UNIL | Université de Lausanne

Hes·so Master

Master of Science conjoint HES-SO - UNIL
en Sciences de la santé
Orientation Physiothérapie

IDENTITÉ PROFESSIONNELLE DES PHYSIOTHÉRAPEUTES EN SUISSE ROMANDE : UNE EXPLORATION QUALITATIVE DE LEURS DISCOURS AUTOUR DE L'INTERVENTION TARIFAIRE DU CONSEIL FÉDÉRAL DE 2023

Sébastien Gattlen

Sous la direction de
Nicolas Kühne

Sous la codirection de
Véronique Hasler

Experte
Barbara Rau

Lausanne, HES-SO Master, 2024

1. Remerciements

Je tiens à remercier Nicolas Kühne et Véronique Hasler pour leur patience et leur bienveillance. Guider un physiothérapeute plutôt postpositiviste sur le chemin du constructivisme n'est certainement pas chose aisée, mais – de mon point de vue – la réalisation de ce travail de mémoire atteste de leur succès. Leurs mots ont toujours été justes et leur accompagnement m'a fait grandir tant scientifiquement qu'humainement.

Mais si ces deux phares ont contribué à m'amener à bon port, comment remercier à sa juste valeur celle qui m'a non seulement permis, mais surtout encouragé, à oser prendre la mer ? C'est bien grâce à elle que j'ai pu me jeter à l'eau, naviguer d'île sociologique en île philosophique à ma guise, de prendre le temps de les explorer et de m'y abandonner, parfois plusieurs jours, seul. Je mesure pleinement la chance qui fut la mienne, et j'espère pouvoir, une fois, lui rendre la pareille. Merci Valérie.

Merci aussi à mes trois petits matelots qui ont su arrêter de (trop) chahuter quand le capitaine était bougon, et donner vie mon embarcation quand Eole était absent et la mer était d'huile. Je vous dédie cette longue littérature que vous lirez peut-être un jour, quand vous serez grands, Eloïse, Clémence et Florent.

Ce document, enfin, est en quelque sorte le récit d'un voyage parfois plus introspectif qu'académique, et j'aimerai ici remercier toutes celles et ceux que j'ai croisé en mer, les six audacieux participants, et les Néréides qui m'ont permis de les atteindre.

Table des matières

1. Remerciements ii
2. Liste des tableaux v
3. Liste des figures v
4. Liste des abréviations v
5. Résumé vi
1. Introduction ..... - 1 -
2. Contexte et recension des écrits ..... - 3 -
2.1. Physiothérapie et identités ..... - 3 -
2.1.1. Histoire et origines ..... - 3 -
2.1.2. Formation de base et continue ..... - 4 -
2.1.3. Contextes de pratique ..... - 5 -
2.1.4. La force des données probantes ..... - 6 -
2.1.5. *Hands on, hands off*, évolutions actives ..... - 7 -
2.2. Physiothérapie et système de santé ..... - 7 -
2.2.1. Contexte d'interprofessionnalité ..... - 7 -
2.2.2. Professions cousines ..... - 8 -
2.2.3. Evolutions sociétales et systémiques ..... - 9 -
2.3. Physiothérapie et associations professionnelles ..... - 9 -
2.3.1. Développement des professions ..... - 9 -
2.3.2. Histoire récente en Suisse ..... - 10 -
2.3.3. Evolution de la structure tarifaire et situation de blocage ..... - 11 -
2.3.4. Intervention tarifaire du Conseil fédéral ..... - 11 -
3. Cadre théorique ..... - 12 -
3.1. L'identité professionnelle en sociologie ..... - 12 -
3.1.1. Définition du terme « professionnel » ..... - 12 -
3.2. Les dimensions de l'identité professionnelle dans la recherche en santé ..... - 13 -
3.2.1. Dimensions de l'identité professionnelle ..... - 14 -
3.3. Question de recherche ..... - 18 -
4. Méthodologie ..... - 19 -
4.1. Type de recherche ..... - 19 -
4.2. Informations sur le chercheur ..... - 20 -
4.3. Processus de la recherche ..... - 20 -
4.3.1. Echantillon et sélection des participants ..... - 20 -
4.3.2. Récolte des données ..... - 21 -
4.3.3. Analyse thématique réflexive ..... - 22 -
4.4. Ethique de recherche ..... - 23 -

4.5. Limites de la méthode de recherche ..... - 23 -
5. Résultats ..... - 24 -
5.1. Recrutement et entretiens ..... - 24 -
5.2. Description de l'échantillon des participants ..... - 24 -
5.3. Analyse des données recueillies ..... - 25 -
5.4. Résultats de l'analyse thématique ..... - 27 -
5.4.1. Multitâches, adaptable et résilient ..... - 27 -
5.4.2. Légitimation en cours ..... - 32 -
5.4.3. Profession de foi ..... - 38 -
5.4.4. Difficultés communicationnelles ..... - 42 -
5.4.5. Le deuil ..... - 44 -
5.5. Synthèse des résultats ..... - 46 -
6. Discussion ..... - 48 -
6.1. L'identité professionnelle interne à l'individu ..... - 48 -
6.2. Une identité de la profession aux contours flous ..... - 51 -
6.3. Une profession évolutive et en cours de légitimation permanente (du pt de vue des physios) ..... - 53 -
6.4. Limites et forces de l'étude ..... - 55 -
6.5. Implications pour la pratique ..... - 57 -
6.6. Implications pour la recherche ..... - 58 -
7. Conclusion ..... - 59 -
8. Bibliographie ..... - 61 -
9. Annexes ..... - 75 -
9.1. Annexe A ..... - 75 -
9.2. Annexe B ..... - 79 -
9.3. Annexe C ..... - 81 -

2. Liste des tableaux

Tableau 1 : Diversité des pratiques et des contextes en physiothérapie ..... - 6 -
Tableau 2 : Caractéristiques des participants ..... - 25 -
Tableau 3 : Exemples de la démarche de codage inductif ..... - 26 -
Tableau 4 : Présentation des thèmes générés lors de l'analyse ..... - 27 -

