

4.

TIERS-LIEUX : QUELLES CONTRIBUTIONS À LA SANTÉ SUR LES TERRITOIRES ?

Yann Bergamaschi,
La Fabrique des santés, co-fondateur du tiers-lieu de santé
La Conviviale, Montreuil

Julien Brunier,
École des Hautes Études en Santé Publique

Isabelle Colombet,
Médecin enseignant chercheur indépendante
(en disponibilité de l'Université Paris Cité, Santé publique)

Ingrid Fasshauer,
Université Gustave Eiffel, Dicen-IdF

Lucile Ottolini,
HC-Ecrac, UMR Lisis, co-fondatrice du tiers-lieu Odile en Bonne Santé

Amélie Tehel,
Sciences Po Rennes, Chaire TMAP

Cet article vise à éclairer le rôle des tiers-lieux en santé dans la redéfinition des relations entre les acteurs de la santé sur les territoires. Une revue de littérature met en évidence l'importance du lien social, du pouvoir d'agir et de l'ancrage territorial pour répondre aux besoins de santé des populations. L'analyse des témoignages de douze co-fondateurs et gestionnaires de tiers-lieux spécialisés dans le champ de la santé permet ensuite de montrer comment ils s'emparent de ces concepts pour fédérer des communautés sur les territoires et améliorer l'accès à une santé globale.

Mots-clés

Santé; Soins; Territoire; Pouvoir d'agir; Accessibilité; Communauté engagée

Introduction

Entre 2021 et 2022, deux appels à projets successifs ont été lancés, l'un par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) encourageant le développement de tiers-lieux en EHPAD, l'autre par la Caisse des Dépôts soutenant la création de tiers-lieux d'expérimentation en santé. La thématique de la santé, longtemps absente des politiques publiques sur les tiers-lieux, a ainsi fait son apparition institutionnelle dans la continuité d'initiatives de démocratie sanitaire. Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si cette émergence intervient peu de temps après la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 qui a révélé des tensions préexistantes et a vu naître des coopérations inédites entre *fablabs*, lieux hybrides et acteurs de la santé (Adrian *et al.*, 2023). Dans la suite de cet article, la santé est définie selon le préambule de la constitution de l'Organisation Mondiale de Santé (OMS) comme un état complet de bien-être physique, mental et social. Elle ne correspond donc pas uniquement à l'absence de maladie.

À cet égard, le système de santé présente des défaillances, ainsi qu'en témoignent les principaux indicateurs épidémiologiques de santé publique⁵⁸. L'espérance de vie en bonne santé (c'est-à-dire sans incapacité) n'a pas évolué proportionnellement à l'espérance de vie. La mortalité prématurée (survenant avant l'âge de 65 ans) est majoritairement liée à des maladies dites évitables qui pourraient être prévenues par une action efficace sur ces déterminants de santé majeurs que restent le tabac, l'alcool, la surconsommation alimentaire riche en sucre, la pollution, l'exposition aux produits chimiques et la sédentarité, etc. En outre, les inégalités sociales de santé restent le principal déterminant de santé à prendre en considération, ce qui implique de prendre en compte l'ensemble des champs de la vie sociale (accès à l'éducation, au travail, au logement, à la culture) pour améliorer la santé des populations⁵⁹.

La persistance des inégalités sociales de santé et la crise du secteur de la santé, manifestée aussi par la souffrance des soignants (Bataille-Hembert *et al.*, 2023),

58. Rapport CEPIDC, <<https://www.cepidc.inserm.fr/donnees-et-publications/grandes-causes-de-deces-en-2022-et-tendances-recentes>>.

59. Les inégalités sociales de santé – Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016, paru le 8 novembre 2017, coord. Thierry Lang et Valérie Ulrich. <<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referance/rapports/les-inegalites-sociales-de-sante-actes-du-seminaire-de>>

soulignent que notre système de santé ne répond que partiellement aux besoins de santé globale de la population. Or, la lutte contre ces inégalités avait justifié, dès les années 1980, la création de centres de santé communautaires (Jourdan *et al.*, 2012) ou de santé des communautés marginalisées (Nelson, 2011). Les tiers-lieux en santé (TLS) semblent aujourd’hui s’inspirer des caractéristiques de ces structures, qui ont été plutôt institutionnellement marginalisées (Jourdan *et al.*, 2012).

Dans ce contexte institutionnel, social et politique, cet article vise à étudier comment les tiers-lieux redéfinissent les relations entre acteurs de la santé sur les territoires et explorent des organisations de soins innovantes, plus participatives et inclusives des personnes concernées. À l’heure actuelle, il n’existe pas de définition stable de la notion de tiers-lieu en santé (TLS). Cet article ne cherche pas à proposer une telle définition mais au contraire à montrer la variété des formes prises par les tiers-lieux qui font de la santé la colonne vertébrale de leurs actions. Pour l’étudier, il commence par mobiliser une littérature encore clairsemée dans le champ des tiers-lieux comme dans celui de la santé. Dans une seconde partie, la méthodologie d’analyse de discours de co-fondateurs de TLS est décrite avant de montrer en troisième partie que les TLS s’inscrivent dans une approche de santé globale repensant l’inclusivité et l’accueil des publics mais aussi les relations entre soignants dans une logique d’ancrage territorial.

