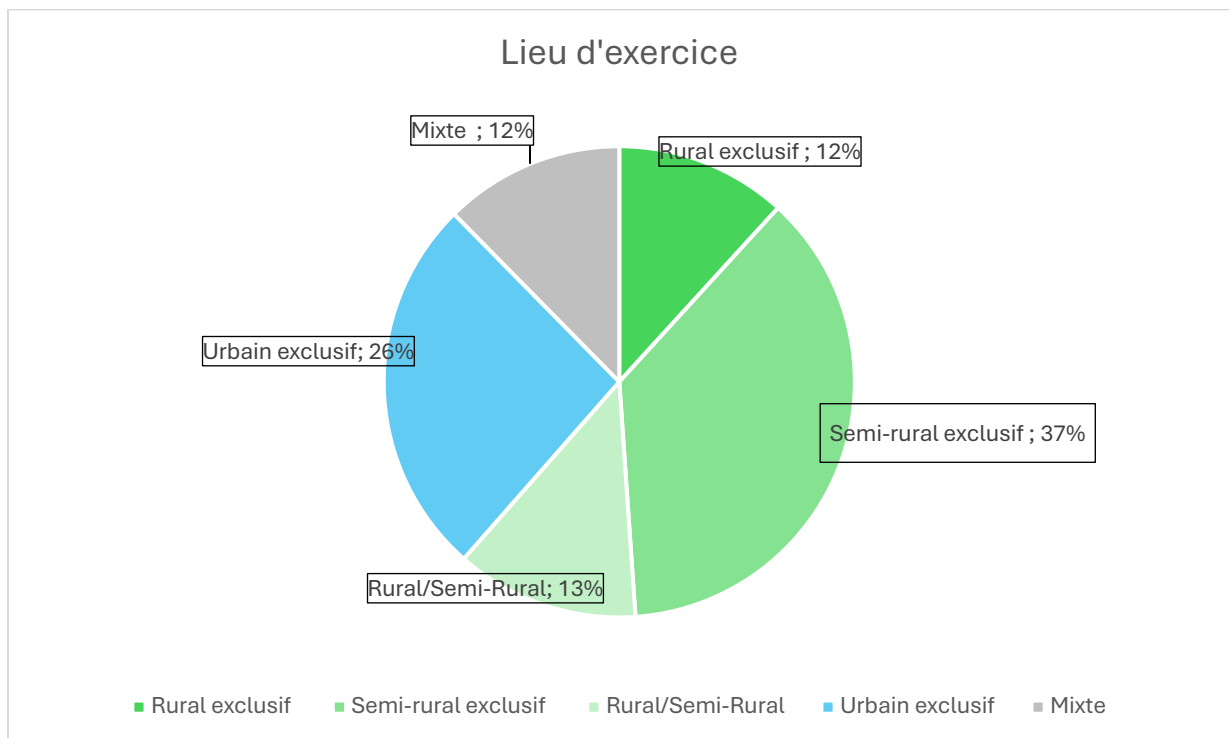
**Figure 3 : Répartition en fonction du stade professionnel**

Lieu d'exercice, ou souhait d'exercice (interne, médecin non installés)

Effectif n=501

Tendance rurale	308 (62%)
Rural exclusif	59 (12%)
Semi-rural exclusif	186 (37%)
Rural/Semi-Rural	63 (13%)
Urbain exclusif	131 (26%)
Mixte	62 (12%)

**Tableau 3 :** Répartition des médecins en fonction du lieu d'exercice.



**Figure 4 :** Répartition en fonction du lieu d'exercice

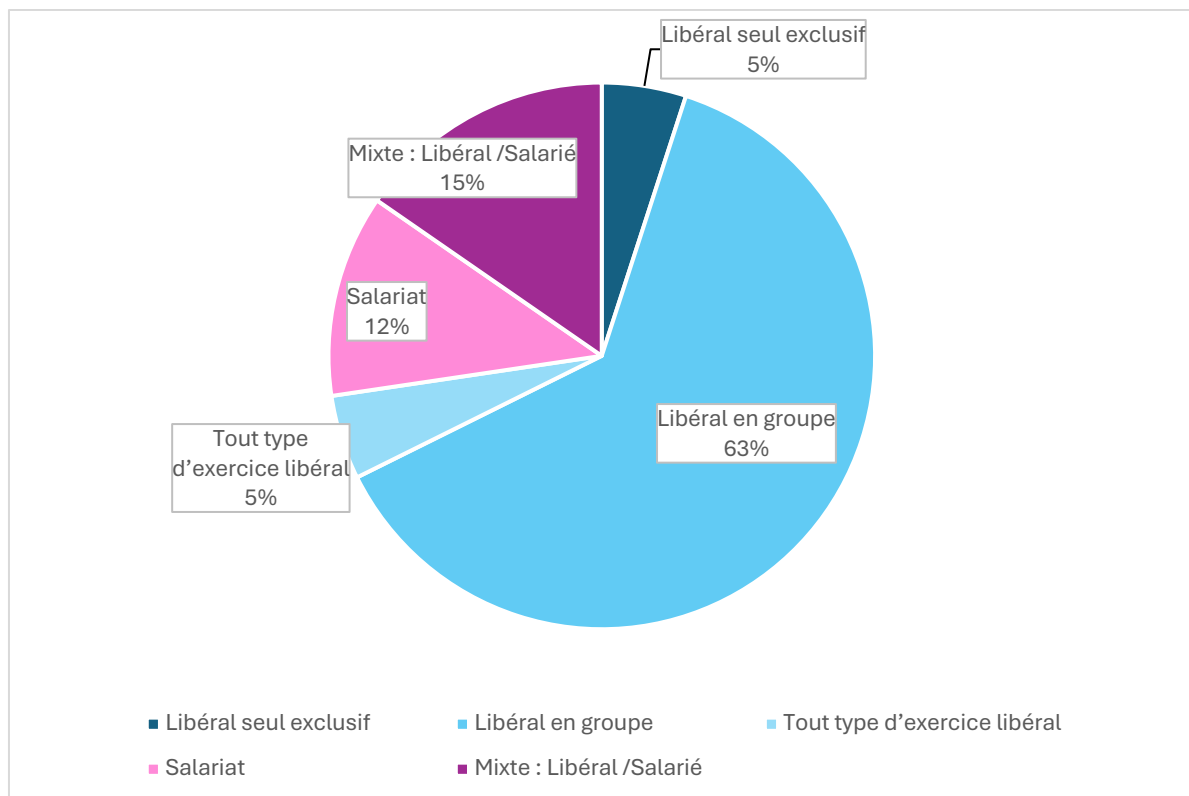
Type d'exercice ou souhait d'exercice Effectif n=501  
(interne, médecin non installés)

Libéral	364 (73%)
Libéral seul exclusif	25 (5%)
Libéral en groupe*	314 (63%)
Tout type d'exercice libéral**	25 (5%)
Salariat	60 (12%)
Mixte : Libéral /Salarié	77 (15%)

\*Cabinet de groupe / Cabinet de groupe pluridisciplinaire, Maison de santé pluridisciplinaire

\*\*Libéral seul et libéral en groupe

**Tableau 4** : Répartition des médecins en fonction du type d'exercice.



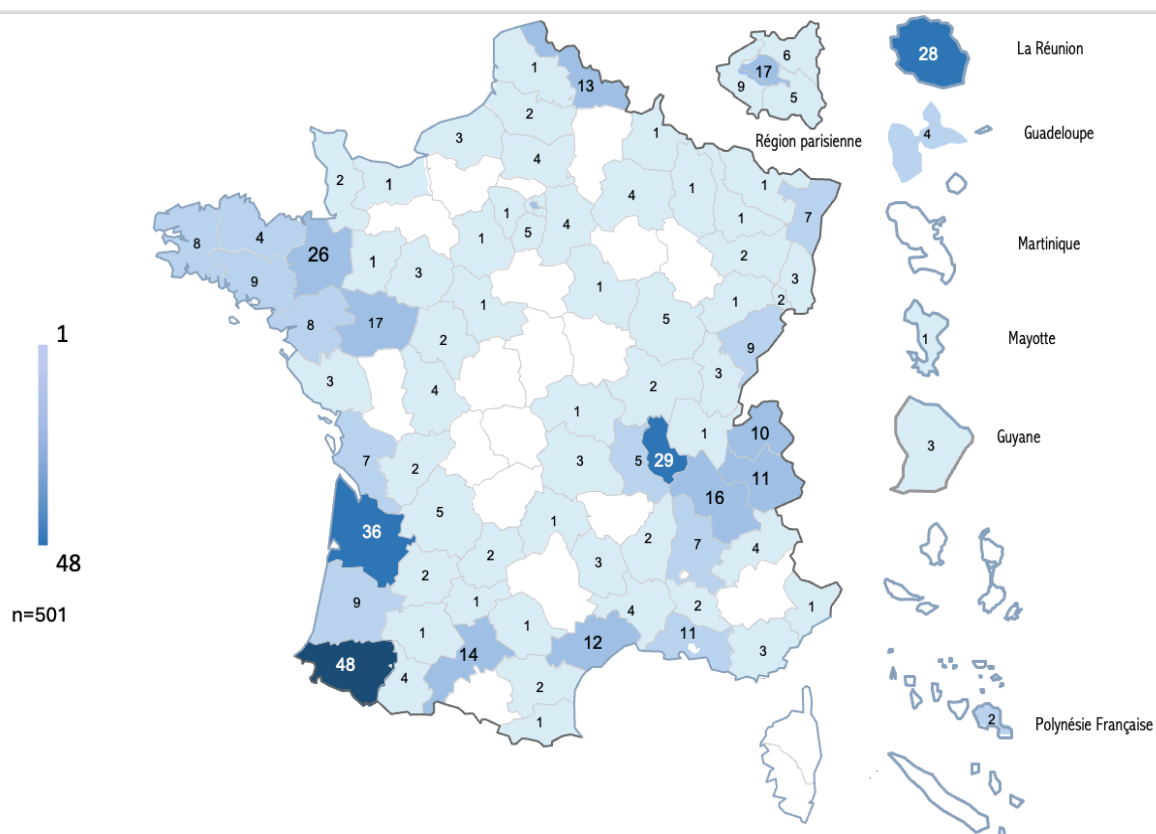
**Figure 5** : Répartition en fonction du type d'exercice

## 4. Couverture géographique

Sur 101 départements français, nous avons obtenu au moins une réponse dans 80. De plus, une COM (collectivité d'outre-mer) a pu être interrogée. La répartition des réponses reste hétérogène variant entre 1 et 48 réponses. On observe une majorité de réponse :

- Pyrénées atlantique (48)
- Gironde (36)
- Rhône (29)
- La Réunion (28)
- Ile et Vilaine (26)

Le détail du nombre de réponse par département est retrouvé en *Annexe 4*.



**Figure 6** : Carte de la répartition du nombre de réponses en fonction des départements

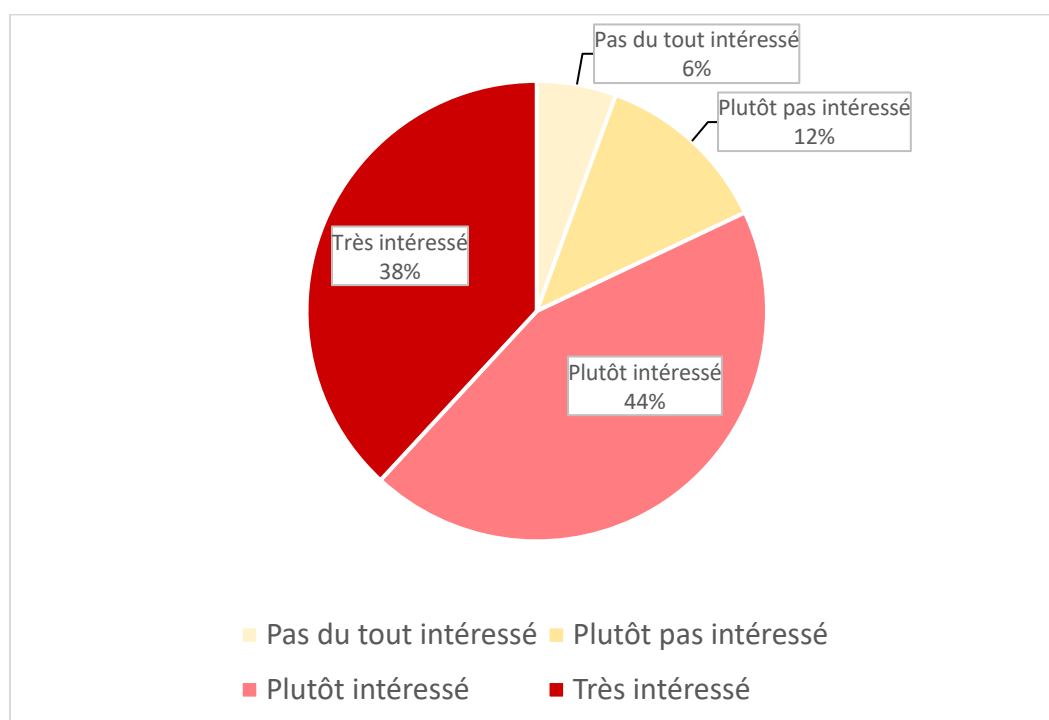
## 5. Critère de jugement principal

Le résultat principal de notre étude est que **82% des médecins répondants se disent plutôt intéressés (44%) voire très intéressés (38%) pour un exercice en tiers-lieu de santé.**

Seulement 6% se déclarent pas du tout intéressés.

Seriez-vous intéressé pour exercer en tiers-lieu de santé ?	Effectif n= 501
Pas du tout intéressé	28 (6%)
Plutôt pas intéressé	62 (12%)
<b>Plutôt intéressé</b>	<b>220 (44%)</b>
<b>Très intéressé</b>	<b>191 (38%)</b>

**Tableau 7** : Répartition des médecins en fonction de leur intérêt pour l'exercice en tiers-lieu de santé



**Figure 10** : Répartition des médecins en fonction de leur intérêt pour l'exercice en tiers-lieu de santé

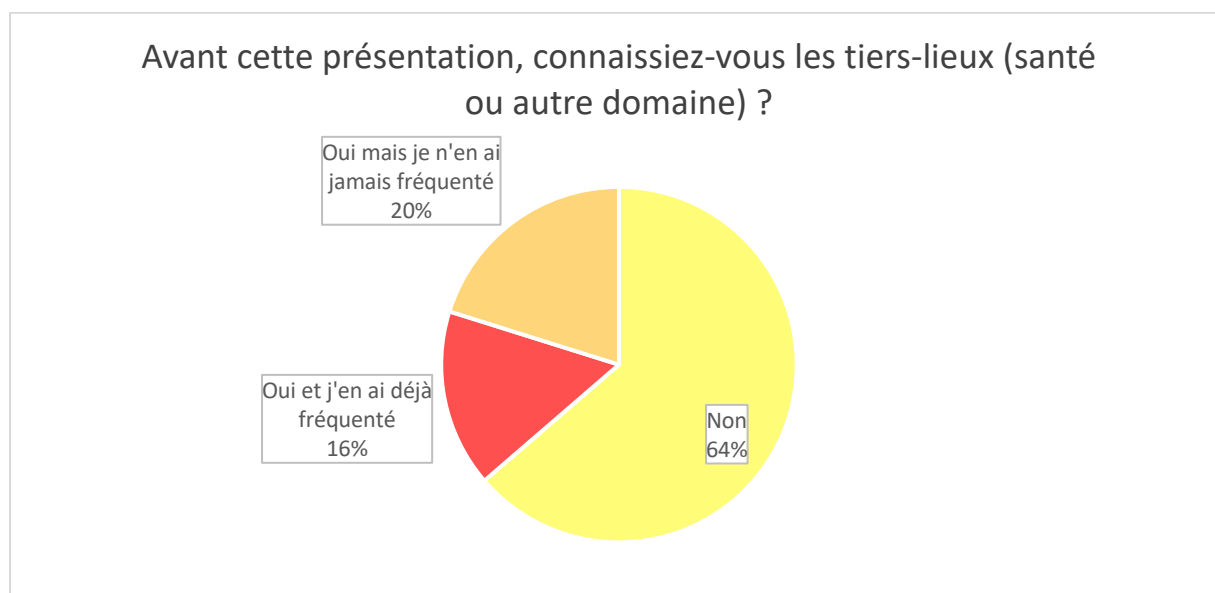
## 6. Critères de jugements secondaires

Par la suite, en préambule de notre problématique principale, une question portait sur la connaissance des tiers-lieux de santé et de la possibilité d'exercice en tiers-lieu de santé.