3. Liste des figures

Figure 1 : Représentation des thèmes de l'analyse en lien avec les dimensions de l'identité professionnelle ..... - 47 -

4. Liste des abréviations

ASPI – Association suisse des physiothérapeutes indépendants

ATR – Analyse thématique réflexive

CIF – Classification internationale du fonctionnement

CIM – Classification internationale de la maladie

EBP – Evidence based practice (pratique basée sur les données probantes)

EBM – Evidence based medicine (médecine basée sur les données probantes)

5. Résumé

Contexte : L'identité professionnelle est un enjeu important dans un monde de la santé actuel et dans une profession qui a parfois du mal à se définir elle-même. Le champ de compétences des physiothérapeutes et les nombreux domaines dans lesquels ils évoluent rajoutent de la complexité à la définition de leur identité professionnelle. Le Conseil fédéral a mis en consultation une proposition de modification de la structure tarifaire des physiothérapeutes qui menaçait, selon eux, les revenus financiers d'une part et la qualité des soins d'autre part. L'objectif de cette étude était de s'intéresser aux discours des physiothérapeutes sur leur vécu de cette période, et à ce qu'ils disaient de leur identité professionnelle. **Méthode** : Des entretiens semi-directifs de physiothérapeutes de différents profils actifs en Suisse romande ont été conduit sur la base d'un guide d'entretien ad hoc. Les données ont été audio-enregistrées puis retranscrites. L'analyse du matériau a été réalisé suivant la méthode de l'analyse thématique réflexive de Braun & Clarke. **Résultats** : Six participants de cinq cantons ont été auditionnés. Dix thèmes ont été générés qui exprimaient les différents enjeux autour de leur identité professionnelle. Les participants se sentent dans une profession plurielle et évolutive mais aux frontières floues, ce qui engendre un manque de reconnaissance de la part des régulateurs et une légitimité de la profession toujours en développement. A l'inverse, leurs propos dévoilent une composante vocationnelle dans leur choix professionnel et une forte reconnaissance des patients à l'égard de leur travail. Les changements liés à une entrée en vigueur de l'intervention tarifaire seraient assimilables à un processus de deuil. **Conclusions** : Les résultats de cette étude qualitative fournissent des informations clés sur les composantes de l'identité professionnelle des physiothérapeutes et révèlent une identité forte dans un contexte physiothérapeute-patient mais particulièrement fragile dans sa reconnaissance par les régulateurs.

1. Introduction

Cette recherche s'inscrit dans la continuité d'une des raisons pour lesquelles j'ai choisi précisément ce master-ci : en apprendre plus sur moi en apprenant des autres. Je voulais en effet mieux me définir professionnellement en me confrontant aux autres professions, et en requestionnant ma vision des physiothérapeutes dans un contexte plus global et interprofessionnel. L'identité professionnelle joue un rôle clé dans les collaborations interprofessionnelles (Best & Williams, 2019; Mitchell et al., 2011). Ce lieu me semblait donc propice à amener quelques réponses à ces questions identitaires, fondamentales pour moi. En effet, lorsque les formations sont principalement uni-professionnelle, ce qui fut mon cas, les praticiens peuvent avoir « une compréhension limitée ou déformée du rôle, des compétences et de la culture de l'autre » (Lingard et al., 2002), et je voulais m'en éloigner. A contrario, la formation interprofessionnelle peut « aider les professionnels à mieux se connaître eux-mêmes » (Adams et al., 2006), et c'est ce que j'étais venu chercher.

L'utilisation du moteur de recherche PubMed, avec les mots-clés *professional identity* montre que la littérature scientifique autour de ces questions dans les professions de santé a débuté dans les années 1950. Toutefois, ce champ de recherche était peu important jusqu'à la fin du XXème siècle, et reste encore relativement limité jusque dans les années 2010. Les études ciblaient jusqu'alors principalement la médecine et les sciences infirmières. Le monde de la santé au sens large ne semble s'être emparé de la question identitaire que très récemment, et avec une croissance exponentielle de publications depuis lors. Un plus grand nombre de professions intéressées et une amélioration du statut de la recherche qualitative dans la recherche (Hansen, 2020, p. IX), expliquent probablement ce constat. La recherche Pubmed évoquée renvoyait au 26 mai 2024, 3111 résultats entre 1957 et 2010, 3165 résultats entre 2011 et 2018, et 4743 résultats entre 2019 et 2023.

Récemment, un nombre important de *scoping reviews* a été publié sur cette thématique, avec des perspectives différentes. Certaines avaient pour objectif exploratoire la création ou la formation de l'identité professionnelle chez les médecins (Koh et al., 2023), dans les professions de santé (Snell et al., 2020; (Cornett et al., 2023; Mak et al., 2022) ou chez les physiothérapeutes (Rappazzo et al., 2022). D'autres portaient l'identité professionnelle pour faire face à des changements (Schubert et al., 2023; Walder et al., 2022) ou exploraient les liens entre identité professionnelle et interprofessionnelle (Best & Williams, 2019; Tong et al., 2020). L'objectif principal des *scoping reviews* étant de définir les concepts qui sous-tendent un domaine de recherche et les principales sources et types d'éléments probants disponibles (Arksey & O'Malley, 2005), ce foisonnement semble appuyer le constat d'un champ de recherche en plein développement.

Au niveau plus spécifique de la physiothérapie, les professionnels ont repoussé les frontières de leurs pratiques durant la dernière décennie et une des conséquences perçues de ces changements

rapides est que la physiothérapie a du mal à s'identifier elle-même (Kell & Owen, 2008). Dans le même temps, et peut-être en conséquence, les physiothérapeutes se sont montrés plus intéressés à définir leur identité professionnelle et la littérature produite révèle une identité professionnelle complexe et multi-facettée (Nicholls & Gibson, 2010).