Une littérature clairsemée tant dans le champ des tiers-lieux que dans celui de la santé

Un effet indirect des tiers-lieux sur la santé

Des travaux de recherche anglo-saxons ont décrit le rôle des tiers-lieux sur la santé dès les années 2000, même si la recherche est encore insuffisamment fournie dans ce domaine (Finlay *et al.*, 2019). Une première catégorie de recherches se base sur la définition d’Oldenburg (1999) du tiers-lieu comme un lieu entre le domicile et le travail. Il peut alors s’agir de cafés, de parcs voire de magasins (Tu *et al.*, 2020) ou de bus communautaires (Hagan, 2020). Sans être spécifiquement dédiés à la santé, ces lieux favorisent le lien social (Baum et Palmer, 2002 ; Rosenbaum, 2006) ainsi que l’entraide entre membres de la communauté (Finlay *et al.*, 2019), ce qui a un effet bénéfique sur le bien-être à travers le soutien affectif trouvé dans ces lieux, notamment des personnes âgées (Rosenbaum, 2006 ; Hagan, 2020). Dans le cas des personnes âgées, mais aussi plus globalement des personnes marginalisées, Littman (2021) constate que le tiers-lieu et les relations qu’il génère permettent de compenser en partie l’absence de second lieu (lieu de travail au sens d’Oldenburg), voire de premier lieu (le domicile) pour les personnes sans domicile fixe. Elles ne sont néanmoins pas exemptes de discrimination (Littman *et al.*, 2024).

Une deuxième catégorie de recherches s'intéresse aux structures offrant un fonctionnement proche des tiers-lieux par exemple dédiés aux patients atteints de cancer (Glover et Parry, 2009; Rosenbaum et Smalwood, 2013) ou plus généralement accueillant des personnes souffrant de maladies chroniques (McColl-Kennedy *et al.*, 2017). Ces lieux ont eux aussi un effet bénéfique sur la santé. En plus des effets généraux des tiers-lieux sur la sociabilité, ces lieux facilitent les interactions entre patients (Glover et Parry, 2009) mais aussi entre les patients et leur cercle familial et amical, et surtout entre les patients et les soignants (Rosenbaum et Smalwood, 2013). Or, les interactions et les pratiques de co-création entre ces différents acteurs de la santé ont un effet positif sur le bien-être et la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique (McColl-Kennedy *et al.*, 2017). Cet effet est par ailleurs renforcé par la qualité des aménagements intérieurs et extérieurs du lieu (Butterfield et Martin, 2016).

La littérature francophone est pour sa part encore balbutiante mais développe d'autres aspects peu pris en compte dans ces premiers travaux. Dans le cas de tiers-lieux en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), plus que le lien social, c'est la capacité à encourager la participation des personnes âgées et au-delà l'impact sur le maintien de leur autonomie qui est mise en avant (de la Hosseraye *et al.*, 2023; Fasshauer et Ferreira de Moura, 2023). D'autres travaux soulignent l'engagement des personnes handicapées dans le mouvement des *makers* (Téhel, 2019; Brulé, 2023). De plus, alors même que la littérature anglo-saxonne néglige le rôle de l'écosystème et donc le rôle de tels lieux sur le bien-être collectif (Ungaro *et al.*, 2024), l'ancrage territorial du tiers-lieu apparaît comme un effet important sur l'offre de service du lieu et les possibilités d'interactions offertes aux participants (de la Hosseraye *et al.*, 2023; Fasshauer et Ferreira de Moura, 2023). C'est alors le principe du pouvoir d'agir qui est évoqué (Fasshauer, 2023).

Or, ce double aspect de participation des usagers et de l'ancrage territorial avait déjà été abordé dans le domaine de la santé avec le développement de centres de santé communautaire.

Les centres de santé communautaire, sources d'inspiration pour les TLS ?

En pleine guerre froide et début de la période post-coloniale, les années 1970, sont marquées par une critique frontale du pouvoir médical portée notamment par des activistes et des médecins ou encore des pays du Sud global, qui remet en cause les hiérarchies internes au champ médical, le manque d'accès aux soins des plus pauvres (Kott, 2021) et vise à donner du pouvoir aux « usagers » (Mariette et Pitti, 2021). C'est dans ce contexte que se développe la santé communautaire, définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme le

« processus par lequel les membres d'une collectivité géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les mieux aptes à répondre à ces priorités⁶⁰ ».

Elle est mise en avant dans la Charte d'Ottawa (1986) comme levier d'action de la promotion de la santé, centrée sur une approche multidisciplinaire et participative englobant le sanitaire et le social (Jourdan *et al.*, 2012). Cette approche considère que la santé est liée à des facteurs qui vont au-delà de l'individu, et qui sont aussi géographiques, économiques, sociaux ou environnementaux, et qui sont insuffisamment pris en compte par les politiques publiques (Richard, 2023). Dans la période contemporaine, cette approche globale de la santé communautaire, héritée de l'action sanitaire internationale, a été réactualisée dans l'approche *OneHealth* (Une seule santé) promue par l'OMS, dans le contexte contemporain de crise climatique et de la biodiversité, puis celle de *Planetary health* (Santé Planétaire), réintégrant le rôle structurel des politiques publiques dans la santé des individus (Lerner et Berg, 2017).

Parallèlement, et parfois conjointement, des initiatives communautaires portées par des malades, des proches ou des groupes marginalisés et discriminés sur le domaine de la santé portent des démarches et des services en santé tout au long du XX^e siècle (Nash, 2015). En fonction des domaines concernés (santé mentale, lutte contre une épidémie, handicap, communauté culturelle, environnement, etc.), ces initiatives émergent à des moments différents, mais ont en commun de naître dans des contextes de crise (Ottolini, 2020). Cela est le cas pour le mouvement de la psychiatrie institutionnelle et les expériences de la clinique de Laborde et de Saint-Alban menées en réaction directe au dénuement du soin et de la place dans la société des malades psychiques au sortir de la Seconde Guerre mondiale (Oury, 2001). C'est également le cas pour les communautés noires et hispaniques dans le contexte de l'apartheid et de sa continuation dans les années 1960-1970 (Nelson, 2011 ; Pollock, 2021 ; Richard, 2017), des prostituées (Coppel *et al.*, 2020) ou des malades du sida dans les années 1990 (Dodier, 2003). La santé communautaire se développant historiquement en dehors des institutions sanitaires, ces initiatives restent peu documentées du fait de la marginalisation des communautés concernées et des urgences auxquelles elles font face.