Avant cette présentation vidéo, 64% des médecins répondants ne connaissaient pas le concept de tiers-lieu que cela soit dans la santé ou d'autre domaines, 20 % en avaient connaissance sans jamais avoir eu l'occasion d'en fréquenter, et seulement 16% en avaient déjà fréquentés. Seulement 16% des médecins répondants avaient la connaissance de la possibilité d'exercer en tiers-lieu de santé.

Avant cette présentation, connaissiez-vous les tiers-lieux (santé ou autre domaine) ?	Effectif n=501
Non	319 (64%)
Oui et j'en ai déjà fréquenté	81 (16%)
Oui mais je n'en ai jamais fréquenté	101 (20%)

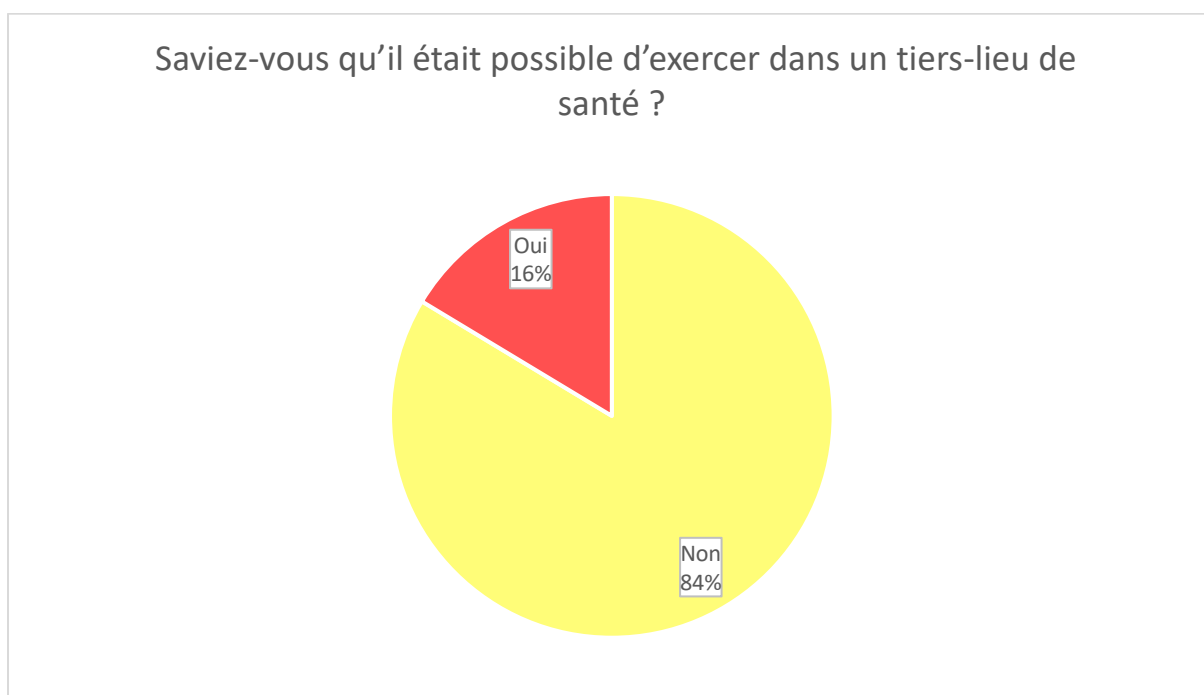
**Tableau 8** : Répartition des médecins en fonction de la connaissance du concept de tiers-lieu



**Figure 11** : Répartition des médecins en fonction de la connaissance du concept de tiers-lieu

Saviez-vous qu'il était possible d'exercer dans un tiers-lieu de santé ?	Nombre de Saviez-vous qu'il était possible d'exercer dans un tiers-lieu de santé ?
Non	419 (84%)
Oui	82 (16%)

**Tableau 9** : Répartition des médecins en fonction de la connaissance de la possibilité d'exercer en tiers-lieu de santé.



**Figure 12** : Répartition des médecins en fonction de la connaissance de la possibilité d'exercer en tiers-lieu de santé.

## 7. Analyse bivariée

### 7.1 Caractéristique de la population

	Pas du tout intéressé	Plutôt pas intéressé	Plutôt intéressé	Très intéressé	Seuil de significativité
Nombre de médecins (501)	28 (6%)	62 (12%)	220 (44%)	191 (38%)	
<b>Genre</b>					<b>P&lt;0,05</b>
Femme (396)	14 (4%)	44 (11%)	178 (45%)	160 (40%)	
Homme (103)	14 (13%)	18 (17%)	42 (41%)	29 (28%)	
Autre	0	0	0	2 (100%)	

**Tableau 10** : Répartition de l'intérêt des médecins généraliste pour l'exercice en tiers-lieu de santé en fonction du genre

	Pas intéressé	Intéressé	Seuil de significativité
Nombre de médecins (501)	90 (18%)	411 (82%)	
<b>Age</b>			<b>P&lt;0,05</b>
Moins de 30 ans (222)	15 (7%)	207 (93%)	
30-40 ans (166)	34 (20%)	132 (80%)	
Plus de 40 ans (113)	41 (36%)	72 (64%)	
<b>Stade professionnel</b>			<b>P&lt;0,05</b>
Interne de médecine générale (113)	6 (5%)	107 (95%)	
Remplaçant de médecine générale non thésé (94)	8 (9%)	86 (91%)	
Remplaçant de médecine générale thésé (115)	12 (10%)	103 (90%)	
Médecin généraliste installé (179)	64 (36%)	115 (64%)	

**Tableau 11** : Répartition en deux catégories de l'intérêt des médecins généraliste pour l'exercice en tiers-lieu de santé en fonction de l'âge et du stade professionnel

### 7.1.1 Genre

On observe une différence significative en fonction du genre, les femmes semblent plus intéressées par l'exercice de la médecine générale en tiers-lieu de santé que les hommes. (*Tableau 10*).

Parmi les femmes, 85% des médecins répondants portaient de l'intérêt pour l'exercice en tiers-lieu de santé dont 45% se disaient plutôt intéressées et 40% très intéressées. Parmi les hommes, 69% portaient de l'intérêt pour l'exercice en tiers-lieu de santé dont 41% se disaient plutôt intéressés, 28% très intéressés. 14% des hommes se déclarent pas du tout intéressés, contre seulement 3,5% des femmes.

L'échantillon est cependant déséquilibré avec 79% de femmes ne reflétant pas la population réelle, 65% des médecins généralistes de moins de 40 ans étant des femmes. Concernant les médecins se genrant autrement, l'échantillon est trop faible (n=2) pour l'inclure dans cette analyse bivariée.

### 7.1.2 Age

Nous avons fusionné les tranches d'âge « 40-50 ans » et « plus de 50 ans » afin d'équilibrer la taille de nos groupes. Pour la comparaison bivariée, nous avons également regroupé les niveaux d'intérêt en deux catégories — « intéressé » et « non intéressé » — de manière à garantir des effectifs supérieurs à 5 dans chaque groupe et à pouvoir appliquer le test du chi<sup>2</sup> (*Tableau 11*).

**On observe une différence significative en fonction de l'âge. Les plus jeunes médecins (<30 ans) semblent plus intéressés par l'exercice en tiers-lieu de santé que leurs confrères plus âgés.**

Parmi les moins de 30 ans, 93% des médecins répondants portaient de l'intérêt pour l'exercice en tiers-lieu de santé dont 47% se disent plutôt intéressés, 46% très intéressés. 1% se déclarent pas du tout intéressés.

Parmi les 30-40 ans, 80% des médecins répondants portaient de l'intérêt pour l'exercice en tiers-lieu de santé, 39% se disent plutôt intéressés, 41% très intéressés. 4% se déclarent pas du tout intéressés.

Parmi les plus de 40 ans, 64% des médecins répondants portaient de l'intérêt pour l'exercice en tiers-lieu de santé, 45% se disent plutôt intéressés et 19% très intéressés. 16% se déclarent pas du tout intéressés.

### 7.1.3 Stade professionnel

Il existe une différence significative pour l'intérêt d'exercice en tiers-lieu de santé en fonction du stade professionnel. Les médecins déjà installés semblent être moins intéressés que les internes ou les médecins remplaçant. En revanche il n'existe pas de différence significative entre les internes et les médecins remplaçants thésés ou non thésés.

Parmi les internes de médecine générale, 95% portaient de l'intérêt pour l'exercice en tiers-lieu de santé dont 49% sont plutôt intéressés, 46% très intéressés. 2% n'étaient pas du tout intéressés.

Parmi les médecins généralistes remplaçants non thésés, 92 % portaient de l'intérêt pour l'exercice en tiers-lieu de santé, 49% plutôt intéressés, 43% très intéressés.

Parmi les médecins généralistes remplaçants thésés, 90 % portaient de l'intérêt pour l'exercice en tiers-lieu de santé, 40% plutôt intéressés, 50% très intéressés. 3% n'étaient pas du tout intéressés.

Parmi les médecins généralistes installés, 64% portaient de l'intérêt pour l'exercice en tiers-lieu de santé, 41% plutôt intéressés, 23% très intéressés. 13% n'étaient pas du tout intéressés.

### 7.1.4 Type et lieu d'exercice

	Non intéressé	Intéressé	Seuil de significativité
Nombre de médecins	90 (18%)	411 (82%)	
<b>Lieu d'exercice</b>			<b>P=0.006</b>
Plutôt rural (308) : rural et semi-rural	51 (17%)	257 (83%)	
Urbain exclusif (131)	34 (26%)	97 (74%)	
Mixte (62) : rural, ou semi-rural et urbain	5 (8%)	57 (92%)	
<b>Type d'exercice</b>			<b>P=0.0003</b>
Libéral seul exclusif (25)	8 (32%)	17 (68%)	
Liberal groupe (314)	67 (21%)	247 (79%)	
Salarié/Hospitalier (60)	9 (15%)	51 (85%)	
Mixte : Libéral/salarié (74)	6 (6%)	96 (94%)	

**Tableau 12** : Répartition en 2 catégories de l'intérêt des médecins généraliste pour l'exercice en tiers-lieu de santé en fonction du lieu et du type d'exercice

### 7.1.4.1 Lieu d'exercice

Après avoir interrogé les médecins sur leur **lieu d'exercice** ou leur souhait futur d'exercice pour les médecins non installés ou internes nous avons pu définir 3 catégories :

- Plutôt rural : rural ou semi-rural
- Urbain exclusif
- Mixte rural ou semi-rural et urbain

Pour la comparaison bivariée, nous avons également regroupé les niveaux d'intérêt en deux catégories - « intéressé » et « non intéressé » - de manière à garantir des effectifs supérieurs à 5 dans chaque groupe et à pouvoir appliquer le test du chi<sup>2</sup> (*Tableau 12*).

**On observe une différence significative en fonction du lieu d'exercice. Les médecins exerçants plutôt en rural ou en zone mixte (rural, semi-rural associé à urbain) semblent plus intéressés que les médecins exerçant en zone urbaine exclusive.**

Parmi les médecins exerçant ou souhait exerçant plutôt en **milieu rural**, 84% portaient de l'intérêt pour l'exercice en tiers-lieu de santé dont 43% se disent plutôt intéressés, 41% très intéressés. 5% se déclarent pas du tout intéressés.

Parmi les médecins exerçants ou souhaitant exercer en **milieu urbain**, 74% des médecins interrogés portaient de l'intérêt pour l'exercice en tiers-lieu de santé, 44% se disent plutôt intéressés, 30% très intéressés. 9% se déclarent pas du tout intéressés.

Ceux ayant un **exercice mixte** associant rural ou semi-rural et urbain, 92% des médecins interrogés portaient de l'intérêt pour l'exercice en tiers-lieu de santé, 50% se disent plutôt intéressés et 42 % très intéressés. 3% se déclarent pas du tout intéressés

### 7.1.4.2 Type d'exercice

Après avoir interrogé les médecins sur leur **type d'exercice** ou leur souhait futur d'exercice pour les médecins non installés ou internes nous avons pu définir plusieurs catégories.

Les types d'exercices proposés étaient : libéral seul, libéral cabinet de groupe, libéral cabinet groupe pluridisciplinaire ou maison de santé pluridisciplinaire, salariat, exercice hospitalier.

- Libéral seul
- Libéral en groupe (libéral cabinet de groupe, libéral cabinet groupe pluridisciplinaire ou maison de santé pluridisciplinaire)
- Salarié/hospitalier
- Mixte : libéral et salarié.

On observe une différence significative des médecins ayant un exercice libéral seul (68%) par rapport aux médecins ayant une activité mixte (94%). Il n'est pas observé de différence significative entre les autres catégories.

## 7.2 Implication associative, connaissance des tiers-lieux

	Non intéressé	Intéressé	Seuil de significativité
Nombre de médecins	90 (18%)	411 (82%)	
Implication dans l'associatif			P<0,05
Oui (312)	47 (15%)	265 (85%)	
Non (189)	43 (23%)	146 (77%)	
Connaissance des tiers-lieux			P<0,05
Non (319)	68 (21%)	251 (79%)	
Oui, mais jamais fréquenté (101)	15 (15%)	86 (85%)	
Oui et déjà fréquenté (81)	7 (9%)	74 (91%)	
Connaissance de la possibilité d'exercer en tiers-lieu			p= 0,4829
Oui (82)	12 (15%)	70 (85%)	
Non (419)	78 (19%)	341 (81%)	

**Tableau 13** : répartition de l'intérêt des médecins généraliste pour l'exercice en tiers-lieu de santé en fonction de l'implication antérieure dans l'associatif et de la connaissance du concept de tiers-lieux.

### 7.2.1 Implication antérieure dans l'associatif

On observe une différence significative concernant l'intérêt à exercer en tiers-lieux de santé entre les personnes ayant déjà une expérience associative et celles qui n'en ont jamais eu. Les médecins avec un passé associatif expriment plus de motivation pour l'exercice en tiers-lieu de santé.

En revanche, cette différence n'est pas significative lorsque l'on compare les individus ayant participé à des associations médicales avec ceux qui n'en ont jamais fait, en ce qui concerne leur intérêt à exercer en tiers-lieux de santé.

### 7.2.2 Connaissance préalable du concept de tiers-lieu

Les médecins qui ne connaissaient pas préalablement le concept de tiers-lieu ou ceux qui n'en avaient jamais fréquentés semblent plus réticents à l'exercice en tiers-lieu de santé que ceux qui en ont déjà fréquenté.

La connaissance préalable du concept de tiers-lieux semble impacter positivement l'intérêt pour l'exercice en tiers-lieu de santé.

Parmi les médecins qui ne connaissaient pas le concept de tiers-lieu avant la présentation vidéo, 79% portaient de l'intérêt pour l'exercice en tiers-lieu de santé dont 47 % sont plutôt intéressés, 32% très intéressés. 7% n'étaient pas du tout intéressés.

Parmi les médecins qui connaissaient le concept de tiers-lieu avant la présentation vidéo mais n'en avaient jamais fréquentés, 86% portaient de l'intérêt pour l'exercice en tiers-lieu de santé dont 47% étaient plutôt intéressés, 39 % très intéressés. 5% n'étaient pas du tout intéressés. Parmi les médecins qui connaissaient le concept de tiers-lieu avant la présentation vidéo et en avaient déjà fréquentés, 91% portaient de l'intérêt pour l'exercice en tiers-lieu de santé dont 30% sont plutôt intéressés, 62% très intéressés. 2% n'étaient pas du tout intéressés.

### 7.2.3 Connaissance préalable sur la possibilité d'exercice en tiers-lieu de santé

La connaissance préalable sur la possibilité d'exercice en tiers-lieu de santé est indépendante de l'intérêt pour l'exercice en tiers-lieu de santé ( $p > 0.05$ ).

Parmi les médecins qui n'avaient pas la connaissance de la possibilité d'exercer en tiers-lieu de santé, 81% portaient de l'intérêt pour l'exercice en tiers-lieu de santé dont 45% étaient plutôt intéressés, 36% très intéressés. 5% n'étaient pas du tout intéressés.

Parmi les médecins qui avaient la connaissance de la possibilité d'exercer en tiers-lieu de santé, 85% portaient de l'intérêt pour l'exercice en tiers-lieu de santé dont 37% sont plutôt intéressés, 49% très intéressés. 7% n'étaient pas du tout intéressés.