Le monde de la physiothérapie est complexe et évolutif et place donc la question de l'identité professionnelle comme un défi très actuel. Toutefois, malgré ce que disent Nicholls & Gibson (2010), sur ces enjeux identitaires, la physiothérapie reste une profession largement sous-étudiée comparativement au monde médical, infirmier, de la psychologie ou de l'ergothérapie (Best & Williams, 2019; Cornett et al., 2023; Fitzgerald, 2020; Mak et al., 2022). D'autre part, une grande partie de la littérature spécifique à l'identité professionnelle dans le monde de la santé se focalise sur les étudiants, ou des contextes particuliers, mais n'apporte pas de vue complète des professions et ne traite pas des problèmes spécifiques des professionnels actifs (Cornett et al., 2023).

Parallèlement à mes interrogations sur l'identité professionnelle, le Conseil fédéral a annoncé le 16 août 2023 la mise en consultation d'une ordonnance visant à modifier la structure tarifaire de la physiothérapie. Cet événement a fait vivement réagir le monde professionnel. Si le potentiel impact financier n'est pas à négliger dans les motivations à manifester, l'ampleur de la réaction dénote vraisemblablement que cette proposition a aussi touché les physiothérapeutes sur leurs valeurs fondamentales, dans leur identité professionnelle. Dès lors, ma recherche s'est recentrée sur cet événement, l'appréhendant comme un révélateur possible d'éléments d'identité professionnelle, peut-être inexprimés en temps normal. Profitant ainsi de ce moment particulier de l'histoire comme angle de recherche, je me suis intéressé aux récits de différents physiothérapeutes autour de cette intervention tarifaire et cette période d'incertitude pour tenter de mettre en évidence des éléments de leur identité professionnelle.

Ce travail de master proposera en premier lieu une plongée dans le monde de la physiothérapie pour mettre en évidence certains des champs de tensions ou d'incertitudes identitaires, historiques ou actuels. Le cadre théorique, construit sur plusieurs *scoping reviews* récentes et une analyse de concept (Cornett et al., 2023; Fitzgerald, 2020; Mak et al., 2022; Rappazzo et al., 2022), sera présenté. Le chapitre suivant sera consacré à la méthodologie qualitative utilisée pour cette recherche. Les résultats de l'analyse thématiques seront ensuite dévoilés. Enfin, ces résultats seront discutés en regard de la littérature et les forces, faiblesses, et perspectives pour la pratique et la recherche concluront ce mémoire.

Afin de simplifier la lecture et de rendre le texte plus accessible, notamment pour les personnes avec des troubles dyslexiques, le masculin générique est utilisé dans ce travail de mémoire. Cette convention inclut toutes les personnes, quel que soit leur genre, et ne vise en aucun cas à discriminer.

2. Contexte et recension des écrits

Ce chapitre est divisé en cinq sections. Les trois premières, distinctes mais complémentaires, visent à présenter la diversité intrinsèque au monde de la physiothérapie, son imbrication dans un système de santé global et finalement l'histoire et les rôles des associations professionnelles. Les deux dernières sections présenteront le contexte politique qui a amené à l'intervention tarifaire. Chaque section établira les liens avec l'identité professionnelle.

2.1. Physiothérapie et identités

Selon les travaux de Mak et al. (2022), l'identité professionnelle se développe continuellement et évolue avec le temps, et les professionnels des métiers de la réhabilitation possèdent des identités multiples et entremêlées. Ces constats confirment le propos de Nicholls et Gibson (2010) qui décrivent la physiothérapie comme complexe et multi-facettée. En Suisse, la situation ne semble pas faire exception à ce constat. Les mots de la co-présidence de l'association bernoise de physiothérapie dans le contexte de l'intervention tarifaire en sont révélateurs : « Lorsque les théoriciens vs praticiens, les propriétaires de cabinets vs physiothérapeutes-chefs, les employés vs indépendants, les grands cabinets vs petits cabinets, les diplômés vs étudiants, les Bachelors vs Masters, les Suisses alémaniques vs romands et tessinois, les pas vraiment vieux vs les prétendument jeunes d'esprit, les inspirés par la médecine alternative vs ceux basés sur des preuves, etc., se font face, qu'est-ce que cela provoque ? […] Il est indéniable […] qu'au sein de groupes professionnels, différentes perspectives et façons d'agir coexistent. » (Haenni & Verra, 2023, traduction libre).

Ces différences peuvent avoir plusieurs origines, certaines dépassant le cadre de l'individu et de la période, relèvent parfois de l'histoire. Les prochaines sous-sections reviennent sur cette diversité intrinsèque à la physiothérapie et les enjeux identitaires qu'elle peut générer.

2.1.1. Histoire et origines

Celui à qui on attribue le titre de « père de la physiothérapie » est le Suédois Per Henrik Ling. Il a fondé l'Institut royal de gymnastique en 1813 pour y enseigner le massage, la manipulation et l'exercice, qui porte le nom suédois de *sjukgymnastik* (gymnastique pour les malades). Mais c'est en 1851 qu'un médecin militaire allemand, Lorenz Gleich, utilise pour la première fois le terme de physiothérapie pour décrire sous une même bannière plusieurs techniques de soins comme l'exercice, le massage et la manipulation, mais également l'hydrothérapie, l'électrothérapie ou la thermothérapie (Terlouw, 2007).

On retrouve de nombreux écrits sur la naissance et le développement de la physiothérapie, en général (Moffat, 2012; Nicholls, 2021) ou dans des pays particuliers (Suisse (Welti, 1997), Suisse

romande (Hasler, 2018a), Pays-Bas (Terlouw, 2007), Etats-Unis (Moffat, 2003), France (Monet, 2003), Norvège (Dahl-Michelsen et al., 2021)) et tous décrivent sensiblement la même histoire, celle d'un regroupement entre deux approches du corps humain souffrant, deux pratiques thérapeutiques, le massage et la gymnastique. Ces deux termes ne rendent pas compte de la diversité des techniques qui les composent encore individuellement mais permettent de saisir une première source de diversité, fondamentale et originelle.