Les centres de santé communautaires reposent ainsi sur l'identification collective des besoins, problèmes et ressources (diagnostic communautaire) et la participation ouverte à tous (médecins, usagers, institutions, etc.) (Levasseur, 2005). Ils sont pour

60. Constitution de l'Organisation mondiale de la santé. Documents fondamentaux, supplément à la quarante-cinquième édition. OMS, octobre 2006. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf>

la plupart issus d'initiatives citoyennes autogouvernées, prônent l'accès aux soins pour toutes et tous et sont ancrés sur un territoire sur lequel ils développent des pratiques collaboratives avec leur environnement social (Acker, 2024). Leur modèle économique reste néanmoins fragile (Acker, 2024).

Le pouvoir d'agir des usagers, source d'amélioration de la santé

Depuis la loi de 2002 portant sur les droits des patients⁶¹, la participation du patient au parcours de soins est progressivement devenue un objectif reconnu. Mobiliser le pouvoir d'agir qui caractérise « pour les personnes une plus grande possibilité d'agir sur ce qui est important pour elles, leurs proches ou la communauté à laquelle ils s'identifient » (Le Bossé, 2012) a des effets bénéfiques en termes de résultats cliniques, de qualité de vie et de satisfaction (Wallerstein, 2006). Le pouvoir d'agir permet de penser la rupture d'asymétrie de pouvoir opposant sachant et profane et l'implication plus active des personnes concernées (patients, aidants) dans les processus de soin. Les savoirs expérientiels du patient gagnent progressivement en légitimité et en reconnaissance (Boudier *et al.*, 2012), se mobilisent au sein de communautés (Jutant *et al.*, 2022), parfois composées en ligne sur des réseaux sociaux de santé (Broca et Koster, 2011).

Le tiers-lieu de santé s'inscrit dans cette démarche de développement du pouvoir d'agir des usagers (Tehel *et al.*, 2023). Nous l'abordons comme un espace de construction d'un partenariat de soin, le soin étant ici davantage envisagé dans sa dimension de *care* que de *cure*. Le travail de *care* s'entend comme un processus combinant une disposition d'esprit (dimension morale) et un travail (dimension matérielle) (Ibos *et al.*, 2019). Il nécessite de partir du point de vue de celui qui a besoin de soin (Tronto, 2009). En ce sens, il se distingue d'une approche positiviste du *cure*, entendue ici comme un geste monopolisé par le champ médical, tourné avant tout vers la résolution des maux plutôt que vers leur prévention. Les TLS cultivent cette posture de sollicitude et de souci des êtres et des choses (Puig de la Bellacasa, 2017 ; Tehel, 2022).

Cette revalorisation du *care*, manifestée aussi au travers d'aspects plus institutionnels tels que le développement et la lente reconnaissance des soins palliatifs, participe d'une prise de conscience du référentiel positiviste qui a imprégné la médecine depuis le début du XX^e siècle, dans son trépied d'activité pratique-recherche-formation (Colombet et Prod'homme, 2023). C'est pourquoi l'appel à une ouverture du *cure* au *care* agit également sur les conditions d'exercice des soignants (Legrand et Pitti, 2024)

61. Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Dossier législatif consulté en octobre 2024 à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000227015>

Ainsi, la littérature sur les tiers-lieux se révèle insuffisante pour définir ce que sont des TLS mais permet d'en délimiter certaines caractéristiques déterminantes pour l'offre de service, à commencer par le lien social comme facteur du soin, du *care* et la participation des usagers favorisant l'autonomie et la dimension collective. Ces principes d'action peuvent être rapprochés, dans le champ de la santé, de ceux de la démocratie sanitaire promue par la loi de 2002 ou d'organisations plus anciennes telles que la santé communautaire. Ce premier point permet d'identifier des formes alternatives d'organisations représentant des expériences organisationnelles et institutionnelles plus anciennes et ainsi susceptibles d'offrir un cadre de réflexion plus large pour les TLS. La suite de cet article vise à comprendre comment les TLS français s'inspirent de ces principes pour renouveler les termes des partenariats de soins.

Méthodologie

Il n'existe aucun recensement exhaustif des TLS, en France ou dans le monde à ce jour⁶². Néanmoins, depuis mai 2022, sur l'initiative de Yann Bergamaschi, coordinateur de projets dans le secteur de la santé communautaire, les collectifs La Fabrique des santés et l'association A+ c'est mieux! ont organisé un webinaire mensuel dont l'objectif 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-lieux⁶³ ».

Chaque session est dédiée à la présentation d'un ou deux tiers-lieux et se décompose d'environ 45 minutes de présentation par des acteurs du lieu, suivie d'un temps équivalent de débat avec l'auditoire. Les auteurs de cet article se sont rencontrés dans ce cadre, organisateurs, auditeurs ou plus rarement intervenants des webinaires (pour l'une des autrices).

En février 2024, le corpus de vingt sessions du webinaire a été retranscrit intégralement. Douze sessions ont été retenues pour composer l'essentiel des sources de cet article, car elles présentent des projets articulés autour de lieux physiques. Le tableau 1 permet de situer la diversité des positions de chaque projet. Les sessions non retenues concernaient soit des projets non ancrés dans des espaces phy-

62. Le Groupement d'intérêt public France Tiers lieux avec les réseaux régionaux, nationaux de tiers-lieux ainsi que l'Association nationale des tiers-lieux, ont identifié dans leur recensement 2023, 86 tiers-lieux ayant déclaré proposer des services liés à la santé. Consulté en novembre 2024 à l'adresse : <https://cartographie.francetierslieux.fr>

63. <https://www.fabsan.cc/faire-tiers-lieux-en-sante>

siques et matériels, soit des projets ayant une démarche plus distancée du soin. Les intervenants de chaque session sont co-fondateurs (n=9) ou gestionnaires (n=3) des lieux qu'ils présentent. Ils occupent des fonctions de professionnels de santé, du *care*, de l'action sociale et de la culture. Trois d'entre eux n'ont pas de position professionnelle mais sont bénévoles, soit dans la gouvernance, soit dans la *pair-aidance* au sein des lieux (forme de relation d'aide offerte par des non-professionnels à des personnes dont ils partagent la même problématique (Castro, 2020)).