## 8. Domaines d'intérêts

Dans le but de mieux comprendre les raisons pour lesquelles les médecins généralistes peuvent être intéressés - ou non - par l'exercice en tiers-lieu de santé, nous les avons interrogés sur 12 caractéristiques spécifiques, en prenant pour exemple le tiers-lieu « La Générale ». Chaque médecin a évalué son degré d'intérêt pour chacun de ces aspects à l'aide d'une échelle de Likert en 5 points :

- Pas du tout, au contraire, c'est un frein
- Plutôt non
- Neutre
- Plutôt oui
- Tout à fait, cela me motiverait

Quel que soit l'item considéré, **un score moyen significativement plus élevé est observé chez les participants se déclarant intéressés par le travail en tiers-lieu de santé.**

Ce résultat repose sur une échelle de Likert à cinq points, allant de 1 ('pas du tout, c'est un frein') à 5 ('fortement, cela me motiverait'), attribuée à chaque modalité. L'analyse comparative des scores moyens entre les groupes met en évidence une association statistiquement significative entre un niveau d'adhésion plus élevé aux différentes modalités et l'intérêt exprimé pour l'exercice professionnel en tiers-lieu de santé (*Tableau en annexe 5*).

Grâce au calcul des scores moyens pour chaque item, nous avons pu classer les déterminants par ordre d'intérêt (*Tableau 14*).

Les domaines d'intérêt se démarquant le plus positivement sont :

- **Travailler dans un lieu collaboratif entre confrères** : 95% d'intérêt positif
- **Avoir un rôle de médecin traitant axé sur une vision "globale" de la santé du patient** : 94% d'intérêt positif
- **L'ouverture à d'autres déterminants de la santé (culture, sport, art créatifs)** : 92% d'intérêt positif

Ceux qui se révèle être des facteurs moins motivant voir un frein à l'exercice en tiers-lieu de santé sont plutôt :

- **La création du tiers-lieu (démarches administratives, recherche d'un local, investissements)** : 56% d'intérêt négatif
- **Travailler dans un cadre expérimental (structure à ajuster au cours de son évolution, absence de recul important sur le concept)** : 28%
- **S'impliquer dans l'associatif (induisant un temps de travail bénévole)** : 27% d'intérêt négatif

<b>Quels sont les aspects qui susciteraient votre intérêt pour exercer en tiers-lieu de santé ?</b>	Pas du tout, au contraire, c'est un frein	Plutôt non	Neutre	Plutôt oui	Fortement, ça me motiverait	Moyenne
Avoir un rôle de médecin traitant axé sur une vision "globale" de la santé du patient	2 (<1%)	2 (<1%)	24 (5%)	146 (29%)	327 (65%)	<u>4.584</u>
Travailler dans un lieu collaboratif entre confrères	1 (<1%)	6 (1%)	21 (4%)	155 (31%)	318 (64%)	<u>4.562</u>
L'ouverture à d'autres déterminants de la santé (culture, sport, art créatifs)	6 (1%)	14 (3%)	18 (4%)	156 (31%)	307 (61%)	<u>4.485</u>
Pouvoir organiser des événements collectifs de prévention	2 (<1%)	14 (3%)	32 (6%)	183 (37%)	270 (54%)	<u>4.407</u>
Travailler dans un lieu collaboratif avec des professionnels non médicaux	6 (1%)	15 (3%)	47 (9%)	194 (39%)	239 (48%)	<u>4.287</u>
Organiser de la formation continue, exercer dans un lieu de formation continue	2 (<1%)	20 (4%)	54 (11%)	245 (49%)	180 (36%)	<u>4.159</u>
Travailler au sein d'un espace de vie à vocation sociale	14 (3%)	21 (4%)	70 (14%)	184 (37%)	212 (42%)	<u>4.115</u>
Pratiquer hors du modèle traditionnel d'installation	10 (2%)	42 (8%)	81 (16%)	183 (37%)	185 (37%)	<u>3.980</u>
Développer des compétences créatives (organisation d'évènements, communication)	17 (3%)	56 (11%)	97 (20%)	195 (39%)	136 (27%)	<u>3.752</u>
S'impliquer dans l'associatif (induisant un temps de travail bénévole)	40 (8%)	95 (19%)	123 (25%)	185 (37%)	58 (11%)	<u>3.251</u>
Travailler dans un cadre expérimental (structure à ajuster au cours de son évolution, absence de recul important sur le concept)	38 (8%)	99 (20%)	156 (31%)	155 (31%)	53 (10%)	<u>3.171</u>
La création du tiers-lieu (démarches administratives, recherche d'un local, investissements)	144 (29%)	134 (27%)	119 (24%)	74 (15%)	30 (6%)	<u>2.425</u>

**Tableau 14 : Domaines d'intérêt pour l'exercice en tiers-lieu de santé.**

## Quels sont les aspects qui susciteraient votre intérêt pour exercer en tiers-lieu de santé ?

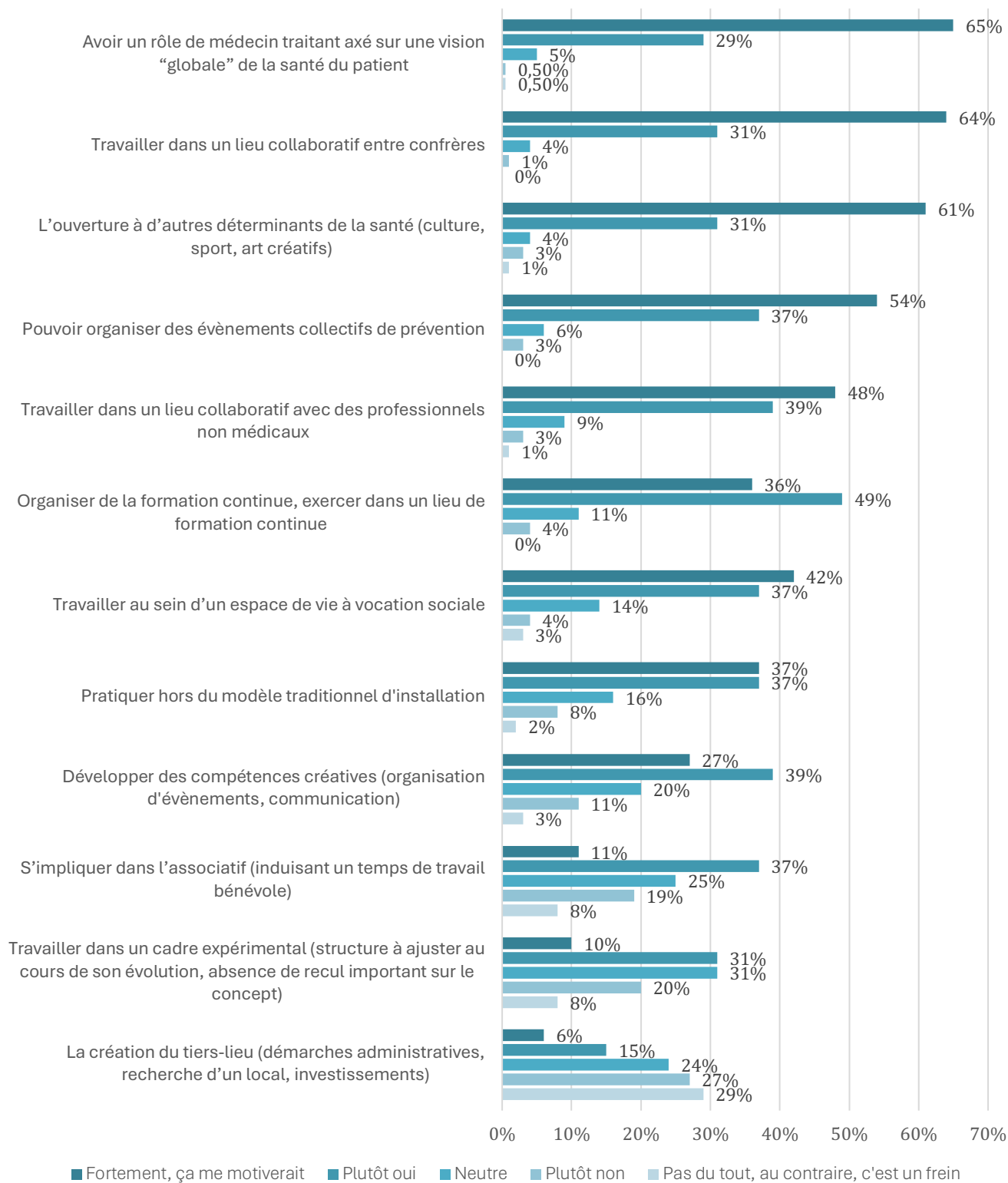


Figure 13 : Domaines d'intérêt pour l'exercice en tiers-lieu de santé

## 9. Commentaires libres

Bien qu'ils n'aient pas fait objet d'une analyse qualitative stricte, les commentaires libres recueillis en fin de questionnaire permettent de nous éclairer sur des freins non mis en proposition dans notre questionnaire (*Annexe 6*).

Outres de nombreux commentaire positifs, on peut détacher plusieurs idées récurrentes :

- Inquiétude face à la **modification de la relation médecin patient** :

« Médecin-copain plutôt que médecin, est-ce bon pour la relation de soin ? »

« J'imagine que le lien - la relation entre nous médecins et nos patients devient différent car ils nous voient aussi en tant que personnes lors de ces ateliers/cours, sans notre "rôle de médecin" ?! »

« Mes craintes concernant ce que je découvre d'un exemple de tiers-lieu dans votre vidéo : la facilitation de consultations 'sauvages', d'être interpellé pour une question médicale en dehors du contexte d'une consultation avec tout son double-tranchant. Dans un contexte actuel de décrédibilisation du rôle du médecin (par les patients mais aussi par le discours politique ambiant) je crains également que le fait de mélanger consultations médicales au sein d'activités de loisirs ajout du flou, banalise (au sens dénigre) encore + notre compétence »

« Ma seule inquiétude serait de ne plus réussir à mettre la distance nécessaire entre le patient et moi (que les patients abordent leurs problématiques de santé avec moi en dehors du cadre médical). Mais sinon Oui, Oui pour plus de vie, de joie, de réseau, de sens. »

- Inquiétude vis-à-vis de **l'implication temps personnel** :

« Je trouve cela très intéressant par contre je suis persuadée de manquer de temps, d'énergie et d'argent pour pouvoir me consacrer à une activité supplémentaire en tant que bénévole pour créer un lieu comme celui-ci »

« Exerçant dans un désert médical, je ne vois pas comment je pourrais dégager du temps et de l'énergie pour un tel projet ! »

« Curiosité vis à vis du mode d'exercice innovant mais bien trop contraignant à mon sens compte tenu de l'engagement que ce genre de projet représente, à la phase initiale et au quotidien, vis à vis du rythme de travail en médecine générale où il est déjà difficile de conserver un équilibre sanitaire avec sa vie pro (je ne parle même pas de vie personnelle à ce stade) »

- Inquiétude vis-à-vis de **l'implication de professionnels non médicaux** :

« Je serai peut-être un peu effrayé par des ateliers non réalisés par des professionnels de santé qui pourraient donner des informations non validées par les données de la science, qui je pense ne doivent pas avoir leur place dans un lieu avec une part médical. »

« je serais attentif au potentiel important de parasitage par des fake-médecines de ce genre de démarche. »

« j'ai un doute sur le fait que ce type de structure attire des "fakemed" et desserve finalement la réputation des médecins qui y travaillent voire créer des conflits de prise en charge ou bien alimente les croyances envers certaines pratiques »

- Inquiétude sur les **modalités économiques et de gestion de la structure** :

« Le modèle économique m'intrigue aussi. Il semble y avoir besoin de beaucoup de temps complémentaire à allouer à l'organisation et le caractère exclusivement bénévole me semble difficile à envisager sur le long terme dans un système libéral. Dans une logique de santé publique, est-ce que ce dispositif pourrait bénéficier de subventions ? Est-ce que des assistants médico-sociaux pourraient être employés pour libérer du temps médical ? Enfin, il me semblait que le Conseil de l'Ordre limitait les professions avec lesquelles s'installer, il serait intéressant de détailler les modalités pratiques de la création de l'association. »

« Mes freins principaux : pas la formation adéquate en termes de commerce / événementiel pour gérer une telle structure. Il semble indispensable de travailler avec une personne dont c'est le métier pour gérer cette partie. »

# DISCUSSION

## 1. L'exercice en tiers-lieu : une découverte grâce à un support innovant

La diffusion de la vidéo a rencontré un véritable succès, comme en témoigne le nombre de réponses recueillies. Les 501 réponses obtenues soulignent non seulement l'intérêt suscité par le sujet, mais confère également une puissance statistique solide à l'étude. Au-delà de cette réussite quantitative, la vidéo a joué un rôle clé dans la transmission d'une information nouvelle à de nombreux médecins : l'existence de l'exercice en tiers-lieu de santé. Pour une grande partie des répondants, cette possibilité était méconnue. Ce format de diffusion a donc permis d'ouvrir des perspectives inédites et de susciter une réflexion sur d'autres façons de s'installer, potentiellement plus attractives pour les praticiens jusque-là hésitants face aux modes d'exercice "classiques" (cabinet de consultation uniquement dédié à cette fonction).

## 2. Biais - Limite de l'étude

### 2.1 Biais de sélection

L'étude présente un biais principal lié à son mode de recueil des données. Le recrutement des participants s'est fait sur la base du volontariat, via les réseaux sociaux ou par courrier électronique, après le visionnage de la vidéo. Ce procédé induit un biais de sélection, dans la mesure où les médecins ayant accepté de répondre sont probablement ceux qui se sentaient déjà concernés ou intéressés par le sujet présenté. On peut se questionner également sur l'engouement que peut apporter le format vidéo.

### 2.2 Représentativité de l'échantillon

Par ailleurs, la représentativité de l'échantillon est limitée. Celui-ci n'est pas équilibré en termes de genre ni d'âge par rapport à la population médicale globale. En particulier, les répondants sont majoritairement plus jeunes que la moyenne des médecins en exercice. Toutefois, cette limite ne constitue pas un frein majeur à l'analyse, dans la mesure où l'objectif de l'étude est d'explorer de nouvelles formes d'installation susceptibles d'intéresser en priorité les jeunes professionnels. Ainsi, ce biais d'âge peut également être vu comme un reflet pertinent de la population cible visée par ce type d'alternative.

## 2.3 Biais de généralisation à partir d'un exemple unique

Une autre limite de l'étude réside dans le fait que le tiers-lieu de santé a été illustré à travers un seul exemple. La structure présentée - La Générale - a servi de support principal à la vidéo, alors même que le concept de tiers-lieu de santé est par nature pluriel et peut prendre des formes très diverses selon les contextes et les territoires. Cette approche induit un biais de représentativité, dans la mesure où un seul exemple est utilisé pour illustrer un modèle qui, en réalité, varie considérablement d'un lieu à l'autre. Il s'agit ici d'une vision particulière, comme le souligne d'ailleurs le Dr Garrain dans la vidéo de présentation : « *C'est notre vision du tiers-lieu de santé* ». Cette singularité peut limiter la portée de la généralisation des résultats, bien qu'elle permette d'ancrer le propos dans une réalité concrète et facilement compréhensible pour les répondants

## 2.4 Disparité géographique

Même si au moins 80 départements ont été interrogés, le nombre de réponses varie de 1 à 48. Cette disparité géographique pourrait s'expliquer par un engouement lié à la connaissance du lieu (64) ou par le réseau des réalisateurs de l'étude, suscitant ainsi un engouement secondaire. Elle peut s'inscrire dans le biais de sélection.

# 3. Forces de l'étude

## 3.1. Taille de l'échantillon

501 médecins ont pu être interrogés lors de cette étude, cet échantillon de grande taille donne une **bonne puissance à l'étude**. L'étude a pu interroger un large panel de médecins, tant des médecins généralistes en formation (interne) que des médecins installés ou en remplacement.

## 3.2. Couverture géographique

L'étude couvre une grande zone géographique française, 80% des départements français ont obtenu au moins 1 réponse. Cette bonne couverture géographique prouve que l'engouement n'est pas que local mais bien généralisé sur le territoire.

## 4. Un fort intérêt pour les tiers-lieux de santé chez les médecins interrogés

Le résultat principal de notre étude montre que **82 % des médecins interrogés se déclarent intéressés par un exercice en tiers-lieu de santé.**

Ce fort taux d'intérêt peut s'interpréter comme un indicateur prometteur pour le développement de ces structures, notamment dans un contexte de crise de la démographie médicale et de désaffection pour l'installation libérale classique. Il témoigne également d'un besoin de repenser les environnements de travail, en accord avec les aspirations contemporaines des professionnels de santé.

Toutefois, il convient de nuancer cette tendance : l'intérêt exprimé ne signifie pas nécessairement un passage à l'acte. Il reflète une disposition favorable, mais qui pourrait être conditionnée par plusieurs facteurs concrets — accès au dispositif, conditions matérielles, financement, reconnaissance institutionnelle, ou encore cadre juridique. Néanmoins, ce résultat constitue un signal fort, et plaide en faveur de l'exploration plus large et du soutien au développement de ces espaces innovants.