Que ce soit en Angleterre avec la création de la *Society of Trained Masseuses* en 1894 par quatre infirmières (Terlouw, 2007), aux Etats-Unis après la première guerre mondiale avec le regroupement d'une partie des *Reconstruction Aides* en *American Women's Physical Therapeutic Association* (Rathbone, 1933), on constate une origine féminine et partiellement infirmière de la profession. Un rapprochement avec l'Institut de massage et de gymnastique thérapeutique en 1920 change le nom de l'association britannique en *Chartered Society of Massage and Remedial Gymnasts*. Ces deux associations deviendront les actuelles *Chartered Society of Physiotherapy* dès 1944 en Angleterre (Terlouw, 2007) et *American Association of Physical Therapy* en 1947 aux USA (Moffat, 2012).

En France, c'est également après-guerre que se structurent, ou se restructurent les métiers de la santé, avec un diplôme d'Etat d'infirmier-masseur en 1922 (Remondière, 1998) et après une fusion avec les gymnastes médicaux, le titre de masseur-kinésithérapeute en 1946 (Monet, 2003).

Au début du XXème siècle, la Suisse ne fait pas exception à ce qui se passe ailleurs dans le monde, et les techniques et rôles qu'on attribue aujourd'hui à la physiothérapie se partagent entre médecins actifs dans l'orthopédie, masseurs, gymnastes médicaux et infirmiers. Les personnes qui pratiquent alors, se revendiquent soit du massage, soit de la gymnastique, suédoise ou profane (Hasler, 2011). L'association faîtière se crée en 1919 avec une terminologie qui dénote comme ailleurs une première orientation vers le massage : « Fédération professionnelle suisse des masseurs et masseuses diplômés officiellement ». En 1945, le terme « physio » apparaît dans le nom de « Fédération suisse des praticiens en massophysiothérapie », qui rappelle le terme français de masseur-kinésithérapeute (Hasler, 2011). L'appellation physiothérapeute s'imposera dans les années 1960.

La naissance de la physiothérapie au niveau mondial s'est ainsi jouée autour de la réunification du massage et de la gymnastique médicale. A l'origine, ces deux populations de thérapeutes ne provenaient pas forcément des mêmes couches sociales et n'avaient pas toujours les mêmes considérations des médecins et de la population (Hasler & Welti, 2019). Des différences identitaires à l'intérieur de cette profession datent ainsi des premières heures de son existence.

2.1.2. Formation de base et continue

Cette première perspective historique a mis en lumière les différentes identités qui ont pu – ou dû – constituer la physiothérapie à ses débuts. Aujourd'hui, les parcours de formation regroupent dès le départ ces différentes perspectives et approches thérapeutiques. Mais les cursus ne sont pas pour

autant unifiés à l'international. Le niveau de base requis pour pratiquer, *entry level*, varie entre un niveau inférieur au Bachelor et un doctorat (Froment et al., 2019). Ce dernier niveau reste une exception américaine et la durée standard de formation de niveau universitaire de quatre ans pour préparer les étudiants à être des praticiens autonomes.

En Suisse, plusieurs systèmes de formations cohabitent mais nécessitent tous quatre ans de formation après le secondaire II : soit avec une année en pré-HES puis 3 ans de HES, ou 3 ans de HES insérés entre 2 mois de modules complémentaires avant l'entrée en HES et 10 mois de stages consécutifs à l'issue de la formation théorique. La période de formation est un moment crucial dans la construction de l'identité professionnelle (R. L. Cruess et al., 2015; S. R. Cruess et al., 2019; Rappazzo et al., 2022). Le nombre d'années d'études, l'alternance entre théorie et stages, ou encore le titre obtenu qui diffère entre les pays représentent donc différents modes de construction des identités professionnelles. Avec environ 70% de la main d'œuvre qui vient de l'étranger chaque année en Suisse (Merçay et al., 2021), on peut retrouver dans un même cabinet deux à trois cursus de formation différents, sans même parler des cultures, des visions et des rôles et responsabilités des physiothérapeutes dans chaque pays. Ces différentes identités se retrouvent alors ensemble sur le terrain professionnel et constituent des visions potentiellement différentes dans un même corps professionnel.

De plus, et même avec une formation et un bagage scientifique et technique globalement similaire au départ, les compétences des physiothérapeutes se diversifient rapidement avec les orientations choisies – par intérêt personnel ou celui de l'employeur – pour la formation continue. La grande marge de manœuvre dans le choix des stratégies et techniques thérapeutiques des physiothérapeutes et les différences de parcours de formation continue peuvent générer des prises en charge sensiblement différentes pour un même objectif de traitement. On sait aussi que la formation continue modifie un certain nombre de paramètres liés à l'identité professionnelle (Allen et al., 2019) et donc que cette dernière peut évoluer en conséquence (Lockyer et al., 2016; Rasmussen et al., 2018).

2.1.3. Contextes de pratique

Indépendamment des diverses formations de base et continues, un des principes fondamentaux qui réunit tous les physiothérapeutes est le modèle de Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (Stucki et al., 2002). Contrairement aux médecins qui se basent plutôt sur la Classification Internationale des Maladie (CIM) ((Harrison et al., 2021) les physiothérapeutes s'attellent à restaurer la meilleure fonction possible – qu'elle soit musculaire, pulmonaire, neurologique, etc – en tenant compte des capacités de la personne.

Les physiothérapeutes peuvent ainsi être amenés à travailler dans des domaines très différents, en passant par tous les âges de la vie et dans des contextes variés. Ces différents cadres de travail façonnent et modèlent différentes identités professionnelles selon l'expérience de chaque individu (Lockyer et al., 2016; Rasmussen et al., 2018). Petersen et al. (2022) propose la notion de caméléon pour évoquer cette diversité de contextes de travail des physiothérapeutes (Petersen et al., 2022). Grâce à leur formation de base généraliste, il n'est pas rare que les parcours professionnels des physiothérapeutes passent d'ailleurs par plusieurs des cases du tableau non-exhaustif ci-dessous.