La retranscription écrite et l'enregistrement vidéo de chaque session composent notre matériel principal, complété ponctuellement par un travail de documentation à partir de travaux déjà réalisés sur ces projets (d'expertise ou académiques) ou de la communication publique de ces projets (ressources web, réseaux sociaux, interventions publiques, etc.).

Le corpus a ensuite été codé manuellement, pour un traitement systématique et qualitatif des données visant à répondre aux questions qui ont émergé au cours du travail de problématisation et d'enquête. Adoptant une méthode inductive, des catégories interprétatives ont été déterminées au cours de l'analyse collectivement par les six auteurs. Parmi les principales, on peut citer la crise du système de santé, la proposition d'alternatives, le pouvoir d'agir, l'accessibilité, l'ancrage territorial, le décloisonnement, la communauté. Les *verbatim* les plus significatifs extraits de ces séquences sont cités tout au long de la partie suivante en ne faisant référence qu'au nom de chaque tiers-lieu intervenant. Les informations relatives à la date de webinaire et au sujet de l'expérimentation sont présentes dans le tableau 1.

Sans prétendre à l'exhaustivité, ces douze tiers-lieux permettent d'avoir une idée de la variété des lieux. Le lien avec la santé peut prendre la forme d'actes de soin (Le Jardin, Maison Ellaé, La Générale, Odile en Bonne Santé), d'information, de prévention ou de formation (les mêmes ainsi que Danaecare, Maison des Cultures, Maison de Léa, Maison Perchée, Hôtel Pasteur, Soignons humain), d'activités culturelles et sociales en lien avec des patients en psychiatrie (3 bis F) ou encore de personnes présentant des risques de pertes d'autonomie (Tiers-lieu autonomies du 93). Quatre font explicitement référence à la santé communautaire.

LIEU	TERRITOIRE	DATE OUVERTURE	SERVICES	STATUT JURIDIQUE	PUBLIC PRIVILÉGIÉ ?
Danezare	Saint-Etienne – Givors	2012	Information – Campagnes prévention – Coordination médico-sociale – Répit – Expertise – Culture – Formation	Association	X
Le Jardin	Bron	2022	Accès aux soins - Santé communautaire - Prévention - Sport - Bien-être	Association	Habitant, e, s de Bron
La Maison perchée	Paris – en ligne	2020	Pair-aidance – Santé communautaire – Culture – Expertise – Formation – Information – Sport – Bien-être – Café – Répit	Association	Jeunes porteurs de troubles psychiques et leurs familles
La maison des cultures	Thomery	2018	Habitat inclusif – Culture – Information – Prévention -Coordination médico-sociale	Association – SCIC	Personnes en perte d'autonomie ou situation de handicap
3 bis F	Aix-en-Provence	1992	Culture – Création artistique	Association – Centre art contemporain	X
La Maison Elié	Grasse – Métropole Aix-Marseille	2023	Culture – Prévention – Information – Santé communautaire – Répit – Formation – Bien-être	Association	Femmes
La maison de Léa	Angoulême	2020	Information – Prévention – Formation – Bien-être – Sport – Culture	Association	Aidants
La Générale	Anglet	2023	Café – Accès aux soins – Bien-être – Information – Prévention – Culture – Sport – Formation	Association	X
Odlie en Bonne Santé	Docelles	2022	Accès aux soins – Santé communautaire – Bien-être – Sport – Prévention – Culture – Formation – Répit	Association	X
Hôtel Pasteur	Rennes	2012	École – Expertise – Culture – Formation		X
Soignons humains (projet Equilibre)	Association nationale (Expérimentation 3 régions Hauts de	2016	Association professionnelle d'infirmiers – Auto-organisation – Approches centre-patient, centre-solution – Identité professionnelle - Compétences d'accompagnement, clinique	Association – Expérimentation Article 51	X
Le département de Seine Saint-Denis	Seine Saint-Denis	2021	Lien social - Accès santé - Accès aux droits	Collectivité	Personnes âgées personnes en situation de handicap vivant à domicile

Tableau 1 : Présentation synthétique des TLS étudiés

Les TLS : vers un nouveau partenariat de soin ?

L'analyse des discours des intervenants du webinaire permet d'identifier des principes d'intervention communs aux douze TLS étudiés.

Des espaces singuliers de partenariat de soin

Si le tiers-lieu est souvent abordé comme une configuration sociale (Burret, 2017), les TLS mettent en avant une attention toute particulière à leur configuration matérielle et spatiale. En contrepoint des espaces de santé institutionnels dans lesquels plusieurs auteurs et fondateurs de TLS ont travaillé, et où le design de fonctionnalité supprime le design d'usages, les TLS déclarent fabriquer des lieux « qui ne ressemblent pas à un lieu de santé⁶⁴ » (La Générale). Tout en répondant au cadre réglementaire lié au respect des normes d'hygiène, à la confidentialité et à l'accessibilité des espaces, ils modifient le fonctionnement dominant des espaces de soin. Cette attention est décrite comme directement liée au service des relations du soin.

« Il y a des études qui montrent qu'avec une salle d'attente bien aménagée, accueillante [...] la consultation se passe mieux, on est plus détendu, on s'ouvre un peu, on a un peu plus l'envie de discuter avec les autres⁶⁵. » (Maison Ellaé)

118

L'aménagement est pensé par les co-fondateurs « pour que ça ne ressemble en rien, en tout cas dans les codes de ce qu'on peut attendre d'un cabinet médical » (La Générale). L'attention à l'espace vise aussi à reconnaître (et à ne pas reproduire) des violences et/ou des expériences de domination vécues ou décrites en milieu institutionnel, à l'instar de l'expérience de la Maison Perchée dont les co-fondateurs souhaitaient des espaces ouverts pour ne pas opprimer les personnes ayant connu l'expérience de la contention en psychiatrie.