## 5. Résultats critère intermédiaire

### 5.1. Un terreau favorable à l'essaimage du modèle

Avant le visionnage de la vidéo, 64 % des médecins interrogés ne connaissaient pas le concept de tiers-lieu, que ce soit dans le domaine de la santé ou dans d'autres secteurs. Parmi les répondants, 20 % en avaient entendu parler sans jamais en avoir fréquenté, et seulement 16 % déclaraient en avoir déjà fréquenté. Plus significatif encore, seuls 16 % savaient qu'il était possible d'y exercer en tant que médecin.

Ces données révèlent un décalage frappant entre la méconnaissance du concept et l'intérêt qu'il a pu susciter après présentation. Ce constat peut être rapproché d'un modèle de marché émergent, dans lequel l'offre - ici, une nouvelle forme d'exercice professionnel - reste largement méconnue, mais résonne fortement avec une demande latente. Cette situation constitue un levier stratégique important : en informant et en sensibilisant les professionnels, on ouvre un champ de possibilités concret, porteur de sens pour une génération de médecins en quête de sens, de souplesse et de nouvelles dynamiques collectives.

Il apparaît que les médecins qui ne connaissaient pas le concept de tiers-lieu ou qui n'en avaient jamais fréquenté sont plus réticents à exercer en tiers-lieu de santé, comparativement à ceux qui en ont déjà eu une expérience. Ainsi, la familiarité préalable avec ce type de dispositif semble favoriser l'intérêt pour ce mode d'exercice. Il est donc essentiel de mieux informer les professionnels de santé sur le concept de tiers-lieu.

Des idées préconçues ou une incompréhension sur le concept de tiers-lieu pourraient entraîner une réticence non justifiée par rapport au lieu.

L'expérience concrète - même en dehors du cadre d'une vidéo - permet de mieux appréhender ce qu'est un tiers-lieu, un concept parfois perçu comme abstrait ou difficile à comprendre.

## 6. Analyse bivariée

### 6.1. Variation de l'intérêt selon le genre

Les résultats de cette étude mettent en évidence une différence significative selon le genre, les femmes déclarant un intérêt plus marqué pour l'exercice de la médecine générale en tiers-lieu de santé que les hommes. Cette tendance pourrait refléter des sensibilités ou attentes professionnelles différentes, sans pour autant pouvoir être généralisées à l'ensemble des médecins selon leur genre.

Il est possible que certains aspects des tiers-lieux, comme la collaboration interprofessionnelle, ou l'innovation dans les modes d'organisation, rencontrent davantage d'écho auprès des femmes participantes. Toutefois, ces résultats doivent être interprétés avec prudence : ils peuvent également être influencés par des biais de participation ou des effets générationnels, notamment dans un contexte de féminisation progressive de la profession médicale.

Ce constat invite surtout à approfondir la compréhension des facteurs qui motivent ou freinent l'adhésion des médecins, tous genres confondus, à ces nouvelles formes d'exercice. Il souligne également l'importance de concevoir des environnements professionnels inclusifs, capables de répondre à la diversité des parcours, des attentes et des aspirations.

### 6.2. Les jeunes médecins, moteurs d'innovation dans les modes d'exercices

L'analyse met en évidence une différence significative selon l'âge des répondants : les médecins de moins de 30 ans se montrent plus intéressés par l'exercice en tiers-lieu de santé que leurs confrères plus âgés. Ces résultats concordent avec le stade professionnel, les médecins internes expriment plus d'intérêt que les médecins installés.

Ce constat peut être interprété à la lumière de plusieurs éléments. D'une part, on peut penser que les jeunes médecins sont souvent plus ouverts à des formes d'exercice innovantes, en quête de sens, de transversalité et de collaboration interprofessionnelle, caractéristiques des tiers-lieux de santé.

D'autre part, cette appétence pourrait s'aligner avec la recherche de conditions d'exercice différentes, plus flexibles, favorisant un meilleur équilibre entre vie professionnelle et personnelle. Les tiers-lieux offrent souvent un cadre moins conventionnel, perçu comme plus attractif par une génération en quête de renouveau dans l'organisation du soin. À l'inverse, les médecins plus expérimentés sont, pour la plupart, déjà installés. Ils peuvent être plus

attachés à des modes d'exercice traditionnels ou moins enclins à changer leurs habitudes de travail.

Enfin, cette différence générationnelle pose la question de l'évolution des pratiques et des attentes professionnelles en médecine générale. Elle suggère que les tiers-lieux de santé ont un potentiel important pour séduire les nouvelles générations de médecins, et qu'ils pourraient être une piste réponse aux problématiques d'attractivité et de démographie médicale.

### 6.3. Zones rurales et exercice mixte : des profils plus ouverts aux tiers-lieux

Les résultats mettent en évidence une différence significative selon le lieu d'exercice. Les médecins exerçant en zone rurale ou en zone mixte (associant rural, semi-rural et urbain) se montrent plus intéressés par les tiers-lieux de santé que ceux exerçant exclusivement en milieu urbain. Cette tendance pourrait s'expliquer par le besoin accru, en zones rurales, de lieux favorisant la solidarité, le lien social et l'interdisciplinarité. Les tiers-lieux y sont peut-être perçus comme des leviers pour compenser l'isolement professionnel et social, ou pour répondre à des problématiques locales de coordination des soins. Il est néanmoins important de souligner que l'intérêt exprimé par les médecins urbains reste élevé (74 %), ce qui témoigne d'un attrait global pour ce modèle, au-delà des spécificités territoriales.

Concernant le mode d'exercice, une différence significative est observée entre les médecins exerçant en libéral seul et ceux ayant une activité mixte (par exemple entre libéral et salarié, ou entre médecine et autres activités). Les praticiens en libéral seul semblent moins enclins à envisager l'exercice en tiers-lieu de santé. Ce résultat pourrait refléter une moindre appétence pour les pratiques décroisées ou collectives, ou encore une plus grande stabilité dans leur organisation professionnelle actuelle.

Cependant, cette interprétation est à nuancer. Par la construction du questionnaire, une part des répondants exerçant en activité mixte pourrait être composée d'internes exprimant un souhait d'exercice futur, ce qui pourrait biaiser les résultats en augmentant artificiellement cette catégorie. Par ailleurs, l'absence de différence significative entre les autres modes d'exercice (libéral en groupe, salariat, etc.) suggère que l'intérêt pour les tiers-lieux ne dépend pas uniquement du cadre professionnel actuel, mais probablement aussi des représentations individuelles des médecins.

#### 6.4. Appétence pour les tiers-lieux : le rôle déterminant du parcours associatif

L'analyse montre une différence significative entre les médecins ayant déjà eu une expérience associative (quelle qu'en soit la nature) et ceux n'en ayant jamais eu, en ce qui concerne leur intérêt pour l'exercice en tiers-lieu de santé. Ce résultat suggère que l'engagement associatif, souvent porteur de valeurs de solidarité, de participation collective et de lien social, pourrait prédisposer à une plus grande appétence pour des modèles d'exercice collaboratifs et ouverts sur la communauté, tels que les tiers-lieux de santé.

Cependant, lorsqu'on s'intéresse spécifiquement à l'implication dans des associations à visée médicale, aucune différence significative n'est retrouvée. Cela peut traduire le fait que ce n'est pas tant le domaine de l'engagement qui compte, mais plutôt l'expérience de participation à une dynamique collective. Le tiers-lieu, en tant qu'espace décloisonné et interprofessionnel, partage des caractéristiques proches de certaines structures associatives : gouvernance partagée, actions territoriales, projets communs. Dès lors, une familiarité avec ces modes de fonctionnement peut favoriser une meilleure adhésion au modèle.

Ces résultats soulignent l'intérêt de favoriser, dès les études de médecine, des espaces et des occasions d'engagement collectif, qu'ils soient médicaux ou non. De telles expériences peuvent constituer des leviers puissants pour sensibiliser les futurs médecins à des formes d'exercice plus collaboratives, ouvertes sur leur territoire et orientées vers l'action communautaire.

La formation médicale traditionnelle repose souvent sur des logiques individuelles et compétitives, parfois en décalage avec les valeurs portées par le travail associatif, comme la solidarité, la coopération ou l'engagement citoyen. Ce contraste peut refléter un conflit de valeurs ressenti par certains soignants au cours de leur parcours, un conflit qui, dans d'autres domaines également, a contribué à l'émergence des tiers-lieux comme espaces alternatifs de travail, plus horizontaux, participatifs et ancrés localement.

## 7. Entre représentation et réalité : que recherchent vraiment les médecins dans un tiers-lieu ?

On observe que plus les médecins se montraient intéressés par le tiers-lieu de santé, plus ils manifestaient un intérêt pour les différents aspects proposés dans le questionnaire pour le caractériser. Cela suggère que les dimensions évoquées du tiers-lieu sont en cohérence avec la compréhension que les médecins ont du concept tiers-lieu.

Le déterminant qui s'est avéré le plus vecteur de motivation est le **travail collaboratif entre confrères**. Certes il est un marqueur indéniable du tiers-lieu, avec une volonté de travail collaboratif mais il est aussi retrouvé dans des structures médicales et bien implantée dans l'offre de soin et ne constitue pas une innovation en tant que tel.

Le deuxième facteur de motivation réside dans la volonté d'exercer le **rôle de médecin traitant selon une approche "globale" de la santé du patient**. Dans un tiers-lieu de santé, cette approche se traduit par la possibilité d'offrir, en dehors des consultations, des réponses aux besoins psychologiques et sociaux des patients. Cela peut passer par l'organisation de conférences, la mobilisation d'autres acteurs de santé, ou encore l'implication d'associations de patients au sein du lieu.

Cette recherche d'une prise en charge globale ne signifie pas nécessairement que les consultations y sont fondamentalement différentes ou que cette approche ne peut être mise en œuvre dans d'autres types d'installations. Toutefois, le tiers-lieu peut offrir des outils et un cadre facilitant cette vision élargie de la santé.

Le troisième vecteur de motivation mis en évidence est **l'ouverture à d'autres déterminants de la santé, tels que la culture, le sport ou les pratiques artistiques**. Il est suivi de près par **l'intérêt pour l'organisation d'événements collectifs de prévention**. Cela traduit une volonté de proposer des approches alternatives à la consultation individuelle classique, en abordant la santé et le bien-être de manière plus large. Les médecins expriment ainsi le désir d'agir sur d'autres dimensions de la santé, et de privilégier des actions collectives plutôt que des conseils individualisés en consultation.

La septième position attribuée au facteur « Travailler au sein d'un espace de vie à vocation sociale » a retenu notre attention. En effet, la dimension sociale est au cœur même de la définition d'un tiers-lieu : ce sont des espaces ouverts, conviviaux, favorisant les interactions, en dehors des cadres sociaux traditionnels. L'objectif est notamment de lutter contre l'isolement social. Pourtant, cette vocation ne semble pas transparaître de manière marquée dans les réponses des médecins. Cela interroge : les médecins sont-ils véritablement disposés à s'engager dans une dynamique de tiers-lieu, pensé comme un catalyseur d'interactions sociales et reposant sur une gouvernance partagée ? Ou bien leur intérêt se limite-t-il à la dimension décloisonnée du fonctionnement ?

## 8. Les freins à l'adhésion au modèle tiers-lieu : entre contraintes pratiques et inquiétudes professionnelles

Parmi les éléments les moins motivants, qui peuvent être perçus comme de véritables freins, figurent principalement ceux liés à une charge de travail ou administrative supplémentaire. Les facteurs les moins incitatifs à l'exercice en tiers-lieu de santé sont notamment :

- La création du tiers-lieu (démarches administratives, recherche de local, investissements) : suscite un désintérêt pour 56 % des répondants ;
- Le caractère expérimental du cadre de travail (structure encore en cours d'ajustement, manque de recul sur le modèle) : 28 % d'opinions négatives ;
- L'implication associative (temps de travail bénévole requis) : 27 % de réponses défavorables.

Ces réticences semblent davantage liées à une appréhension face à la surcharge de travail qu'à un rejet du concept en lui-même. Le manque de recul et la nouveauté du modèle ajoutent à cette incertitude.

La création du tiers-lieu constitue le principal frein identifié, ce qui met en évidence la nécessité d'un accompagnement et d'aides afin simplifier les démarches administratives associées.

A la sortie de leur décennie d'étude, en fonction des facultés seulement quelques heures sont allouées aux médecins pour apprendre la gestion administrative d'un cabinet. Il apparaît essentiel de renforcer la formation des futurs médecins généralistes, notamment sur les aspects liés à l'installation et à la gestion de projets de structure de soin qu'ils soient classiques ou non, afin de mieux les préparer à s'investir dans les lieux où ils exercent.

Les commentaires libres nous permettent également de réfléchir sur les autres freins à l'exercice en tiers-lieux de santé, notamment sur les craintes rapportées par les médecins généralistes. La principale crainte rapportée est le temps d'implication supplémentaire aux consultations. Il serait donc nécessaire en cas d'exercice en tiers-lieu d'adapter le temps de consultation et le temps alloué à l'organisation de la vie du tiers-lieu. Ces tâches peuvent également être déléguées. A la Générale, deux salariés ont maintenant été engagées pour la gestion du planning, du café et la coordination des intervenants.

Une autre crainte évoquée concerne l'évolution de la relation médecin-patient. Le Dr Garrain, dans son interview, souligne une relation « plus linéaire », ce qui, selon lui, pourrait contribuer à réduire le stress avant la consultation. Toutefois, certains praticiens perçoivent cette évolution de manière ambivalente, redoutant une dilution des frontières entre leur rôle professionnel et leur identité personnelle. Cette inquiétude va parfois jusqu'à la crainte d'une perte de respect de la part des patients. Il me semble que cette perception est étroitement liée à la manière dont chaque médecin conçoit sa propre relation à la profession. Néanmoins, le fait que le médecin soit perçu aussi comme un être humain ne paraît pas incompatible avec le respect ; au contraire, cela pourrait même contribuer à une médecine plus humaine. D'après les professionnels à La Générale, le cadre ayant été posé dès le début avec les patients, il n'y a pas de consultation « sauvage ».

L'émergence de ce que certains qualifient de « fake médecine » est une inquiétude exprimée par plusieurs médecins dans les commentaires libres. Leur crainte est de voir se développer des pratiques dénuées de fondement scientifique. Si le tiers-lieu se veut un espace ouvert, il est néanmoins essentiel d'encadrer les intervenants qui y participent. À La Générale, par exemple, les intervenants ne peuvent intervenir qu'avec l'approbation des médecins de la structure. Chaque tiers-lieu étant unique, il revient à ses organisateurs de définir les règles de fonctionnement et les modalités de participation.

## 9. Mise en perspective par rapport aux recherches antérieures

À ce jour, il n'existe pas d'étude comparable sur ce sujet. Toutefois, l'enquête quantitative menée par le Dr Beaufume, qui s'intéresse à la perception de la réussite du projet un an après son lancement, peut servir de point de comparaison pertinent. Les résultats présentés en introduction mettent en évidence plusieurs éléments : un fort sentiment d'utilité, une dynamique créative constante, la nécessité d'ajustements concernant le temps de travail, ainsi qu'un besoin crucial de sécurisation économique du projet.

### 9.1. Un engouement affirmé

Un des objectifs communs aux créateurs du tiers-lieu était de proposer un modèle alternatif d'installation fonctionnel, dans l'optique de le diffuser et d'encourager l'installation de médecins. Dans cette continuité, notre étude vient renforcer cette ambition. D'une part, elle contribue à informer des centaines, voire des milliers de médecins, sur la possibilité d'exercer en tiers-lieu de santé. D'autre part, elle confirme que cet engouement n'est pas un phénomène isolé et que ce modèle constitue une alternative crédible à l'installation traditionnelle pour les médecins généralistes en France.

### 9.2. Un modèle à ajuster sur le plan organisationnel et financier

Un frein majeur mis en lumière par notre étude recoupe d'ailleurs l'un des obstacles déjà identifiés lors de la création du tiers-lieu : la fragilité financière du modèle. On le sait, tous les médecins n'ont pas l'âme d'entrepreneur, et rares sont ceux qui bénéficient d'une formation adaptée à la création de ce type de projet. À La Générale, les principales difficultés rencontrées ont été : le lancement simultané de trois patientèles dans une zone déjà bien pourvue, l'absence de subventions liées au caractère innovant du projet, et le besoin de fournir un travail bénévole en parallèle des consultations pour assurer la mise en place de la structure.