Contexte de travail	Domaines de soins
Hôpital de soins aigus	Rhumatologie / Orthopédie / Traumatologie
Centres de réhabilitation	Cardiologie / Pneumologie
EMS / CMS	Neurologie
Pratique libérale - cabinet	Pédiatrie
Pratique libérale - domiciles	Gériatrie
Recherche	Pelvi-périnéologie
Enseignement	Soins intensifs
Management	Grands-brûlés
…	…

Tableau 1 : Diversité des pratiques et des contextes en physiothérapie

2.1.4. La force des données probantes

Que ce soit dans le cadre d'un accès direct (aujourd'hui autorisé mais non remboursé en Suisse (12.3574 | Accès direct à la physiothérapie, 2012) ou pour faire face à des ordonnances médicales lacunaires, les responsabilités et les exigences des physiothérapeutes ont évolué. Le besoin d'une formation de niveau académique et basée sur des données probantes – des preuves – issues de la recherche scientifique sont désormais essentielles pour fournir des prestations appropriées et avec un haut niveau d'efficacité. Cette nouvelle relation à la recherche scientifique ne touche pas que les nouveaux professionnels, mais chaque physiothérapeute au cours de sa carrière.

Le développement de la médecine ou de la pratique basée sur les données probantes – *evidence based medicine* ou *practice* (EBM/EBP) – est vu généralement comme positif par les physiothérapeutes (Mota Da Silva et al., 2015), même si ça n'est pas toujours aisé à implanter (Paci et al., 2021). Des perceptions moins favorables peuvent toutefois apparaître chez les praticiens (Scurlock-Evans et al., 2014), comme une diminution de l'autonomie dans le choix des traitements (Wiles & Barnard, 2001). De telles perceptions dénotent une possible réticence des physiothérapeutes à évoluer dans une direction qui est pour eux ni souhaitée, ni souhaitable car n'entrant pas dans leur référentiel de valeurs.

Pour les nouveaux diplômés en revanche, l'apprentissage de l'EBP est devenu un standard dans les formations et le niveau d'acceptation de l'EBP au moment de l'entrée dans le monde du travail est très bon (McEvoy et al., 2018).

2.1.5. *Hands on, hands off*, évolutions actives

Avec l'amélioration des connaissances scientifiques et de l'EBP, les traitements actifs – le patient réalise des mouvements ou des exercices – ont progressivement montré leur supériorité sur des approches passives – le patient reçoit passivement le traitement (massage, mobilisations, agents physiques, etc) – pour certaines prises en charge comme les douleurs lombaires non-spécifiques (Shipton, 2018; Urits et al., 2019) ou l'arthrose de hanche ou de genou (Bennell & Hinman, 2011; Van Doormaal et al., 2020). Le travail du physiothérapeute est alors amené à changer ses prises en charge en fonction des preuves scientifiques.

L'initiative mondiale *Choosing Wisely* affecte aujourd'hui toutes les professions du domaine de la santé, y compris la physiothérapie, et incite à requestionner les pratiques, certaines ayant court depuis des décennies dans les salles de traitements de physiothérapie (Kharel et al., 2021). Parmi ces changements d'orientations, on délaisse souvent les thérapies passives au profit de prises en charge actives. La présidente de *World physiotherapy* prenait position en faveur de « l'actif » en 2012 : « A travers le monde, les programmes de formation des physiothérapeutes continuent à passer trop d'heures à enseigner aux étudiants comment mobiliser et manipuler des articulations, mener des projets de recherche sans réelle pertinence, et passent tous trop peu de temps au développement de la science du mouvement et à l'expertise dans l'exercice physique. » (Moffat, 2012).

Aujourd'hui, les physiothérapeutes seraient moins « *hands on* » (traitements passifs) et plus « *hands off* » (traitements actifs). Mais ce « virage de l'actif » est aujourd'hui sujet à discussion et des prises de position encouragent à garder un équilibre entre les deux approches (Jull & Moore, 2012; Lluch Girbés et al., 2015). De plus, ces changements de pratique peuvent rencontrer des résistances de la part des physiothérapeutes (Kharel et al., 2022) et ces évolutions professionnelles ont bien une incidence sur l'identité professionnelle (Chen & Reay, 2021; Mackey, 2007). Ces questions touchant à l'identité professionnelle et liées à la nature de l'activité trouvent aussi un intérêt dans d'autres professions, comme l'ostéopathie (Thomson et al., 2014).

2.2. Physiothérapie et système de santé

2.2.1. Contexte d'interprofessionnalité

Le concept d'interprofessionnalité n'est pas nouveau, et les principaux obstacles que sont les différences idéologiques, les déséquilibres dans des relations de pouvoir et les chevauchements de rôles ont déjà été identifiés dans les années 1980 et 1990 (Caldwell & Atwal, 2003). En 2013, Mc

Neil et al. montraient que les barrières liées à la domination médicale, aux stéréotypes professionnels et au manque de respect entre les professions sont liées à l'identité professionnelle (McNeil et al., 2013). Plus récemment, Schot relève trois directions dans lesquelles les professionnels doivent s'engager au moment de construire une collaboration interprofessionnelle : *bridging gaps, negociating overlaps, creating spaces* (Schot et al., 2020). Les obstacles à l'interprofessionnalité semblent avoir peu changé en 30 ans, cependant les situations de travail en équipes interprofessionnelles sont beaucoup plus fréquentes aujourd'hui.

Payne (2006) soutient que la manière dont les identités professionnelles se construisent est en train de changer (Payne, 2006). Historiquement, les rôles étaient bien compris car attribués par des logiques de pouvoir hiérarchisés, alors qu'aujourd'hui, avec l'avènement des équipes interprofessionnelles, ces rôles doivent être négociés de manière plus horizontale. Dans ces circonstances, l'interprofessionnalité peut être vue comme une menace identitaire (Best & Williams, 2019; Mitchell et al., 2011). Toutefois, l'intégration de plus d'interprofessionnalité dans les cursus de formation tendent à diminuer cette impression de menace (Adams et al., 2006).