Les TLS adoptent, à l'instar des tiers-lieux, une organisation modulaire, pensée pour répondre à des usages multiples au-delà du seul face-à-face thérapeutique. Cette hybridation des usages favorise une approche globale du soin, intégrant non seulement des temps de soin, mais aussi des activités d'information, de formation, de prévention, et de médiation (voir particulièrement la colonne services du tableau 1). Par exemple, au sein de l'hôpital, le 3bisF permet un accès sans distinction aux personnes en soins et aux visiteurs extérieurs, illustrant cette hybridation des fonctions et des publics.

64. Intervention en webinaire le 16 novembre 2023.

65. Intervention en webinaire le 4 octobre 2023.

Les TLS sont aussi pensés et vécus dans des contextes de remise en question de la pratique professionnelle du soin. Le cadre d'exercice vise à être plus en adéquation avec le sens et les valeurs que les soignants souhaitent réintégrer dans leur pratique :

« Aujourd'hui, je me sens beaucoup mieux dans mon métier, parce que ce qui m'a fait partir de l'hôpital c'est vraiment que j'avais l'impression qu'on faisait du travail à la chaîne (...) Il faut que les soignants puissent complètement se concentrer sur ce qui leur appartient, ce qui fait sens pour eux et ce qui est leur appel de métier, voire de vie pour certains⁶⁶. » (Soignons humain)

L'évolution de la pratique du soin est également organisationnelle, visant le bien-être des soignants au profit de la qualité du service. Elle est décrite comme :

« Une culture d'équipe qui va être soutenante pour les travailleurs et la santé des travailleurs⁶⁷ » (Le Jardin).

Elle s'ancre dans les méthodes tiers-lieux qui favorisent les dynamiques de partage et de coopération et ne se limite pas à « faire de la colocation entre soignants » (Odile en bonne santé⁶⁸).

Un autre effet décrit par les co-fondateurs des TLS est de créer des espaces de médiation, qui reconnaissent les savoirs expérientiels, intègrent pleinement les personnes concernées dans leur fonctionnement (Odile en bonne santé / La Maison perchée⁶⁹) et tentent de recréer des passerelles vers les personnes les plus éloignées du soin. Le défi est d'établir un lieu refuge où les conditions puissent être réunies pour déposer des récits de vie difficiles et être écouté (Maison Ellaé / Maison de Léa⁷⁰). Cela passe notamment par une attention constante aux processus de stigmatisation et aux relations de pouvoir qui peuvent émerger dans les relations interpersonnelles (Le 3 Bis F⁷¹ / Odile en bonne santé). Le tiers-lieu se fait espace de médiation, qui reconnecte au soin des personnes qui, pour des raisons plurielles (absence de droits, renoncement), s'en sont trouvées éloignées :

66. Intervention en webinaire le 17 mai 2023.

67. Intervention en webinaire le 9 février 2023.

68. Intervention en webinaire le 14 décembre 2023.

69. Intervention en webinaire le 8 mars 2023.

70. Intervention en webinaire le 19 octobre 2023.

71. Intervention en webinaire le 20 septembre 2023.

« C'est un lieu de rencontre, où du soin a pu commencer à se mettre en place. Cette pratique de soin n'aurait pas pu avoir lieu dans les lieux dédiés. » (Hôtel Pasteur⁷²)

Cette configuration recrée des espaces de dialogue entre médecine conventionnelle et non conventionnelle dans un cadre qui favorise les démarches critiques et réflexives. Conscients des risques et dérives liés à certaines pratiques de médecines alternatives non encadrées, les co-fondateurs décrivent leur intention de s'intégrer sur leur territoire de santé en coopération avec les acteurs institutionnels :

« On reste un lieu de santé et on a à cœur de s'assurer qu'on protège un minimum les usagers des dérives sectaires, ou de toute proposition un peu farfelue qu'on peut trouver aujourd'hui [dans le champ du bien-être]. » (La Générale⁷³)

Les professionnels, qu'ils soient diplômés en santé ou non, n'exercent pas en dehors des compétences de leur corps de métier initial. Tous disposent des qualifications usuelles pour cet exercice et pratiquent dans le respect des cadres réglementaires. Le tiers-lieu de santé tente d'assurer cette posture de prévention face aux dérives potentielles des pratiques alternatives, tout en reconnaissant la place qu'elles peuvent prendre dans le parcours de soins des personnes. L'intention est moins de fixer le champ de ce qui est efficace ou non en matière de soin que de favoriser des choix libres, éclairés et critiques en matière de santé. Ainsi, La Générale exige par exemple que toute conférence faite dans son lieu sur des pratiques non conventionnelles soit étayée par des études scientifiques.

Les TLS tant par leur aménagement que leur mode de gestion proposent de nouveaux modes de relation entre soignants et soignés d'une part, mais aussi entre professionnels de santé.

Décloisonnement et pluridisciplinarité : construire la proximité pour innover sur le territoire

La dynamique se fait autour d'une cause commune, portée d'abord par quelques acteurs puis renforcée à travers les interactions dans les tiers-lieux (Grenier *et al.*, 2019). Cette cause commune peut relever de la solidarité, de l'inclusion, de la prévention, de la *pair-aidance* ou encore du soutien communautaire. Elle peut être formulée au niveau d'un tiers-lieu ou à un niveau plus large, comme en Seine Saint-Denis, où le Conseil Départemental fédère un réseau de « tiers-lieux autonomie », ce qui permet aux acteurs de la société civile d'intégrer la prise en considération de

72. Intervention en webinaire le 14 mars 2024.

73. Intervention en webinaire le 16 novembre 2023.

la perte d'autonomie dans leurs projets de tiers-lieux. Le projet du 3 Bis F a émergé d'une alliance entre soignants et artistes. Pour La Maison Perchée, c'est la mobilisation collective de jeunes concernés par les troubles psychiques et de leurs proches qui lance le projet. Pour DanaeCare, l'alliance est plus inattendue, entre une juriste, un documentariste et des collectivités et administrations publiques. La mobilisation territoriale et partenariale révèle dans ces trois exemples un caractère atypique : il s'agit d'étendre les frontières du soin et de la santé. Dans ces collectifs, les soignants sont présents, parfois à l'initiative (quatre projets sur quinze), mais leur position est plutôt contributive aux côtés d'autres expertises d'usage (personnes concernées, proches, aidants, etc.), d'action (mobilisation, production artistique et créative) et académiques. Le tiers-lieu de santé agrège une communauté engagée.