Au-delà du besoin d'un accompagnement technique ou humain, un soutien financier des collectivités territoriales pourrait favoriser l'émergence de ces initiatives. Les résultats de notre étude, qui démontrent la viabilité de ce modèle d'installation, peuvent constituer un argument solide pour obtenir ce type de soutien.

Avec deux années de recul, on observe que la structure a su se développer et se consolider. La création de deux emplois salariés au sein de l'association a permis de mieux répartir la charge de travail des médecins. La qualité de l'organisation et la gestion efficace du lieu sont des éléments clés pour assurer la pérennité d'un tel projet.

Selon la Coopérative Tiers-Lieux, 27 % des tiers-lieux fonctionnent grâce à une gestion et une animation assurée bénévolement. Toutefois, selon les ambitions du projet et les compétences disponibles, le collectif peut intégrer d'autres ressources humaines. La gestion

d'un tiers-lieu implique de nombreuses tâches : accueil, animation, logistique, comptabilité, communication, suivi de projets... Pour y répondre, 58 % des structures emploient des salariés en CDI et 28 % en CDD. Les fonctions occupées : facilitateurs médiateurs, fabmanager, chargés d'accueil ; varient selon la taille et l'organisation du lieu (25).

Un aspect souvent peu visible mais essentiel concerne le rôle des « facilitateurs », c'est-à-dire les personnes en charge de la gestion globale du tiers-lieu. Leur engagement est crucial, mais il comporte aussi des risques : le cumul de responsabilités, associé à un manque de moyens financiers et humains, peut conduire à un fort épuisement. Cette dimension, difficile à anticiper lors de la création du projet, doit pourtant être prise en compte dès le départ, tant le rôle de facilitateur est central au bon fonctionnement du lieu (25).

### 9.3. Un modèle parfois clivant

Les tiers-lieux de santé suscitent des réactions contrastées, allant de l'enthousiasme à un rejet total du modèle. Dans notre étude, seuls 6 % des médecins interrogés déclarent ne pas être du tout intéressés par l'exercice en tiers-lieu de santé.

La communication et la diffusion d'informations sur le projet sont donc essentielles. Un engouement général mais parfois un rejet local ; nos résultats tranchent avec le ressenti que peuvent avoir eu les médecins de la Générale sur un modèle qu'ils perçoivent comme clivant localement :

« Cependant on note également un rejet massif de la part d'autres confrères qui n'adhèrent pas au projet. Ce rejet, selon les créateurs serait lié à la peur de la nouveauté, d'une déviance ou de la concurrence. Un travail auprès des confrères du territoire, recueillant leurs avis sur ce modèle, pourrait être intéressant afin de préparer l'arrivée de ce type de modèle dans d'autre territoire et de limiter les réactions négatives. » (23)

Le travail du Dr Beaufume souligne ce caractère clivant, tel que ressenti par les professionnels de santé impliqués : « Ce projet provoque des réactions très diverses de la part des confrères ou des structures extérieures, soulignent les médecins interrogés. Le tiers-lieu « La Générale » trouve une très bonne adhésion du côté hospitalier où les retours sont très positifs et où il existe une vraie volonté de partenariat, mais également auprès de certains confrères libéraux locaux. Chez les confrères dubitatifs ou méfiants mais curieux et qui sont ouverts aux explications sur le projet et acceptent de visiter le lieu, il existe finalement une bonne adhésion. Ce point peut être révélateur d'un manque de communication et du travail qui reste à faire à ce niveau-là auprès des confrères locaux » (23).

Le concept de tiers-lieu de santé reste abstrait pour beaucoup. Une simple explication orale ou écrite peut ne pas suffire : l'expérience concrète du lieu, ou à défaut un support visuel (vidéos), est souvent nécessaire pour en saisir pleinement le sens et la portée.

## 9.4. Une dimension politique involontaire

La dimension politique d'un tiers-lieu de santé, bien que parfois non anticipée, s'impose inévitablement dans ce type de projet. Comme le relèvent certains membres de la Générale, « l'aspect politique, involontaire mais inhérent à un projet de ce type, n'avait pas été envisagé lors de la création. Cette problématique, ni attendue ni désirée, nécessite des efforts supplémentaires et non prévus, notamment auprès de structures comme la mairie, pour être accepté et intégré au paysage local. » (23)

En effet, en proposant un modèle de santé différent, plus ouvert, collaboratif et ancré dans le territoire, les tiers-lieux bousculent les logiques institutionnelles et les équilibres existants. Ils interpellent les acteurs publics, redéfinissent les rôles et les responsabilités. Ainsi, même lorsqu'elle n'est pas revendiquée, la portée politique de ces lieux est bien réelle : elle s'exprime dans leurs choix d'organisation, dans leur rapport aux institutions, et dans leur volonté de repenser le soin comme un bien commun.

La dimension politique peut aussi être évoquée par confusion avec les centres de santé communautaire. Plusieurs commentaires libres au questionnaire vont dans ce sens. Bien qu'ils partagent certains objectifs comme la prévention, la pluridisciplinarité et l'ancrage territorial. Le centre de santé communautaire est une structure de soin réglementée, avec une équipe salariée, des consultations médicales conventionnées, et une gouvernance participative impliquant les usagers (26).

À l'inverse, le tiers-lieu de santé est un espace plus souple et informel, dédié à des actions de prévention, d'éducation à la santé, de lien social ou de formation. Ces deux modèles peuvent être complémentaires, mais ils reposent sur des cadres juridiques, des financements et des finalités distinctes, qu'il est essentiel de différencier.

## 9.5. Le tiers-lieu de santé porteur de sens dans l'exercice de la médecine générale

Le point de départ de la création de La Générale repose sur une quête de sens. En imaginant un lieu global d'intérêt social, articulé autour d'activités liées à la santé physique, mentale et sociale, les médecins ont cherché à redonner du sens à leur pratique quotidienne.

Cependant, ce projet s'est heurté à plusieurs difficultés. L'une des principales limites réside dans l'absence de reconnaissance du travail effectué en dehors des consultations. Dans le modèle libéral, basé sur la tarification à l'acte, les actions collectives de prévention ou de sensibilisation à la santé ne sont ni valorisées ni rémunérées. Comme le soulignent les professionnels impliqués, « le travail créatif de prévention en santé, pourtant central dans le projet, mobilise beaucoup de temps sans pour autant bénéficier de reconnaissance institutionnelle ou de subvention. » Cette situation rend complexe la pérennisation de ces initiatives, malgré leur utilité manifeste (23).

Une évaluation de leur impact réel sur les usagers pourrait toutefois permettre de justifier une demande de soutien financier.

Malgré ces obstacles, le travail du Dr Beaufume montre qu'un an après l'ouverture, les médecins engagés dans le projet expriment un haut niveau de satisfaction. Celle-ci tient en grande partie à la qualité de leur environnement de travail : un lieu convivial, pensé pour le bien-être des professionnels autant que des usagers, où les conditions d'exercice se veulent enrichissantes et gratifiantes.

## 10. Recontextualisation dans le contexte politique actuel

La proposition de loi transpartisane portée par le député Guillaume Garot, prévue pour 2025, vise à lutter contre les déserts médicaux en encadrant l'installation des médecins généralistes et spécialistes. Dans son préambule, un point essentiel est souligné :

« L'attache territoriale et le cadre de travail (travail en équipe, exercice collectif) sont en revanche les facteurs les plus déterminants lorsqu'un médecin choisit son lieu d'installation. (...) Au-delà de ces facteurs personnels, les conditions d'exercice et le fait de ne pas être isolé professionnellement sont de plus en plus déterminants dans le choix du lieu d'exercice. »(27)

Ce passage confirme que la création de lieux d'exercice attractifs, fondés sur le travail en équipe et l'ancrage territorial, peut constituer un levier puissant pour inciter à l'installation.

Dans le cas étudié ici, l'initiative émane des médecins eux-mêmes. Cela pose la question : les collectivités ne devraient-elles pas s'en emparer, ou tout au moins, en faciliter la mise en œuvre ?

Les dispositifs d'aide existants pour les MSP (Maisons de Santé Pluriprofessionnelles) ou les CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) peuvent, sous certaines conditions, être mobilisés par les tiers-lieux de santé. Actuellement, l'équipe de la Générale travaille sur son dossier pour être reconnue en tant que MSP. Bien que ce modèle soit atypique, il partage avec ces structures des objectifs communs en matière de santé publique et une volonté de travail coordonné. Toutefois, le tiers-lieu se distingue par une plus grande liberté d'action, notamment dans le choix des thématiques abordées. Ne dépendant pas directement de financements conditionnés, il peut adapter ses actions aux besoins concrets observés sur le terrain, à travers les consultations ou les échanges avec les usagers. À l'inverse, les CPTS doivent répondre à des missions de santé publique ciblées et encadrées par des financements spécifiques, même si une certaine souplesse locale est permise dans leur mise en œuvre.

Même si l'accompagnement financier et pratique à la création du tiers-lieu est nécessaire, il est essentiel de ne pas réduire ce type de projet à une simple offre de poste ou à un service supplémentaire proposé aux médecins. Ce modèle exige une réelle implication personnelle, tant dans la conception que dans la gestion du lieu. Il s'agit d'un engagement fort, bien au-delà d'un emploi traditionnel.

Le préambule de la loi Garrot souligne que « la décision d'exercer dans une zone sous-dense peut être motivée par le lien que le médecin a développé avec ce territoire, soit parce qu'il y

a grandi, soit parce qu'il y a été formé »(27). Cela met en évidence la nécessité de délocaliser une partie de la formation médicale en dehors des CHU. Actuellement, les zones rurales sont sous-représentées dans les parcours de formation. Les étudiants en médecine, souvent mobilisés comme main-d'œuvre dans les centres hospitaliers universitaires, sont rarement formés en zone sous-dense, en milieu rural ou dans des structures ambulatoires. Une question se pose alors : les étudiants reçoivent-ils réellement une présentation complète des différents modes d'exercice possibles au cours de leur cursus ?

## 11. Vers un accompagnement structuré pour le développement des tiers-lieux de santé

Même si un engouement important pour l'exercice en tiers-lieu de santé chez les médecins généralistes a été retrouvé lors de cette étude, un des freins notables est la mise en œuvre du lieu. La création d'un tiers-lieu de santé peut être un processus long nécessitant une implication collective importante. Il est essentiel de ne pas réduire ces initiatives à une simple offre d'emploi médical dans un cadre alternatif. Un tiers-lieu de santé ne se résume pas à un espace de consultation : il repose sur un engagement fort, souvent collectif, qui suppose une implication personnelle dans la conception, la gouvernance et l'animation du lieu. C'est cette dimension participative et territoriale qui fait toute la singularité – et la complexité – de ces projets.

Les parcours associatifs semblent favoriser cet engouement : les professionnels ayant une expérience dans le secteur associatif se montrent souvent plus sensibles au travail collaboratif, à l'innovation sociale et à la co-construction. Cette observation ouvre une piste pour structurer un accompagnement spécifique à destination des porteurs de projets de tiers-lieux de santé.

Des nombreuses réactions à la suite de la publication de notre vidéo ont été rapportées exprimant la volonté de formation et d'information sur les modalités de création du tiers-lieu de santé La Générale. Un co-fondateur de La Générale se rend disponible gratuitement par visioconférence une fois par mois pour échanger sur la création du projet

Cependant, la création d'un accompagnement pratique structuré, à la fois sur les plans administratif, logistique, juridique et financier semble essentiel. De nombreux porteurs de projet expriment le besoin d'outils concrets, de retours d'expérience, voire de formations spécifiques pour les aider à structurer leur démarche. Une aide à la création – sous forme de guides, d'ateliers collaboratifs ou de parcours de formation – pourrait favoriser l'émergence de nouveaux projets viables et ancrés localement.

Des structures comme France Tiers-Lieux s'inscrivent déjà dans cette logique de transmission et de formation, en valorisant une approche par l'expérimentation : « on apprend en faisant, en collaborant, en contribuant »(28).

La coopérative tiers-lieux a créé un guide disponible en ligne en trois chapitres : comment créer un tiers-lieu rural ? (29)

Une ouverture vers ce type d'accompagnement, adapté aux spécificités du secteur de la santé, pourrait constituer une piste concrète pour de futurs travaux de recherche.

## 12. Les tiers-lieux de santé : dynamiques, défis et perspectives

Par essence, les tiers-lieux de santé sont des structures hybrides, en mouvement permanent, tendant à évoluer. Ils ne relèvent pas d'un modèle unique ou figé, mais s'inscrivent dans une logique de co-construction avec les usagers et les acteurs du territoire. Cette plasticité, qui constitue leur principal atout, les place aussi dans une position d'instabilité permanente, les obligeant à s'adapter continuellement aux réalités locales, aux ressources disponibles et aux besoins émergents (14).

Ces lieux ont pour ambition de repenser les pratiques de soin et d'accompagnement, en dépassant le cadre strictement médical. Ils visent une approche plus globale et intégrée de la santé, qui prenne en compte les déterminants sociaux, environnementaux, culturels et psychiques. Cela se traduit concrètement par des initiatives variées : consultations pluridisciplinaires, actions de prévention, ateliers de santé collectif, accompagnement social, soutien à l'autonomie, espaces d'écoute, etc.

Cependant, cette ambition se heurte à plusieurs limites. D'abord, les modèles économiques sur lesquels reposent ces structures sont souvent fragiles. Beaucoup fonctionnent grâce à des financements ponctuels (appels à projets, subventions locales ou européennes) sans garantie de pérennité. Le recours massif à l'engagement bénévole, s'il témoigne d'un fort attachement à la mission sociale du lieu, peut aussi engendrer une forme d'épuisement, voire une précarité pour les personnes qui s'y investissent fortement, sans reconnaissance ni statut clair (23).

Ensuite, comme tout espace collectif, les tiers-lieux de santé ne sont pas à l'abri de tensions internes. Derrière les principes affichés de gouvernance horizontale ou participative, on observe parfois des mécanismes implicites de pouvoir, une hiérarchisation des savoirs (entre professionnels, usagers, militants, bénévoles, etc.), ou encore des difficultés à réellement intégrer les publics les plus éloignés du soin et des droits. Ces asymétries peuvent fragiliser la dynamique du projet (14).

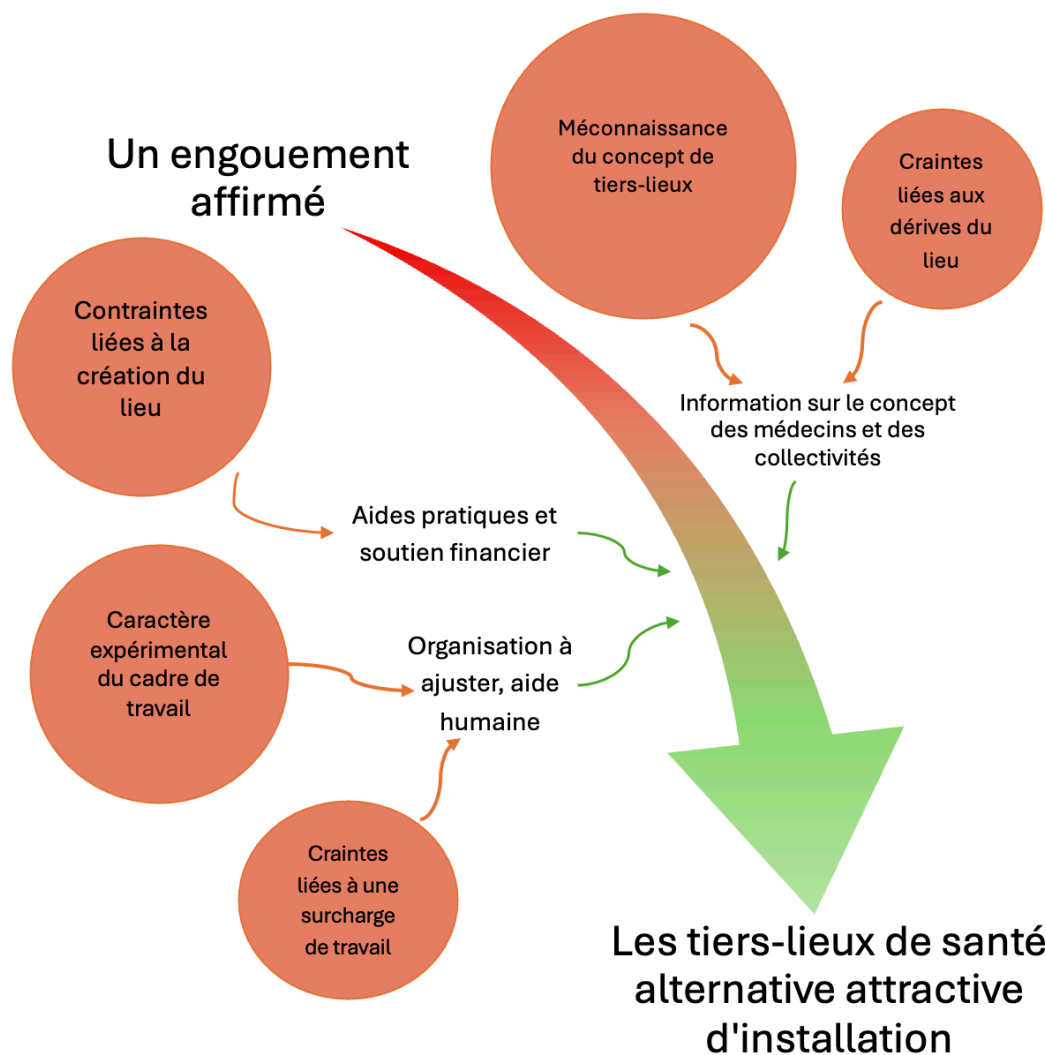
En outre, leur positionnement à l'interface de plusieurs secteurs peut engendrer des malentendus avec les institutions traditionnelles de santé. Certains acteurs perçoivent encore ces lieux comme marginaux, peu légitimes ou difficiles à évaluer selon les critères habituels de performance. Or, cette méfiance institutionnelle peut freiner leur reconnaissance et limiter leur capacité à agir de façon structurelle dans les politiques de santé territoriales.