2.2.2. Professions cousines

Les frontières entre les professions peuvent être floues et relativement perméables dans le contexte de prises en charge interprofessionnelles. Mais certaines pathologies – ou symptomatologies – peuvent être prise en charge par différents professionnels, avec des pratiques similaires, et des frontières forcément fluides comme entre la physiothérapie, l'ostéopathie et la chiropratique (Pincus et al., 2006; Toloui-Wallace et al., 2024). On retrouve d'ailleurs régulièrement l'acronyme « COP » dans la littérature récente sur les problématiques musculosquelettiques pour parler des Chiropraticiens-Ostéopathes-Physiothérapeutes comme un même « groupe » de professions (Draper-Rodi et al., 2024). Les questions du développement et de la reconnaissance de ces trois professions sont également étudiées en Suisse (Hasler, 2018b).

Mais des zones de chevauchements peuvent aussi apparaître avec d'autres professionnels comme les sages-femmes dans les prises en charge de la femme enceinte, pré ou post partum (Crampton et al., 2018; Haddow et al., 2005) ou les ergothérapeutes autour de l'accident vasculaire cérébral (AVC) (Booth & Hewison, 2002). Ces zones de chevauchements peuvent être problématiques dans la construction et le maintien d'une identité professionnelle car elles complexifient la manière avec laquelle les professionnels d'un domaine se différencient des autres (Norris, 2001).

D'autres professionnels, dont l'apparition en Suisse est relativement récente (*L'ASP-APA*, s. d.), sont les spécialistes en activités physiques adaptées : les « APA ». Leur champ d'action, focalisé sur la partie active du traitement, peut être perçu comme faisant partie de la physiothérapie (Standal et al., 2018), ce qui peut aussi amener de la confusion dans la séparation des rôles.

2.2.3. Evolutions sociétales et systémiques

Le premier objectif politique dans la mise en place des systèmes de santé – avec des modèles très divers – était de couvrir la plus large part de la population. Depuis les années 1980, et une fois le premier objectif globalement atteint, le défi s'est transformé en une recherche de l'équilibre financier des différents systèmes (Bergeron & Castel, 2022, p. 77). Dans ce contexte, l'efficience des traitements est devenue une préoccupation centrale autant des politiques, que des assurances et finalement des prestataires. Dans le même temps, les patients n'ont jamais été aussi impliqués dans les décisions de santé les concernant, le système étant passé d'un modèle très paternaliste de la médecine au *patient-centered care* voire même au *patient partner* (Karazivan et al., 2015). Malgré donc un contexte financier très tendu, les prestations de soins se personnalisent et les patients souhaitent avoir le choix des professionnels à consulter le moment venu (Higgs et al., 2009; Rorive Feytmans & Kaufmann, 2022).

De nouveaux modèles de financement des soins, comme le *value-based care* voient le jour (Porter, 2006), et sont aussi étudiés en Suisse (Groupe mutuel, 2021). Ce modèle s'accompagne de nouveaux outils de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients : les *PROMs* et les *PREMs*, y compris dans le domaine de la physiothérapie (Eversole et al., 2021; Steenhuis et al., 2017). Cette vision économique de la santé, qui met en relation les résultats de santé et les coûts induits, peut entrer en interférence avec l'identité professionnelle construite autour de principe fondamental d'apporter avant tout le meilleur soin au patient, qu'on retrouve chez les médecins (Erichsen Andersson et al., 2015) ou chez les infirmières (Pittman et al., 2021).

2.3. Physiothérapie et associations professionnelles

2.3.1. Développement des professions

Le positionnement des professions dans leurs sociétés respectives ne s'est pas uniquement appuyé sur le professionnalisme de leurs membres mais surtout par des mouvements communautaires pour négocier, défendre ou assoir des privilèges. Ce type de logique s'est construit diversement dans les mondes latins-catholiques et germaniques-protestants.

A l'ouest et au sud du Rhin, c'est la logique des corporations et des corps d'Etat qui ont présidé à l'installation des professions dans le paysage du travail. L'apogée du corporatisme en France, entre le XVe et le XVIIe siècle, est marquée par la généralisation des lettres patentes royales qui imposent une reconnaissance juridique de la corporation par l'Etat et le roi. Ces corporations régissaient autant les métiers (apprentis-compagnons-maîtres) que les professions libérales (écoliers-bacheliers-docteurs) (Dubar et al., 2015, p. 29). Les fonctions de ces corporations étaient de : « 1. Définir les contours du métier face aux autres métiers connexes pour s'assurer le monopole de la production. 2. Garantir la qualité du travail et l'honnêteté de ses membres. 3. Règlementer la

formation des apprentis et l'accès à la maîtrise » (Osty, 2010, pp. 43-44). La reconnaissance de l'Etat est nécessaire et inévitable.

A l'est et au nord du Rhin ou encore dans l'Amérique puritaine, la logique est différente. Le modèle à l'œuvre est qualifié de « collégial » et « repose sur le principe de l'auto-gouvernement de la profession définie comme une « communauté d'égaux »» (Dubar et al., 2015, p. 38). Contrairement à la logique de la corporation ou du compagnonnage, avec une hiérarchie de l'apprenti au maître, et une forte composante héréditaire, le modèle allemand qui tient plus de la confrérie, se veut égalitaire et horizontal, on y adhère librement. Et surtout, la communauté se dote de ses propres règles en préservant son autonomie absolue face à l'Etat et en négociant régulièrement avec ce dernier.

La Suisse, bien que se trouvant à la confluence de ces deux cultures, n'a jamais connu de modèle monarchique centralisé et s'ancre ainsi plutôt dans le modèle germanique (Dubar et al., 2015, p. 40). Toutefois, on retrouve dans les deux modèles, l'envie et le besoin de créer des règles internes à la profession, des éléments de déontologie professionnelle et de valeurs communes (Dubar et al., 2015, p. 30, 39).