« Notre équipe socle locale est constituée, on a des experts à nos côtés, on a nos archis, [...] avocats, comptables etc., et les premiers soutiens institutionnels et tout le tout mixé avec notre communauté très engagée. » (Maison Ellaté)

Loin d'être un simple appoint, la communauté porte le projet :

« C'est vraiment une initiative citoyenne qui a été portée collectivement et qui a été proposée à la direction de l'Hôpital pour investir ces espaces. C'est ce qu'on appellerait aujourd'hui un collectif citoyen, composé à la fois d'équipes hospitalières, d'artistes et notamment d'artistes plasticiens locaux et d'habitants qui font une proposition à la direction de l'hôpital. » (Le 3 Bis F)

Contrairement à d'autres formes organisationnelles hiérarchiques, la cause commune ne mène pas à un alignement des comportements mais chacun peut se saisir différemment des travaux menés en commun pour enrichir ses pratiques propres (Grenier *et al.*, 2019).

La communauté ainsi constituée permet aux TLS étudiés de définir leur offre de service en fonction des besoins de leur territoire. Les expériences de l'Hôtel Pasteur à Rennes, ou de DanaeCare à Saint-Étienne, soulignent l'importance d'inclure les acteurs du territoire (acteurs de santé, collectivités territoriales, acteurs associatifs, etc.) dès le début du projet. C'est à travers un diagnostic territorial partagé puis des ateliers de co-construction que le lieu devient une ressource pour sa communauté, condition indispensable à sa mixité sociale.

Quant aux relations plus spécifiques avec les autres acteurs de santé, la plupart des porteurs de projet qui témoignent dans le webinaire forgent leur conception du tiers-lieu à partir de leur expérience subjective du secteur médico-social ou hospitalier. En tant que professionnel ou personne concernée, ils ont été confrontés aux failles d'un système qui peine à répondre aux besoins de santé globale. Pour autant, les projets ne se présentent pas en rupture avec le système médico-social

et cherchent plutôt à s'y inscrire pleinement, tout en expérimentant des méthodes de travail et des formes organisationnelles plus agiles. Les TLS qui proposent des services d'accès aux soins le font tous dans un cadre d'activités conventionnées avec l'assurance maladie.

Certains des professionnels de santé qui interviennent dans les tiers-lieux dépendent d'Ordres professionnels et plusieurs tiers-lieux (notamment DanaeCare, Maison Perchée, Odile en Bonne Santé, le 3 bis F) participent directement à des coordinations avec d'autres acteurs de santé locaux (hôpitaux, professionnels de santé, etc.)⁷⁴. Néanmoins plusieurs porteurs de projets soulignent les tensions rencontrées tôt dans la vie de leurs collectifs et les résistances à trouver une reconnaissance institutionnelle. La moitié des lieux de notre corpus développe des actions de prévention et d'information relevant de la responsabilité des Agences Régionales de Santé (ARS), mais seuls deux d'entre eux sont parvenus à la formalisation d'une convention avec l'ARS⁷⁵. Les TLS peuvent aussi être perçus par les professionnels du territoire comme venant en compétition plus qu'en coopération avec l'offre de soins locale. Ils entretiennent donc un rapport ambivalent à ces partenariats qui sont souvent nécessaires à leur projet mais ne doivent pas en conditionner l'aboutissement.

Conclusion

Plusieurs courants, telles la psychiatrie institutionnelle ou la santé communautaire, tentent de longue date de cultiver la dimension humaine du soin et la qualité de vie globale dans un système de santé toujours plus focalisé sur le progrès technoscientifique et la performance sur l'espérance de vie. En mobilisant les mêmes caractéristiques que les autres catégories de tiers-lieux comme la diversité des acteurs, l'ouverture et la mixité sociale et générationnelle, l'ancrage territorial fort, la mixité des services et la gouvernance participative (Dagonneau, 2022), les TLS émergent dans le monde de la santé comme des relais prometteurs de ces mouvements. En conjuguant ces deux sources d'influence, ils peuvent être définis comme des laboratoires d'expérimentation de nouvelles pratiques et d'innovation sociale. Sans surtout se substituer au système de santé tel qu'il existe, ils cherchent à renouveler les termes des partenariats de soin à trois niveaux différents : la relation soignants/soignés, la relation entre soignants et enfin la constitution d'une communauté sur

74. Ils sont membres de leurs CPTS pour Odile et DanaeCare, ils ont un partenariat formalisé avec un service de santé mentale pour 3bisF et Maison Perchée, ils interviennent dans la formation professionnelle en santé DanaeCare et Maison Perchée

75. Au moment de la rédaction de cet article, un troisième lieu est en phase finale de la rédaction d'une convention avec l'ARS, il s'agit de la Maison Perchée pour un Groupe d'Entraide Mutuelle.

le territoire. Médecins, paramédicaux, acteurs médico-sociaux, patients, aidants et plus généralement les citoyens engagés sont invités à contribuer à une société du *care* (Gilligan, 1982).