Malgré ces défis, les tiers-lieux de santé ont démontré leur pertinence, notamment en période de crise (comme lors de la pandémie de COVID-19), en apportant des réponses concrètes, agiles et adaptées aux besoins des populations. Leur force réside dans leur ancrage local, leur capacité à créer du lien, à fédérer une diversité d'acteurs et à expérimenter des formes d'organisation plus horizontales et sensibles aux vécus des personnes.

Pour consolider leur rôle dans l'écosystème de la santé, plusieurs leviers peuvent être envisagés :

- Renforcer les dispositifs d'accompagnement à la structuration et à la pérennisation des tiers-lieux, en incluant des formations à la gestion, au plaidoyer et à l'évaluation.
- Favoriser la reconnaissance institutionnelle de ces espaces, sans les enfermer dans des normes contraignantes qui nuiraient à leur créativité.
- Développer des espaces de dialogue entre les tiers-lieux et les acteurs publics (ARS, collectivités, hôpitaux, etc.) pour co-construire des réponses territoriales cohérentes.

En définitive, les tiers-lieux de santé peuvent être des catalyseurs d'innovation démocratique dans le champ de la santé. Leur capacité à réinterroger les rapports entre soignants et soignés, à décroquer les secteurs et à faire émerger de nouvelles formes de solidarité en fait des acteurs essentiels de la transition vers une santé plus juste, plus humaine et plus résiliente (14).



**Figure 14 :** D'un engouement affirmé à une alternative attractive d'installation pour les médecins généralistes.

### 13. Les tiers-lieux de santé, objet d'étude prometteur

Les tiers-lieux de santé constituent un champ d'étude encore émergent, mais riche en perspectives. Leur diversité, leur ancrage local et leur approche intégrée de la santé appellent à poursuivre les travaux de recherche, tant sur le plan professionnel qu'usager.

Des études qualitatives, notamment sur les motivations des soignants à s'y installer pourraient enrichir ce travail.

Une thèse qualitative sur l'expérience vécue par les patients à La Générale est en cours. Ce sujet, encore jeune, mérite d'être investi pour accompagner l'évolution des pratiques de soin en médecine générale ou en santé de façon plus global.

# Conclusion

Cette étude met en lumière un intérêt fort des médecins généralistes pour des formes alternatives d'exercice, telles que les tiers-lieux de santé, dans un contexte de crise du modèle libéral traditionnel et de perte de sens professionnel. Le fort taux d'adhésion exprimé par les répondants, majoritairement jeunes, témoigne d'un besoin d'évolution des pratiques, d'un souhait de travailler autrement, en équipe, dans un cadre plus souple et plus en phase avec leurs valeurs.

Toutefois, l'enthousiasme suscité par ces structures innovantes ne doit pas masquer les obstacles à leur développement : complexité administrative, manque de formation à la gestion de projets, absence de cadre pérenne. Le tiers-lieu de santé, « La Générale », propose une réponse concrète et inspirante, mais qui reste encore confidentielle et expérimentale. Pour qu'il devienne une option d'exercice réaliste et répandue, un accompagnement structuré, une reconnaissance institutionnelle et des outils concrets d'aide à l'installation apparaissent indispensables.

Bien qu'encore peu développée et insuffisamment reconnue à ce jour, l'approche en tiers-lieu de santé constitue une piste prometteuse pour répondre à la quête de sens exprimée par de nombreux médecins. À condition de ne pas en faire un simple concept à la mode, mais de les inscrire dans une dynamique durable, collaborative, et réellement soutenue par les acteurs publics et territoriaux.

# Bibliographie

1. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? [Internet]. Paris : DREES; mars 2021 [cité le 10 oct 2024]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/quelle-demographie-recente-et-venir-pour-les-professions>
2. ReAGJIR, ISNAR-IMG, ANEMF. Déterminants du projet professionnel des jeunes médecins généralistes [Internet]. sept 2024 [cité le 10 oct 2024]. Disponible sur : [https://reagjir.org/wp-content/uploads/2024/10/determinants\\_du\\_projet\\_professionnel\\_des\\_jeunes\\_medecins.pdf](https://reagjir.org/wp-content/uploads/2024/10/determinants_du_projet_professionnel_des_jeunes_medecins.pdf)
3. DREES. Démographie des professionnels de santé au 1er janvier 2023 [Internet]. sept 2023 [cité le 14 nov 2024]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse-jeux-de-donnees/demographie-des-professionnels-de-sante-au-1er-janvier-2023>
4. Association des Pôles et Maisons de Santé Libéraux. La Maison de santé pluriprofessionnelle [Internet]. [cité le 22 mars 2025]. Disponible sur : <https://www.apmsl.fr/ressources/maison-de-sante-pluriprofessionnelle-msp>
5. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Enquêtes sur les déterminants à l'installation [Internet]. avr 2019 [cité le 14 oct 2024]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/enquete-determinants-linstallation>
6. Beech J, Fraser C. Stressed and overworked: What the Commonwealth Fund's 2022 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians in 10 Countries means for the UK [Internet]. Londres : The Health Foundation; mars 2023 [cité le 15 sept 2025]. Disponible sur : [https://www.health.org.uk/sites/default/files/upload/publications/2023/Stressed%20and%20Overworked\\_WEB.pdf](https://www.health.org.uk/sites/default/files/upload/publications/2023/Stressed%20and%20Overworked_WEB.pdf)
7. Healthcare Market Research Worldwide. Le quotidien des médecins généralistes [Internet]. mars 2018 [cité le 22 mars 2025]. Disponible sur : [https://docs.wixstatic.com/ugd/ffe93a\\_11842ff17a9645b0a24221e79a290a3e.pdf](https://docs.wixstatic.com/ugd/ffe93a_11842ff17a9645b0a24221e79a290a3e.pdf)
8. Foul M. 51 % des médecins français affirment présenter des symptômes de burn-out, selon une enquête déclarative [Internet]. Le Quotidien du Médecin; nov 2020 [cité le 31 mars 2025]. Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/51-des-medecins-francais-affirment-presenter-des-symptomes-de-burn-out-selon-une-enquete-declarative>
9. Gateau V, Fleury-Perkins C. Pour une clinique philosophique du burn-out des professionnels de santé. Paris : Chaire Humanité et santé (Cnam), Chaire de philosophie à l'hôpital (GHU Paris Psychiatrie et neurosciences); juin 2020.
10. Rastegue M. Les déterminants du bien-être au travail des médecins généralistes [thèse d'exercice]. Marseille : Université d'Aix-Marseille; 2022.

11. Agence Phare. Le soutien de l'État aux tiers-lieux sur les territoires : recherche évaluative sur les enjeux, impacts et dilemmes des fabriques de territoire [Internet]. Paris : Agence Nationale de la Cohésion des Territoires; sept 2023 [cité le 28 juill 2025]. Disponible sur : <https://anct-site-prod.s3.fr-par.scw.cloud/s3fs-public/2024-03/Rapport%20Tiers-lieux%20Phare%2019%20mars.pdf>
12. France Tiers-lieux. Qu'est-ce qu'un tiers-lieu ? France Tiers-lieux vous explique ! [Internet]. Paris : Agence Nationale de la Cohésion des Territoires; [cité le 9 oct 2025]. Disponible sur : <https://francetierslieux.fr/quest-ce-quun-tiers-lieu/>
13. Aigron L. La coopérative tiers-lieux. Le lien social, c'est la santé ! [Internet]. Bordeaux : La coopérative Tiers-Lieux; févr 2024 [cité le 3 mars 2024]. Disponible sur : [https://coop.tierslieux.net/wp-content/uploads/2024/02/Le-lien-social-cest-la-sante\\_essai\\_Cooperative-Tiers-Lieux\\_web.pdf](https://coop.tierslieux.net/wp-content/uploads/2024/02/Le-lien-social-cest-la-sante_essai_Cooperative-Tiers-Lieux_web.pdf)
14. Bergamaschi Y, Brunier J, Colombet I, Fasshauer I, Ottolini L, Tehel A. Tiers-lieux : quelles contributions à la santé sur les territoires. Dans : Gauthier C, Seillier R (dir.), Panorama de la recherche sur les tiers-lieux en France. Vol. 1. Bordeaux : Le Bord de l'eau; 2025. p. 109-129. Disponible sur : [https://www.editionsbdl.com/wp-content/uploads/2025/07/Cahiers\\_de\\_recherche\\_de\\_France\\_Tiers-Lieux.pdf](https://www.editionsbdl.com/wp-content/uploads/2025/07/Cahiers_de_recherche_de_France_Tiers-Lieux.pdf)
15. Levy-Waitz P, Dupont E, Seillier R. Mission Coworking Territoire Travail Numérique. Faire ensemble pour mieux vivre ensemble [Internet]. Paris : Ministère de la Cohésion des Territoires; sept 2018 [cité le 10 oct 2024]. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/rapport/37656-faire-ensemble-pour-mieux-vivre-ensemble-mission-coworking-territoires>
16. Baudier F, Berthelot N. Consultations de prévention [Internet]. Paris : Haut Conseil de la santé publique; mars 2009 [cité le 10 oct 2024]. Disponible sur : [file:///Users/adeleberthelot/Downloads/hcspr20090325\\_ConsultPrev.pdf](file:///Users/adeleberthelot/Downloads/hcspr20090325_ConsultPrev.pdf)
17. La Fabrique des santés. Faire tiers-lieux en santé [Internet]. [cité le 14 juill 2025]. Disponible sur : <https://www.fabsan.fr/faire-tiers-lieux-en-sante>
18. Guichet national de l'innovation du numérique en santé. Les Tiers-Lieux d'Expérimentation en santé (TLE) [Internet]. Paris : Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles; [cité le 2 janv 2025]. Disponible sur : <https://gnius.esante.gouv.fr/fr/strategie-dacceleration-sante-numerique/laureats-par-appel-projet/appel-a-projets-tiers-lieux-dexperimentation/les-laureats-de-lappel-a-projets-tiers-lieux-dexperimentation>
19. Groupe Hospitalier Universitaire Paris Psychiatrie & Neurosciences. Un tiers-lieu pour la e-santé mentale et un Entrepôt de Données de Santé (EDS) : le GHU Paris doublement lauréat du programme gouvernemental « Santé Numérique » de France 2030 [Internet]. janv 2024 [cité le 21 janv 2025]. Disponible sur : <https://www.ghu-paris.fr/fr/actualites/un-tiers-lieu-pour-le-sante-mentale-et-un-entrepot-de-donnees-de-sante-eds-le-ghu-paris>
20. Les Sources Espace de santé & Bien-être [Internet]. [cité le 9 janv 2025]. Disponible sur : <https://www.espace-les-sources.net/httpswwwespace-les-sourcesnetespace-les-sources>
21. Tiers-Lieu de Santé Givors [Internet]. [cité le 21 janv 2025]. Disponible sur : <https://tls-givors.com/>
22. La Générale, lieu de vie et de santé [Internet]. [cité le 3 oct 2024]. Disponible sur : <https://www.lageneraleanglet.com>

23. Beaufume G. « La Générale », retours d'expérience du premier tiers-lieu en santé en milieu libéral [thèse d'exercice]. Bordeaux : Université de Bordeaux; 2024.
24. Arnaud F. Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales [Internet]. Paris : Conseil National de l'Ordre des Médecins; janv 2025 [cité le 14 juill 2025]. Disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/1s68zaw/cnom\\_atlas\\_demographie\\_2025\\_tome\\_2.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1s68zaw/cnom_atlas_demographie_2025_tome_2.pdf)
25. Verrier T. Quels types de richesses humaines œuvrent pour faire tourner les tiers-lieux ? [Internet]. Bordeaux : La Coopérative Tiers-Lieux; 2025 [cité le 27 juill 2025]. Disponible sur : <https://coop.tierslieux.net/quels-types-de-richesses-humaines-oeuvrent-pour-faire-tourner-les-tiers-lieux/>
26. Acker D. L'expérience de la santé communautaire en France : une lecture au prisme des communs. Dans : Coriat B, Loizeau J, Alix N, dir. Les communs de proximité [Internet]. Montréal : Éditions Science et Bien Commun; 2024 [cité le 12 août 2025]. Disponible sur : <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/communsdeproximite/chapter/l'experience-de-la-sante-communautaire-en-france-une-lecture-au-prisme-des-communs/>
27. Proposition de loi visant à lutter contre les déserts médicaux, d'initiative transpartisane, n° 966, déposée le 13 févr 2025.
28. France Tiers-Lieux. Créer un tiers-lieu : premiers pas [Internet]. [cité le 28 juill 2025]. Disponible sur : <https://francetierslieux.fr/creer-un-tiers-lieu-premiers-pas/>
29. Rossi E, Cognez D. Comment créer un tiers-lieu rural ? [Internet]. Paris : Fédération Nationale Familles Rurales; 2020 [cité le 16 janv 2025]. Disponible sur : [https://tiers-lieux.famillesrurales.org/sites/multisite.famillesrurales.org/\\_tiers-lieux/files/ckeditor/actualites/fichiers/guide-2020-web.pdf](https://tiers-lieux.famillesrurales.org/sites/multisite.famillesrurales.org/_tiers-lieux/files/ckeditor/actualites/fichiers/guide-2020-web.pdf)

# Annexe 1 : Poster de présentation congrès CMGF 2025 : « La Générale », Retours d'expérience du premier tiers-lieu en santé en milieu libéral

## “LA GÉNÉRALE” : RETOUR D'EXPÉRIENCE DU PREMIER CABINET MÉDICAL LIBÉRAL EN TIERS-LIEU DE SANTÉ À ANGLÈT (64)

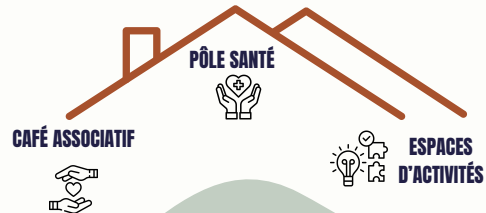
Beaufumé G., Berardi M., 2024.

### INTRODUCTION

Soucieux d'insuffler une **dynamique innovante** dans le rapport à la Santé, tant chez le patient que le professionnel, 5 médecins et 1 ingénieure ont créé en mars 2023 un Tiers-Lieu de Santé à Anglet (64) : “**La Générale**”.

Avec cet espace de **300m2**, ils souhaitent réunir **soin, prévention et lien social** en remplaçant la salle d'attente par un lieu de Vie incluant **Café Associatif, Espaces d'activités et lieu culturel**.

### TIERS-LIEU DE VIE & DE SANTÉ



### L'EXERCICE EN TIERS-LIEU DE SANTÉ EN MILIEU LIBÉRAL RÉPOND-IL AUX ATTENTES DES PROFESSIONNELS QUI Y EXERCENT ?



#### Les facteurs de succès et d'échecs



#### OBJECTIFS

Analyser les éléments de **succès** et **d'échecs** à un an de l'ouverture, du point de vue des créateurs du lieu, et réaliser un retour d'expérience sur les aspects **économiques, personnels, professionnels**.

**Méthode** : Analyse qualitative d'entretiens semi-structurés

#### CONCLUSION

Ce projet **répond** globalement aux attentes des professionnels qui y exercent. Il demande une **maturation** pour **s'équilibrer** progressivement et trouver sa place dans le paysage sanitaire. Il représente une nouvelle voie pour les **soins de santé primaires**, et pourrait être une **alternative crédible** à l'installation pour les médecins qui ne se reconnaissent pas dans les modèles classiques. Toutefois, le **recul encore limité** impose la prudence sur un possible épanouissement à travers ce modèle dans un autre contexte.