2.3.2. Histoire récente en Suisse

Les premiers combats de l'association faîtière de physiothérapie ont été d'obtenir une certaine légitimité de la profession au travers d'une règlementation fédérale et par là même de limiter la main-d'œuvre sur un marché de la santé saturé au début du siècle dernier (Hasler & Welti, 2019). Mais un autre objectif, plus philosophique voire identitaire était de trouver une solution pour faire d'un regroupement de personnes issues de champs de formation très hétérogènes un vrai corps professionnel. Le comité central a alors décidé de porter son attention sur la formation pour tenter de diminuer les différences au sein de ses membres. Ainsi l'association a supervisé les filières de formations jusqu'en 1975, avant que la Croix-Rouge suisse n'en prenne la responsabilité sur décision des directeurs cantonaux de la santé. Les accords de Bologne a eu pour effet d'académiser la formation mais a engendré sur un même marché du travail des physiothérapeutes avec, sur le papier, des niveaux de formation différents. Afin d'éviter une division dans le groupe professionnel des physiothérapeutes, une coopération vertueuse entre les HES, les associations professionnelles et le Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation (SEFRI), a permis de mettre en place un système de qualification complémentaire pour obtenir le titre de Bachelor a posteriori (Hasler & Welti, 2019). Les associations professionnelles semblent en effet avoir une influence sur l'identité professionnelle de leurs membres (Cotton, 2017; Cournoyer & Turcotte, 2016).

Le rôle des associations professionnelles en Suisse, en tout cas dans la santé, sont à mi-chemin entre les visions « corporation » et « confrérie ». Elles sont reconnues et régulées par l'état, et sont pour partie pourvoyeuses de formations continues, mais elles ne disposent pas des pouvoirs d'un

ordre comme c'est le cas en France. Chacun est en effet libre d'y adhérer et de se soumettre aux codes de déontologie, mais ça n'est pas obligatoire pour la pratique.

2.3.3. Evolution de la structure tarifaire et situation de blocage

Avant l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) en 1996, et le principe de l'obligation d'assurance, les prestations de physiothérapie étaient déjà remboursées par les assurances de base et régies par la loi fédérale sur l'assurance maladie et accidents (LAMA) de 1912. La structure tarifaire actuelle pour la physiothérapie est entrée en vigueur en juillet 1998 après négociation avec le Concordat des assureurs-maladie suisses (CAMS). Le modèle des coûts alors utilisé était basé sur des données de 1994. Cette structure a ensuite été reprise dans la convention du 15 décembre 2001 par H+ et santésuisse (successeur du CAMS), et approuvée par le Conseil fédéral le 13 décembre 2004.

Des discussions autour d'une nouvelle structure ont eu lieu entre 2015 et 2016 entre physioswiss, H+ et les communautés d'achat Tarifsuisse et HSK après que les négociations sur la valeur du point, qui se sont étalées entre 2008 et 2014, avaient abouti. Ces nouvelles négociations ont échoué suite à un retrait de physioswiss qui craignait que les modifications proposées n'entrainent une péjoration des conditions financières de ses membres. Face à cette situation de blocage, le Conseil fédéral a décidé le 23 novembre 2016 de fixer la structure tarifaire prévalant jusque-là comme annexe 2 de l'ordonnance sur l'adaptation et la fixation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie (RS 832.102.5) et ainsi d'en prolonger la validité.

Le 18 octobre 2017, le Conseil fédéral a adopté une modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie valable dès le 1er janvier 2018. Les modifications apportées alors sont mineures et consistent principalement en la fusion de deux positions tarifaires de physiothérapie complexe et une modification des possibilités de facturation de matériel utilisé pour les traitements.

Les partenaires tarifaires n'ayant pas réussi à redémarrer des négociations pour une révision complète depuis, le Conseil fédéral a décidé le 16 août 2023 d'utiliser à nouveau sa possibilité d'agir par voie d'ordonnance. Il a ainsi mis en consultation deux variantes pour introduire une notion de durée dans les forfaits de physiothérapie. La fin de la consultation était fixée au 17 novembre 2023.

2.3.4. Intervention tarifaire du Conseil fédéral

L'intervention du Conseil fédéral portait sur l'introduction d'une durée dans les forfaits de physiothérapie. Deux variantes étaient proposées :

<u>Variante 1</u> : Une durée minimale de séance est introduite, de respectivement 30 ou 45 minutes pour les deux forfaits de séance de physiothérapie générale et complexe existants. Une nouvelle position

pour une séance courte (20 minutes) est également créée. Les forfaits sont rémunérés à hauteur de 32, 48 et 77 points tarifaires (la valeur du point varie selon les cantons entre 95 ct et 1.08 frs).

Variante 2 : Les deux forfaits existants pour la physiothérapie générale et complexe sont chacun remplacé par une position de base de 20 minutes accompagnée d'une position de supplément pour chaque tranche de 5 minutes supplémentaires. La position de base est rémunérée à hauteur de 32 points tarifaires, contre huit pour chaque tranche de 5 minutes. Une limite de consultation est fixée à respectivement 45 minutes pour la physiothérapie générale et 75 minutes pour la physiothérapie complexe.

L'objectif visé par le Conseil fédéral est une meilleure transparence dans la facturation. Aucune précision sur les modalités d'entrée en vigueur de ces adaptations ne faisait partie du message. Les physiothérapeutes redoutaient que la durée de 20 minutes ne devienne rapidement la norme et craignaient ainsi pour la qualité des traitements et une diminution de leurs revenus (par une augmentation du temps administratif non-facturable généré).