Pour des structures émergentes, tels que les tiers-lieux, le lien avec la recherche doit être approfondi. Si la recherche est une source d'inspiration ou de légitimité, dans un secteur encore peu étudié par les travaux scientifiques, il ne s'agit en aucun cas d'appliquer un modèle déjà bien structuré mais de trouver des combinaisons inédites au croisement de plusieurs champs qui à leur tour peuvent être étudiés par des chercheurs. La présence de nombre d'entre eux aux webinaires de La Fabrique des Santé en témoigne. Ce travail pourrait être suivi par un programme de recherche-action.

En effet, cette recherche présente plusieurs limites. Tout d'abord, faute de données globales, rien ne garantit que notre échantillon de douze tiers-lieux soit représentatif du mouvement. De plus, la plupart des projets présentés lors des webinaires sont récents. Les effets produits par ces lieux devront être analysés plus finement et dans la durée pour saisir la manière dont ils agissent ou non sur les problématiques mises en avant. Cette recherche ne prend notamment pas en compte le point de vue des usagers ni des professionnels travaillant dans ces lieux en dehors de fondateurs ou gestionnaires. Si l'engagement et les intentions sont louables, les TLS peuvent aussi pâtir des fragilités structurelles du mouvement tiers-lieu (Tehel *et al.*, 2023, Ottolini 2023). Les témoignages soulignent les modèles économiques fragiles, le fort engagement bénévole que nécessite ce type de projet (La Générale) ainsi que le débordement engendré par le nombre important de sollicitations (La Maison Perchée) ou la précarité des conditions de travail y compris bénévoles. En outre, les tiers-lieux, comme les communautés et associations de patients, ne sont pas épargnés par des mécanismes de reproduction des rapports de pouvoir et de domination (méritocratie, hiérarchisation des savoirs, violences institutionnelles, asymétrie épistémique) (Broca et Koster, 2011). Les TLS devront donc poursuivre leurs efforts pour questionner la démocratie sanitaire et devenir des organisations transformatrices pour une santé globale. L'existence d'une communauté engagée, la capacité à innover, la mise en réseau de ces initiatives sont autant d'atouts sur lesquels les TLS peuvent s'appuyer pour éviter ces écueils, gagner la confiance des autorités sanitaires et continuer d'éprouver de nouveaux projets (politiques) de santé.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Acker, D. (2024). « 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*, <<https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/communsdeproximite>>, consulté le 20 août 2024.
- Adrian, P. C., Aignon, L., Allais, R., Andrieu, B., Dupont de Dinechin, M., Fontaine, M., Garnier, C., Gentile, M., Gheorghiu, M., Guegen, G., Gustave, A., Hory, A., Hugron, M., Jadin, S., Lecomte, S., Lefetey, P., Mainpin, F., Mayer, E., Neveu, M., Perocheau, G. & Prevedello, X. (2023). *Home-Made – Le mouvement des makers en Nouvelle-Aquitaine entre 2020 & 2022*, Libourne, La Coopérative des tiers-lieux.
- Bataille-Hembert A, Crest-Guilluy M. & Denormandie P. (2023). *Rapport sur la santé des professionnels de santé*, Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités, 53 p.
- Baum, F. & Palmer, C. (2002). « Opportunity structures : urban landscape, social capital and health promotion in Australia », *Health promotion international*, 17(4), p. 351-361.
- Boudier, F., Bensebaa, F. & Jablanczy, A. (2012). « L'émergence du patient-expert : Une perturbation innovante », *Innovations*, 39(3), p. 13-25.
- Broca, S. & Koster, R. (2011). « Les réseaux sociaux de santé : Communauté et co-construction de savoirs profanes », *Les Cahiers du numérique*, 7, p. 103-116.
- Brulé, É. (2023). « Making equity : how the disability community met the maker movement », dans Guffey, E. (ed.), *After Universal Design : The Disability Design Revolution*, Londres, Bloomsbury, p. 99-116.
- Burret, A. (2017). *Étude de la configuration en Tiers-Lieu : la repolitisation par le service*. Thèse de Doctorat, Université de Lyon.
- Butterfield, A. & Martin, D. (2016). « Affective sanctuaries : Understanding Maggie's as therapeutic landscapes », *Landscape Research*, 41(6), p. 695-706.
- Castro, D. (2020). « Une brève synthèse de la littérature sur la notion de pair-aidance », *Le Journal des psychologues*, 2, p. 18-23.
- Colombet, I. & Prod'homme, C. (2023). « Apprentissage par la recherche et enjeux d'une formation à la recherche en soins palliatifs », *Médecine Palliative*, 22(6), p. 304-320.
- de la Hossieraye, L., Ferrari, A. M. & Girard, J. (2023). « L'Ehpad-tiers-lieu : l'Ehpad de demain ? », *Gérontologie et société*, 45(2), p. 83-103.
- Coppel, A., Amaouche, M. & Braggiotti, L. (2020). *Le Bus des femmes : prostituées, histoire d'une mobilisation*, Paris, Anamosa.
- Dagonneau, M. (2022). « Les tiers-lieux en France, laboratoires de nouvelles solidarités socio-spatiales ? », *Bulletin de l'association de géographes français. Géographies*, 99(3), p. 435-457.
- Dodier, N. (2003). « Les premières années de l'épidémie de sida et la conversion politique du mouvement homosexuel », dans Broqua, C., Lert, F., Souteyrand, Y. (dir.), *Homosexualités au temps du sida*, Paris, ANRS Collection Sciences Sociales et Sida, p. 1-18.
- Fasshauer, I. (2023). « Tiers-lieux et santé : la construction de la valeur publique sur les territoires », XXII^e conférence de l'AIMS, 7 > 9 juin 2023, Strasbourg.
- Fasshauer, I. & Ferreira de Moura, C. (2023). « Les tiers-lieux en Ehpad, de nouveaux modes de participation et de socialisation des personnes âgées dépendantes », *Actualité et dossier en santé publique*, 1, p. 44-46.
- Finlay, J., Esposito, M., Kim, M. H., Gomez-Lopez, I. & Clarke, P. (2019). « Closure of « third places »? Exploring potential consequences for collective health and wellbeing », *Health & place*, 60, p. 102-225.
- Gilligan, C. (1982). « New maps of development : new visions of maturity », *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(2), p. 199.
- Glover, T. D. & Parry, D. C. (2009). « À third place in the everyday lives of people living with cancer : Functions of Gilda's Club of Greater Toronto », *Health & place*, 15(1), p. 97-106.
- Grenier, C., Ibrahim, R. & Duprat, L. (2019). « Comment organiser un tiers-lieu éphémère pour favoriser l'émergence d'innovations institutionnelles ? Le cas d'un pôle d'opérateurs de services à domicile », *Innovations*, 61(1), p. 89-115.