Pour en savoir plus



université  
de BORDEAUX

Thèse d'Exercice. Contact : [REDACTED]

LA GÉNÉRALE  
LIEU DE VIE & DE SANTÉ

## Annexe 2 : Attestation de conformité

### ATTESTATION DE CONFORMITE

**Direction des affaires juridiques :**

Monsieur L'Honoré William et  
Madame Andrades Imbernon Délia  
Domaine du Haut Carré,  
43 rue Pierre Noailles, 33400 Talence  
[daj-rgpd@u-bordeaux.fr](mailto:daj-rgpd@u-bordeaux.fr)

**Auteur de la thèse:**

Madame Berthelot Adèle  
Etudiante à l'université de Bordeaux

Nous soussignons, Monsieur L'Honoré William, responsable du bureau des affaires institutionnelles et statutaires, et Madame Andrades Imbernon Délia, juriste RGPD, chargés d'accompagner les étudiants en médecine, certifient que dans le cadre du projet de recherche « Les "tiers lieux de Santé" comme alternative d'installation pour les jeunes médecins généralistes », mené par Madame Berthelot Adèle :

- Qu'un questionnaire, créé à partir de l'outil LimeSurvey développé par l'université de Bordeaux, va être mis en place pour la réalisation du projet de thèse concerné ;
- Que ce même questionnaire a fait l'objet d'une mise en conformité et ce afin que les obligations imposées par le règlement UE 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (ci-après « RGPD »), soient respectées ;

Pour toutes modifications ultérieures du questionnaire, l'étudiante devra se rapprocher de la Direction des Affaires juridiques de l'université de Bordeaux afin de s'assurer de la mise en conformité RGPD desdites modifications.

William L'Honoré



## Annexe 3 : Questionnaire

### Exercer en tiers-lieu de santé ?

Le déclin de l'attractivité de la médecine libérale contribue à la détérioration de la situation sanitaire et de l'accès aux soins. Réfléchir à de nouveaux modes d'installation est une réponse essentielle à ces constatations. Dans une démarche de revitalisation de leur activité et de recherche de sens, des médecins d'Anglet (64) ont ainsi fondé le premier tiers-lieu en santé libéral de France.

Les tiers-lieux sont des espaces intermédiaires entre le travail et le domicile, favorisant les échanges et l'innovation. Ce sont des espaces conviviaux et ouverts d'interactions sociales. Leur vocation commune est de créer du lien social, de mutualiser des ressources, d'organiser des événements collectifs. La Générale est l'application de ce concept au sein d'un cabinet médical.

L'objectif de notre recherche est d'explorer l'attractivité de l'exercice de la médecine générale en "tiers-lieu de Santé" chez les médecins généralistes.

Après avoir visualisé la vidéo de présentation, interne en médecine générale, médecins en activité, nous vous invitons à répondre à ce questionnaire.

Si vous n'avez pas encore vu la vidéo : [https://youtu.be/w8-S8D2kphA?si=x5bFoudQ\\_awzu-ub](https://youtu.be/w8-S8D2kphA?si=x5bFoudQ_awzu-ub)

Durée du questionnaire : 2 minutes

Exercer la médecine générale en tiers-lieu de santé ?

Il y a 23 questions dans ce questionnaire.

#### **1- Avant cette présentation, connaissiez-vous les tiers-lieux (santé ou autre domaine) ? \***

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui mais je n'en ai jamais fréquenté
- Oui et j'en ai déjà fréquenté
- Non

#### **2- Saviez-vous qu'il était possible d'exercer dans un tiers-lieu de santé ? \***

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

#### **3- Vous vous identifiez comme : \***

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Femme
- Homme
- Autre

**4- À quelle tranche d'âge appartenez-vous ? \***

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- moins de 30 ans
- 30-40 ans
- 40-50 ans
- plus de 50 ans

**5- Dans quel département exercez-vous?**

Veillez écrire votre réponse ici :

numéro de département exemple: 22

**6- À quel stade professionnel êtes-vous ? \***

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Interne de médecine générale
- Médecin généraliste remplaçant non thésé
- Médecin généraliste remplaçant thésé
- Médecin généraliste installé
- Autre spécialité
- Je ne suis pas médecin

**7- Vous exercez ou souhaitez exercer en milieu: \***

Cochez tout ce qui s'applique.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Rural
- Semi-rural
- Urbain

**8- Dans quelle(s) structure(s) exercez-vous principalement ? \***

Cochez tout ce qui s'applique.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Libéral seul
- Libéral cabinet de groupe
- Maison de santé pluridisciplinaire / Cabinet de groupe pluridisciplinaire
- Salarié
- Structure hospitalière

**9- Avez-vous déjà été acteur d'un milieu associatif ? \***

Cochez tout ce qui s'applique.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Oui, dans une association hors milieu médical
- Oui, dans une association dans le milieu médical
- Non, jamais

**10- Seriez-vous intéressé pour exercer en tiers-lieu de santé ? \***

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Très intéressé
- Plutôt intéressé
- Plutôt pas intéressé
- Pas du tout intéressé

**11- Quels sont les aspects qui susciteraient votre intérêt pour exercer en tiers-lieu de santé ?**

**L'ouverture à d'autres déterminants de la santé (culture, sport, art créatifs) \***

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Fortement, ça me motiverait
- Plutôt oui
- Neutre
- Plutôt non
- Pas du tout, au contraire, c'est un frein

**Pratiquer hors du modèle traditionnel d'installation \***

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Fortement, ça me motiverait
- Plutôt oui
- Neutre
- Plutôt non
- Pas du tout, au contraire, c'est un frein

**Développer des compétences créatives (organisation d'évènements, communication) \***

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Fortement, ça me motiverait
- Plutôt oui
- Neutre
- Plutôt non
- Pas du tout, au contraire, c'est un frein

**Pouvoir organiser des évènements collectifs de prévention \***

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Fortement, ça me motiverait
- Plutôt oui
- Neutre
- Plutôt non
- Pas du tout, au contraire, c'est un frein

**S'impliquer dans l'associatif (induisant un temps de travail bénévole) \***

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Fortement, ça me motiverait
- Plutôt oui
- Neutre
- Plutôt non
- Pas du tout, au contraire, c'est un frein

**Organiser de la formation continue, exercer dans un lieu de formation continue \***

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Fortement, ça me motiverait
- Plutôt oui
- Neutre
- Plutôt non
- Pas du tout, au contraire, c'est un frein

**Travailler dans un lieu collaboratif entre confrères \***

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Fortement, ça me motiverait
- Plutôt oui
- Neutre
- Plutôt non
- Pas du tout, au contraire, c'est un frein

**Travailler dans un lieu collaboratif avec des professionnels non médicaux \***

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Fortement, ça me motiverait
- Plutôt oui
- Neutre
- Plutôt non
- Pas du tout, au contraire, c'est un frein

**Travailler au sein d'un espace de vie à vocation sociale \***

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Fortement, ça me motiverait
- Plutôt oui
- Neutre
- Plutôt non
- Pas du tout, au contraire, c'est un frein

**Avoir un rôle de médecin traitant axé sur une vision “globale” de la santé du patient \***

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Fortement, ça me motiverait
- Plutôt oui
- Neutre
- Plutôt non
- Pas du tout, au contraire, c'est un frein

**La création du tiers-lieu (démarches administratives, recherche d'un local, investissements) \***

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Fortement, ça me motiverait
- Plutôt oui
- Neutre
- Plutôt non
- Pas du tout, au contraire, c'est un frein

**Travailler dans un cadre expérimental (structure à ajuster au cours de son évolution, absence de recul important sur le concept) \***

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Fortement, ça me motiverait
- Plutôt oui
- Neutre
- Plutôt non
- Pas du tout, au contraire, c'est un frein

**12- Commentaire libre**

Veillez écrire votre réponse ici :

## Annexe 4 : Nombre de réponses par département

Départements (nom)	Départements (numéro)	Nombre de réponses
Ain	1	1
Allier	3	1
Hautes-Alpes	5	4
Alpes-Maritimes	6	1
Ardèche	7	2
Ardennes	8	1
Aude	11	2
Bouches-du-Rhône	13	11
Calvados	14	1
Cantal	15	1
Charente	16	2
Charente-Maritime	17	7
Côte-d'Or	21	5
Côtes-d'Armor	22	4
Dordogne	24	5
Doubs	25	9
Drôme	26	7
Eure-et-Loir	28	1
Finistère	29	8
Gard	30	4
Haute-Garonne	31	14
Gers	32	1
Gironde	33	36
Hérault	34	12
Ille-et-Vilaine	35	26
Indre-et-Loire	37	2
Isère	38	16
Jura	39	3
Landes	40	9
Loir-et-Cher	41	1
Loire	42	5
Loire-Atlantique	44	8
Lot	46	2
Lot-et-Garonne	47	2
Lozère	48	3
Maine-et-Loire	49	17
Manche	50	2
Marne	51	4
Mayenne	53	1
Meurthe-et moselle	54	1
Meuse	55	1
Morbihan	56	9
Moselle	57	1
Nord	59	13
Oise	60	4

Pas-de-Calais	62	1
Puy-de-Dôme	63	3
Pyrénées-Atlantiques	64	48
Hautes-Pyrénées	65	4
Pyrénées-Orientales	66	1
Bas-Rhin	67	7
Haut-Rhin	68	3
Rhône	69	29
Haute-Saône	70	1
Saône-et-Loire	71	2
Sarthe	72	3
Savoie	73	11
Haute-Savoie	74	10
Paris	75	17
Seine-Maritime	76	3
Seine-et-Marne	77	3
Yvelines	78	1
Somme	80	2
Tarn	81	1
Tarn-et-Garonne	82	1
Var	83	3
Vaucluse	84	2
Vendée	85	3
Vienne	86	4
Vosges	88	2
Yonne	89	1
Territoire de Belfort	90	2
Essonne	91	5
Hauts-de-Seine	92	9
Seine-Saint-Denis	93	6
Val-de-Marne	94	5
Polynésie-Française	98	2
Guadeloupe	971	4
Guyane	973	3
Réunion	974	28
Mayotte	976	1
Total		501

## Annexe 5 : Score moyen pour les aspects des tiers-lieux de santé en fonction de l'intérêt pour l'exercice en tiers-lieu de santé.

Domaines d'intérêts	Moyenne désintéressé	Moyenne intéressé	p-value
S'impliquer dans l'associatif (induisant un temps de travail bénévole)	2.11	3.50	2.77e-25
Travailler dans un lieu collaboratif entre confrères	4.00	4.68	1.36e-11
Développer des compétences créatives (organisation d'évènements, communication)	2.73	3.97	9.23e-17
Travailler dans un cadre expérimental (structure à ajuster au cours de son évolution, absence de recul important sur le concept)	2.14	3.39	3.75e-23
Organiser de la formation continue, exercer dans un lieu de formation continue	3.62	4.27	3.09e-08
Avoir un rôle de médecin traitant axé sur une vision "globale" de la santé du patient	3.86	4.74	5.62e-17
Travailler dans un lieu collaboratif avec des professionnels non médicaux	3.35	4.49	8.99e-17
L'ouverture à d'autres déterminants de la santé (culture, sport, art créatifs)	3.44	4.71	1.68e-18
Pouvoir organiser des évènements collectifs de prévention	3.64	4.57	3.41e-15
Travailler au sein d'un espace de vie à vocation sociale	2.85	4.39	1.57e-22
La création du tiers-lieu (démarches administratives, recherche d'un local, investissements)	1.58	2.60	1.40e-17
Pratiquer hors du modèle traditionnel d'installation	2.80	4.23	2.195e-22

## Annexe 6 : Commentaires libres

<p><b>Inquiétude relation médecin patient</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « J'appréhenderais la gestion de l'impact sur la relation médecin-patient et sur la distinction vie pro / vie perso. Bravo pour cette belle initiative ! »</li> <li>- Aussi je me questionne sur la vie pro qui se mélange à la vie perso... Et également au comportement des patients avec nous en dehors des lieux de consultations lorsqu'on se retrouve lors d'un atelier créatif par exemple ou lors d'un cours de danse... J'imagine que le lien - la relation entre nous médecins et nos patients devient différent car ils nous voient aussi en tant que personnes lors de ces ateliers/cours, sans notre "rôle de médecin" ?!</li> <li>- Je trouve le concept super chouette. Je me pose cependant la question du relationnel développé ainsi avec les patients. Participer à des activités avec des patients risque de développer un lien, qui serait trop fort et ne permettrait pas de garder assez de recul pour une bonne prise en charge... ? comme quand on soigne sa famille. Se placer en tant que médecin-copain plutôt que médecin, est-ce bon pour la relation de soin ? (c'est une vraie question). Mais le concept a l'air vraiment bien et répond je pense à une problématique de santé globale pour les patients, je pense que cela serait un vrai + pour eux.</li> <li>- Ma seule inquiétude serait de ne plus réussir à mettre la distance nécessaire entre le patient et moi (que les patients abordent leurs problématiques de santé avec moi en dehors du cadre médical). Mais sinon Oui, Oui pour plus de vie, de joie, de réseau, de sens</li> <li>- Beaucoup de points positifs, le seul point négatif ou en tout cas qui me ferait réfléchir est le non-contrôle de l'ensemble des éléments (exemple : si le côté relationnel et festif prend le pas sur le côté professionnel et entraîne une perte de sérieux des patients)</li> <li>- Ce qui me dérange c'est plus le fait que si les locaux sont également un lieu de vie , certains patients peut être n'oseront pas se rendre en consultation ( consultation pour dépression, violences... ) ?</li> <li>- Mes craintes concernant ce que je découvre d'un exemple de tiers-lieu dans votre vidéo : la facilitation de consultations 'sauvages', d'être interpellé pour une question médical en dehors du contexte d'une consultation avec tout son double-tranchant. Dans un contexte actuel de décrédibilisation du rôle du médecin (par les patients mais aussi par le discours politique ambiant) je crains également que le fait de mélanger consultations médicales au sein d'activités de loisirs ajout du flou, banalise ( au sens dénigre ) encore + notre compétence, et je verrais donc un inconvénient à ces tiers-lieu. Mon espoir sur ce même aspect est que par contre que cela aide des personnes loin du soin à venir consulter + facilement un/leur MG. En ça j'y verrais un avantage net.</li> <li>- Interrogation sur la relation médecin- patient si l'on partage aussi des activités sociales ensemble comme le sport ou partager un thé. Ou mettre les barrières car nous avons un rôle de conseil de santé et je pense que pour rester crédible il faut peut être qu'il y ai une barrière vie pro / perso</li> <li>- « Très intéressant mais ma crainte serait que ça prenne toute la place sans franche frontière entre vie personnelle et vie professionnelle. Idem vis à vis des patients et du risque de débordement sur les demandes etc... du fait d'une relation plus « amicale » que purement professionnelle. »</li> </ul>
---	---