- Hagan, R. J. (2020). « Getting out of the house : the use of community transport as a *third place* for rural-dwelling older adults », *Ageing & Society*, 40(11), p. 2519-2539.
- Ibos, C., Damamme, A., Molinier, P. & Paperman, P. (2019). *Vers une société du care : Une politique de l'attention*, Paris, Le Cavalier Bleu Éditions.
- Jourdan, D., O'Neill, M., Dupéré, S. & Stirling, J. (2012). « Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? », *Santé publique*, 2, p. 165-178.
- Jutant, S., Pluen, S. & Zimmermann, L. (2022). « Une démarche communautaire trans : du sida au Covid-19 : Définir l'expertise communautaire à travers l'expérience d'une association trans, de la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine à la prévention du Covid-19 », *Santé Publique*, 34, p. 231-235.
- Kott, S. (2021). *Organiser le monde, une autre histoire de la guerre froide*, Paris, Le Seuil.
- Le Bossé, Y. (2012). *Sortir de l'impuissance. Invitation à soutenir le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités*, Québec, Éditions Ardis.
- Legrand, J. & Pitti, L. (2024). « Des expérimentateurs et promoteurs inattendus : mise en œuvre, effets et usages de l'expérimentation Peps dans 16 centres de santé », *Questions d'Economie de la Santé*, 285.
- Lerner, H. & Berg, C. (2017). « A comparison of three holistic approaches to health : one health, ecohealth, and planetary health », *Frontiers in veterinary science*, 4 (163).
- Levasseur, G. (2005). « La santé communautaire », *La Revue Exercer*, 72, p. 4-7.
- Littman, D. M. (2021). « *Third place* theory and social work : Considering collapsed places », *Journal of Social Work*, 21(5), p. 1225-1242.
- Littman, D. M., Milligan, T., Berry, R., Holloway, B. & Scott, M. L. (2024). « What do recently housed young people imagine for the future of *third places*? Using game-based inquiry to (re) imagine affirming, youth-centered *third places* », *American Journal of Community Psychology*.
- Mariette, A. & Pitti, L. (2021). « Soigner les "précaires" en territoires populaires : La fabrique locale d'une politique de santé publique », *Gouvernement et action publique*, 4, p. 39-67.
- McColl-Kennedy, J. R., Snyder, H., Elg, M., Wittel, L., Helkkula, A., Hogan, S. J. & Anderson, L. (2017). « The changing role of the health care customer : review, synthesis and research agenda », *Journal of Service Management*, 28(1), p. 2-33.
- Nash, L. (2015). « Un siècle toxique. L'émergence de la santé environnementale », *Histoire des savoirs et des techniques. Le siècle des technosciences*, tome 3, Paris, Seuil, p. 144-165.
- Nelson, A. (2011). *Body and Soul : The Black Panther Party and the Fight against Medical Discrimination*. Minneapolis London, University of Minnesota press.
- Oldenburg, R. (1999). *The great good place : Cafes, coffee shops, bookstores, bars, hair salons, and other hangouts at the heart of a community*, Boston, Da Capo Press.
- Ottolini, L. (2020). *Travailler avec le tiers secteur. Études de cas des politiques d'ouverture à la société dans les instituts d'expertise en France de 1990 à 2020*. Thèse de doctorat, Sociologie, Université Gustave Eiffel, Champs-sur-Marne, 448 p.
- Oury, J. (2001). *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*, Champ social Éditions.
- Pollock, A. (2021). *Sickening : anti-black racism and health disparities in the United States*, Minneapolis, University of Minnesota Press.
- Puig de la Bellacasa, M. (2017). *Matters of care : speculative ethics in more than human worlds*, Minneapolis, University of Minnesota Press.
- Richard, C. (2017). *Young Lords : histoire des Black Panthers latinos (1969-1976)*, Paris, L'Échappée.
- Richard, C. (2023). *La santé communautaire : une autre politique du soin*, Cognac, 369 éditions.
- Rosenbaum, M. S. (2006). « Exploring the social supportive role of *third places* in consumers' lives », *Journal of Service Research*, 9(1), p. 59-72.
- Rosenbaum, M. S., Smallwood, J. (2013). « Cancer resource centers as *third places* », *Journal of Services Marketing*, 27(6), p. 472-484.
- Tehel, A. (2019). « Do It Yourself : la fabrication numérique comme empowerment des corps handicapés ? », *Terminal. Technologie de l'information, culture & société*, p. 125-126.
- Tehel, A., Pasquier, R. & de Guibert, A. (2023). « Tiers-lieux et politiques de solidarité en France : la quête contrariée du pouvoir d'agir », *Lien social et Politiques*, 91, p. 181-197.

- Tehel, A. (2022). « Prendre soin de soi, des autres et des choses : une perspective du care dans la fabrication collaborative en Fablabs », *Approches Théoriques en Information-Communication (ATIC)*, 4, p. 83-102.
- Tronto, J. C. (2009). « Consent as a grant of authority : A care ethics reading of informed consent », *Naturalized bioethics*, 182.
- Tu, J. C., Lin, K. C., Chen, H. Y. (2020). « Investigating the Relationship between the *Third places* and the Level of Happiness for Seniors in Taiwan », *International journal of environmental research and public health*, 17(4), 1172.
- Wallerstein, N. (2006). « What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? », Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.