**Inquiétude  
implication  
temps personnel**

- Je trouve cela très intéressant par contre je suis persuadée de manquer de temps, d'énergie et d'argent pour pouvoir me consacrer à une activité supplémentaire en tant que bénévole pour créer un lieu comme celui-ci (bien que j'aimerais en savoir plus sur ce lieu que l'on découvre via votre vidéo).
- « C'est un projet clairement intéressant, riche, attractif de mon point de vue. Très tentant. Les " freins" (qui ne sont pas explorés mais du coup je profite de cet espace libre) pour ma part, c'est le temps ! Vous me direz c'est toujours une question de temps et il faut s'organiser.. ;) peut être plus tard ! Beau sujet de thèse et belle continuation à vous ! »
- « Je souhaite que mon lieu de travail soit séparé de tout tiers lieu car je ne souhaite pas avoir la casquette de médecin plus d'heures dans la semaine que ce qu'on a déjà. Je désire couper avec le travail quand les consultations sont terminées. Pour moi, ce ne serait pas du tout le cas avec ce genre de structure. Cependant, le côté santé globale est très intéressant. »
- « Exercice de la médecine qui semble utopique !  
Si j'ai du temps libre, je préfère m'investir dans une association sans la casquette de médecin. Et quand même promouvoir la santé (actuellement secrétaire d'un club de foot, faire bouger les enfants, créer un espace de jeu pour les vétérans, activités seniors autour d'un ballon....) Ce n'est plus du temps libre sinon. Ou est la limite de la sollicitation en tant que médecin ? Mon principal frein serait de pouvoir me sentir accaparé par les patients en dehors des consultations, de ne plus me sentir vraiment en off quand je quitte le cabinet et que je vais à d'autres activités. Mais je trouve ce projet inspirant ! Bravo à cette équipe et pour ce travail de thèse !  
Je trouve cela génial après mettre ça en œuvre ça fait très peur... »
- Votre projet est très intéressant et donne des idées !!  
L'idée est intéressante, à développer. Mais la façon "bénévole" dont tournent les choses fait un peu peur: comment ça marche exactement financièrement? Les consultations étant déjà assez prenantes de base, ajouter en plus un temps bénévole me paraît difficile, bien qu'enrichissant.
- Exerçant dans un désert médical, je ne vois pas comment je pourrais dégager du temps et de l'énergie pour un tel projet !
- Concept intéressant mais sur le coté « bénévole » un peu peur de glisser dans du temps de travail/charge mentale médicale supplémentaire non rémunéré et de me surinvestir.
- Super idée ! Ça donne très envie mais le fait de devoir encore à côté passer du temps pour la structure fait peur, il faut faire un mi temps consultation et reste du temps libre sur la structure ? Je serais intéressés de connaître les démarches et votre organisation.
- Curiosité vis à vis du mode d'exercice innovant mais bien trop contraignant à mon sens compte tenu de l'engagement que ce genre de projet représente, à la phase initiale et au quotidien, vis à vis du rythme de travail en médecine générale où il est déjà difficile de conserver un équilibre sanitaire avec sa vie pro (je ne parle même pas de vie personnelle à ce stade)
- Structure très intéressante pour la prise en charge globale de la santé et l'interaction avec d'autres professionnels, mais investissement très/trop important pour moi concernant la création et adaptation du projet + investissement personnel semble parfois lourd

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Travailler dans un tiers-lieu de santé à mi-temps pour moi serait vraiment un projet incroyable. En tout cas, c'est un mode d'exercice que je trouve très attrayant, mais mon compagnon et mes projets de famille seront toujours ma priorité. Donc j'ai juste un peu peur que ça soit trop prenant d'un point de vue logistique et personnel</li> <li>- C'est une belle expérience, néanmoins j'ai du mal à m'y identifier car j'ai vraiment un besoin fondamental de couper entre le lieu du travail ET la maison. Imaginer un lieu un peu "entre les deux" ça ne me motive pas vraiment parce que je ne couperai pas aussi facilement... Et je sais que c'est un besoin pour moi.</li> <li>- Difficultés à faire du bénévolat sur son lieu de travail...</li> <li>- Je serais freinée par le temps à y consacrer sur le plan bénévole, mais franchement ça peut se visualiser comme du "temps de travail" donc pourquoi pas en fait.</li> <li>- je travaille dans un cabinet de groupe avec un vrai travail d'équipe, et je n'ai pas envie d'en changer mais si j'étais obligé de quitter ce lieu et d'en trouver un autre ce serait très motivant ce genre de lieu; avec le bémol du temps passé, car vie de famille oblige!</li> </ul>
<p><b>Inquiétude implication professionnel non médical</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « Je suis dans une situation où je commence à réfléchir au type d'installation qui me conviendrait. La création d'un tiers-lieu semble être très enrichissant pour la pratique du médecin généraliste. Pouvoir proposer des activités ou des ateliers pour accompagner les conseils de santé globale qui peuvent être abordées en consultation. Je serai peut-être un peu effrayé par des ateliers non réalisés par des professionnels de santé qui pourraient donner des informations non validées par les données de la science, qui je pense ne doivent pas avoir leur place dans un lieu avec une part médical. »</li> <li>- Pas mal de patients recherchent un peu de discrétion et ne souhaitent pas retrouver la moitié du village quand ils viennent voir leur médecin pour un rendez-vous médical. Si j'approuve la démarche de lieu de vie avec multiples activités préventives (sport, diet, etc), je ne pense pas que cela doive avoir lieu au même endroit que le cabinet. Par ailleurs, je serais attentif au potentiel important de parasitage par des fake-médecines de ce genre de démarche.</li> <li>- j'ai un doute sur le fait que ce type de structure attire des "fakemed" et desserve finalement la réputation des médecins qui y travaillent voire créé des conflits de prise en charge ou bien alimente les croyances envers certaines pratiques (kinesiologues, energeticiens...)</li> <li>- Risques d'entrisme de pratiques non éprouvées scientifiquement validées par la présences de MG</li> <li>- Ce qui m'interroge c'est l'autorisation de l'installation d'un cabinet medical dans ce genre de structure. A savoir que nous ne sommes pas autorisé a nous installer dans le même bâtiment avec entrée commune à des osteopathes par exemple ou des naturopathe, sophrologue...</li> </ul>
<p><b>Inquiétude sur la modalité économique et de gestion de la structure</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « Le modèle économique m'intrigue aussi. Il semble y avoir besoin de beaucoup de temps complémentaire à allouer à l'organisation et le caractère exclusivement bénévole me semble difficile à envisager sur le long terme dans un système libéral. Dans une logique de santé publique, est-ce que ce dispositif pourrait bénéficier de subventions ? Est-ce que des assistants médico-sociaux pourraient être employés pour libérer du temps médical ? Enfin, il me semblait que le Conseil de l'Ordre limitait les professions avec</li> </ul>

	<p>lesquelles s'installer, il serait intéressant de détailler les modalités pratiques de la création de l'association. »</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pourriez-vous détailler le modèle économique qui organise ce lieu : st ce que cela se rapproche des centres de santé communautaires et planétaires où les professionnel.les de santé reversent leurs recette à un pot commun qui financent ensuite les autres activités du lieu (salaires des médecins et des autres travailleurs et travailleuses du lieu, consultations de psychologues, animateur.ices, traduteur.ices...etc...)</li> <li>- Y a t'il des grilles d'écart de salaires à respecter (entre un médecin et la personne qui fait le ménage) ?</li> <li>- Mes freins principaux : pas la formation adéquate en terme de commerce / événementiel pour gerer une telle structure. Il semble indispensable de travailler avec une personne dont c'est le métier pour gérer cette partie.</li> <li>- je suis sceptique sur le modèle économique compte tenu de la convention actuelle. Mais le concept est intéressant et novateur. Personnellement, je suis installé sur un mode traditionnel libéral, mais investi en MSP et CPTS, ce qui me permet de m'ouvrir à d'autres professions et de m'engager sur des projets de santé populationnelle, tout en gardant la sécurité financière de l'installation libérale traditionnelle.</li> <li>- déjà installée dans une MSP où règne une bonne ambiance, locaux très agréables donc pas pour moi mais plutôt pour plus jeunes médecins en revanche je doute que toutes les collectivités aient l'énergie et les ressources (pour nous cela a déjà été compliqué de monter un dossier pour l'ARS... et à l'heure où les budgets de la culture sont réduits à peau de chagrin pas sûre que de tels lieux ne doivent pas être financés par les habitants eux-mêmes...</li> <li>-</li> </ul>
<p><b>Commentaire positif</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incroyable, je n'avais jamais entendu parler de tiers lieu! Votre travail de thèse me l'a fait découvrir, merci!</li> <li>- Tres belle idée!! Nous sommes une msp où déjà des cours collectifs pour les patient.es sont organisés (atelier équilibre, prévention, atelier marche etc) mais malheureusement moins de cohésion pour monter d'autres projets avec l'équipe.</li> <li>- Sans aucune idée de potentiel de réalisation l'idée d'un cabinet de soins globaux alliant consultations et salon de thé me traîne dans la tête depuis mon internat. Cet exemple m'encourage à y penser encore quelques années de plus !</li> <li>- Merci pour cette belle découverte. Je suis médecin au CHU car j'aime travailler en équipe. Les conditions de travail sont très difficiles et la prise en charge n'est pas optimale. Cela me donne de l'espoir pour changer de lieu d'exercice</li> <li>- Bonjour. Le concept est génial !! Cela donne du sens au métier de médecin généraliste avec l'intégration de la promotion de la santé. Après j'ai mis « fortement, ça m'intéresserait » à quasiment tout sauf pour la création du lieu car étant remplaçante et je ne connais pas tout l'investissement nécessaire pour un tel projet. Mais j'imagine que c'est une question d'organisation et d'entourage. Mais c'est vraiment très intéressant et novateur.</li> <li>- Soucieux des problématiques environnementales et voulant développer la prévention primaire je souhaiterais exercer dans un tiers lieu en semi-rural</li> </ul>

	<p>associant médecine de haut niveau avec centre de formation continue et d'échange entre confrères et ouverture tant pour les professionnels et les patients à des activités variées pour créer du lien social et intergénérationnel... Beau projet !!!!</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Je ne connaissais pas le concept de tiers lieu de santé mais en regardant la vidéo ça a l'air très intéressant ! Merci pour cette belle découverte ça motive pour mettre en place des projets</li> <li>- C'est un projet qui me parle énormément. J'ai pour objectif à terme d'ouvrir un cabinet / maison médicale expérimentale, un lieu de santé à la fois partagé avec des professionnels non médicaux, ou développer des ateliers manuels (travail du bois, des métaux pour moi, et m'associer à d'autres pour différents ateliers. (L'idée de base aurait été un garage collaboratif, mais peut être compliqué en terme de sécurité).</li> <li>- Superbe idée qui apporte aux patients et professionnels de santé une vision globale et totale de la santé mais qui nécessite de s'investir dans son temps libre</li> <li>- Superbe concept qui je l'espère verra le jour ailleurs. Ça donne envie de rendre les patients plus autonomes et acteurs de leur santé dans une ambiance conviviale et agréable de travail. Je me demande quelle place et quel temps les médecins ont dans ce tiers-lieu hors du temps médical. Démarche intéressante dans la PEC globale du patient ; peu s'adapter à bcp de patients et idéal pour renouer du lien social</li> <li>- Merci pour cette ouverture d'horizons!!</li> <li>- Bonjour ! Déjà félicitations pour la vidéo elle est super. Je suis médecin généraliste remplaçante depuis maintenant 1 an. Je n'ai pour le moment pas prévu de m'installer dans les prochains mois/années mais quand je vois cette vidéo ça me donne très envie ! Et ça pour la première fois. Je trouve que ça augmenterait vraiment le sens de la création de lieu de consultations en allant plus loin pour la santé des patients, je trouve vraiment le concept génial !</li> <li>- C'est une très chouette idée et réalisation !</li> <li>- Je ne connaissais pas le tiers-lieu. Votre vidéo de présentation est très intéressante, surprenante, et donne envie de tester ce genre de pratique. J'adore le concept ! Cela me motive à vouloir le découvrir et j'espère pendant l'internat !</li> <li>- Je n'avais jamais entendu parlé de ce projet avant de voir votre vidéo! Ça a l'air vraiment très enrichissant et intéressant!! Merci de nous offrir cette visibilité et de nous montrer que des formes insoupçonnées d'exercice de la médecine générale existent!</li> <li>- Je réfléchis depuis 1 à 2 ans à développer ce genre de structure dans l'agglomération grenobloise, si votre thèse débouche sur un groupe de réflexion pour monter une structure similaire dans les environs, je suis partant !</li> <li>- Très intéressant ce mode d'exercice "alternatif". La vision holistique m'attire particulièrement. Bravo pour votre initiative</li> <li>- Une réflexion à de nouveaux modes d'exercice innovants et attractifs pour les médecins est nécessaire de nos jours pour contrer le risque important de Burn out chez les médecins généralistes.</li> </ul>
--	---

	<p>Une telle idée d'exercer en tiers lieu permettrait aussi au médecin d'être moins isolé dans l'exercice de son métier ce qui pourrait renforcer son accomplissement personnel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Je travaille déjà dans une MSP hyper dynamique avec une culture du groupe assez intégrée. Néanmoins ces tiers-lieux me fascinent. J'aimerais faire évoluer petit à petit mon lieu de travail vers plus d'ouverture vers les usagers. Bravo à vous si vous arrivez à imaginer et créer le tiers lieu qui vous ressemble !</li> <li>- Je trouve le concept absolument adapté à ce que cherchent les patients, à savoir une prise en charge globale et des informations à s'approprier</li> <li>- Je ne connaissais pas du tout ce modèle d'exercice, merci pour la découverte! Je trouve le concept super. Ce modèle peut peut-être redonner du sens à notre métier, avec un peu plus d'humanité et moins de stress pour tout le monde. Pour ma part, mon plus grand frein à l'installation est l'exercice de la médecine générale en lui-même. Je suis médecin dans un centre de santé sexuelle et j'ai arrêté mon activité de médecin généraliste libéral. Je vous souhaite une bonne continuation et une longue vie à votre tiers lieu!</li> <li>- projet motivant +++++, redonnant du sens à la pratique médicale et pouvant se combiner au projet professionnel, permettant de mieux vivre sa pratique ++ . Maintenant que j'ai découvert votre vidéo ca ne me donne plus envie d'exercer autrement</li> <li>- L'installation en cabinet classique est un frein pour moi, c'est pourquoi je me suis installée au sein de la maison médicale de garde de mon secteur, dans une activité de soin non programmée régulée par le SAMU. Je pense que ces installations "atypiques" avec une vocation associative pourraient apporter un vrai plus et ramener du sens à notre profession. Merci pour la découverte !</li> </ul>
--	--

# SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

## Résumé de thèse

**Titre :** L'exercice en "tiers-lieu de santé" : une alternative attractive pour les médecins généralistes ?

**Introduction :** La désertification médicale en France s'intensifie, les départs à la retraite des médecins n'étant pas compensés, tandis que les jeunes praticiens expriment un désintérêt pour l'exercice libéral classique, lui préférant des formes salariées ou collectives. Dans ce contexte est né « La Générale » à Anglet, un tiers-lieu de santé mêlant cabinet médical, espaces partagés et lieu de vie, visant à favoriser une pratique collaborative et globale de la médecine.

**Objectifs :** L'objectif principal de cette étude est d'évaluer quantitativement l'intérêt des médecins généralistes pour l'exercice en tiers-lieu de santé. Les objectifs secondaires incluent l'identification des profils intéressés, la connaissance du concept et les motivations ou freins à ce type d'exercice.

**Méthodes :** Une étude quantitative a été menée entre mars et avril 2025 via un questionnaire en ligne, précédé d'une vidéo informative sur le tiers-lieu La Générale. L'enquête a été diffusée par mail et réseaux sociaux auprès de médecins généralistes et d'internes.

**Résultats :** Sur 501 répondants issus de plus de 80 départements, 82 % se déclarent plutôt ou très intéressés par l'exercice en tiers-lieu. La majorité (64 %), ne connaissaient pas ce concept auparavant, et seuls 16 % savaient qu'il existait dans le domaine médical. Les profils les plus intéressés sont jeunes, féminins, engagés associativement ou en milieu rural.

**Conclusion :** Le modèle de tiers-lieu de santé suscite un vif intérêt et pourrait répondre aux attentes des jeunes générations médicales. Toutefois, des freins organisationnels et un manque de structuration limitent son déploiement, appelant un soutien accru des collectivités et des institutions.

**Directeur de thèse :** Dr BERARDI Thesis summary

## Thesis summary

**Title:** Practicing in a "Health Third Place": An Appealing Alternative for French General Practitioners?

**Introduction:** Medical desertification is worsening in France, with retiring physicians not being replaced and younger practitioners increasingly favoring salaried or collective forms of practice. Many also express disillusionments and a desire for more meaningful work. In this context, "La Générale" was created in Anglet—a health third place combining a medical office, shared activity spaces, and a community setting—designed to promote collaborative work and holistic patient care.

**Objectives:** The main objective of this study is to quantitatively assess the interest of general practitioners (GPs) in practicing within a health third place. Secondary objectives include identifying the characteristics of interested physicians, assessing their awareness of the concept, and analysing motivations and barriers to such a practice.

**Methods:** A quantitative study was conducted between March and April 2025 using an online questionnaire shared via email and social media. Respondents, including general practitioners and residents, first viewed an informational video about La Générale before completing the survey.

**Results:** Among the 501 respondents from over 80 French departments, 82% reported being somewhat (44%) or very interested (38%) in working in a health third place. However, 64% were unfamiliar with the concept, and only 16% knew it was applicable to healthcare. Interested profiles tended to be younger, female, and active in rural or community-based settings.

**Conclusion:** Health third places appear to be a promising and attractive model for future medical practice in France. Despite organizational barriers and a lack of institutional structure, they align well with the expectations of newer generations of physicians and merit stronger support from public institutions.

**Thesis Advisor:** Dr. BERARDI

**DISCIPLINE :** Médecine générale

**MOTS-CLES :** Médecine générale, Médecine préventive, Cabinets médicaux, Cohésion sociale, Santé publique, Lieu de travail, Environnement d'établissement de santé, Établissements de soins ambulatoires