Dans tous les cas, il est nécessaire de préciser que ces modifications n'impacteraient que les prestations ambulatoires qui sont seules soumises à la structure tarifaire, et qui sont à 100% à charge des caisses-maladie. Le lieu de la prestation n'a pas d'influence. Le traitement peut être réalisé dans le service de physiothérapie d'un hôpital, dans un cabinet ou au domicile du patient. Les prestations effectuées dans le cadre d'une hospitalisation en soins aigus sont quant à elles intégrées dans les swissDRG et dans ST-Reha pour les soins de réadaptation. Ces deux modèles de facturation sont financés à 55% par les cantons et à 45% par les caisses-maladie et ne seraient pas modifiés par l'intervention tarifaire du Conseil fédéral.

3. Cadre théorique

3.1. L'identité professionnelle en sociologie

3.1.1. Définition du terme « professionnel »

Dans le chapitre précédent les termes de « métiers » ou « professions » de la santé ont été utilisés avec un sens équivalent. Or, on ne peut aborder l'identité professionnelle sans préciser les différents sens que peut prendre le terme de profession, et apporter un regard historique et culturel des considérations sociologiques à son égard.

Dans le monde anglo-saxon, une profession (profession) possède un statut social clairement (légalement) défini et peut s'auto-organiser en association professionnelle (ordre), par opposition aux emplois (occupations) dont les membres peuvent uniquement adhérer à des syndicats. Cette

vision des professions est historiquement ancrée dans une vision fonctionnaliste, portée selon les pays et les contextes par Durkheim, Carr-Saunders et Wilson, ou encore Parons (Dubar et al., 2015).

Plus tard, l'école de Chicago, qualifiée d'interactionniste et portée par Hughes, Becker, ou encore Strauss (Dubar et al., 2015) « valorise les professions (métiers, emplois) comme des formes d'accomplissement de soi. L'activité professionnelle de n'importe qui doit être étudiée comme un processus biographique et même identitaire », contrairement à la théorie fonctionnaliste qui « privilégie l'enjeu de l'organisation sociale » (Dubar et al., 2015, p. 99). L'usage du mot profession dans la langue française se place ainsi plutôt dans une perspective interactionniste, en lui conférant plusieurs significations et ne la réservant pas à certaines professions intellectuelles. Ainsi, Dubar, Tripier et Boussard (2015) définissent quatre sens distincts que peu endosser le mot professions.

Le premier sens peut être compris sur sa base étymologique latine de *professio* au sens religieux de la profession de foi, de l'acte déclaratif d'expression de ses convictions ou ses croyances. Ce sens peut se reporter à la notion de *calling* en anglais (Vocation) ou de *Beruf* en allemand (métier et vocation) (Dubar et al., 2015, p. 11). Le deuxième sens du mot profession et celui par lequel on définit l'activité rémunérée de quelqu'un. Cette définition renvoie à la notion de travail ou d'emploi (Dubar et al., 2015, p. 11). Le troisième sens est celui qui envisage la profession comme un groupe de personnes exerçant un même métier. Ce dernier n'est alors pas restreint aux professions, souvent limitées par les fonctionnalistes à la théologie, au droit et à la médecine, qui avaient présidé à la division des universités au Moyen-Age (Dubar et al., 2015, p. 12). Un quatrième sens, faisant plus référence à l'adjectif « professionnel » renvoie à la notion de fonction, de compétence, de qualité. « Le terme « reconnaissance » est au cœur de ce dernier univers de signification » (Dubar et al., 2015, p. 12). Ce travail de master mobilise donc le champ lexical de la profession dans un sens francophone et interactionniste.

3.2. Les dimensions de l'identité professionnelle dans la recherche en santé

Malgré l'accroissement des publications sur l'identité professionnelle dans les professions de santé, ce terme d'identité professionnelle est encore souvent utilisé sans définition claire et unifiée, avec des dénominations diverses telles que *professionalism, professional self-concept*, ou encore *professional socialization* (Fitzgerald, 2020). Forte de ce constat, Fitzgerald (2020) a procédé à une analyse de concept sur la base de la littérature existante dans le but de proposer une définition qui puisse être partagée et communément utilisée dans les recherches futures. La présente recherche s'appuie sur le découpage proposé par Fitzgerald (2020), tout en prenant en compte les résultats d'autres recherches qui ont eu lieu peu après (Cornett et al., 2023; Mak et al., 2022; Rappazzo et al., 2022) et qui apportent également un éclairage pertinent sur ces questions.

3.2.1. Dimensions de l'identité professionnelle

Fitzgerald (2020) propose donc une composition de l'identité professionnelle en cinq grands thèmes : les comportements et activités ; les connaissances et compétences ; les valeurs, croyances et éthique ; le contexte et la socialisation ; l'identité personnelle et de groupe. Les trois premières catégories sont plutôt des composantes intrinsèques à l'individu et les deux dernières des facteurs de processus de création ou de modification de l'identité professionnelle. Ces deux dernières dimensions de l'identité professionnelle font l'objet d'un découpage différent chez Fitzgerald (2020) et chez Cornett et al. (2023). Fitzgerald (2020) considère sous un même point la notion de contexte général (allant du lieu de travail au système socio-sanitaire) et celle de la démarcation des frontières entre professions. Elle traite ensuite l'identification à son propre groupe professionnel comme élément indépendant. De leur côté, Cornett et al. (2023) traitent le contexte pour lui-même, et ce dernier est appréhendé dans « *the world around me* ». Les notions d'identification au groupe professionnel et de distinctions entre groupes sont analysées dans un même thème, « *belonging* ».

Le contexte de travail étant en effet difficilement dissociable des relations humaines et professionnelles qui le compose, et des luttes de frontières qui s'y jouent, le découpage de Fitzgerald (2020) fait du sens. D'autre part, dans la perspective de la théorie de l'identité sociale et des relations intergroupes (Tajfel, 1982), l'analyse commune des éléments d'identification à un groupe et de ceux de démarcation envers d'autres groupes que font Cornett et al. (2023) se justifie également. Afin d'étudier plus distinctement chaque élément pour la suite de cette recherche, le choix s'est porté sur une solution idoine en considérant ces derniers thèmes comme trois dimensions distinctes, à savoir : le contexte, les relations intergroupes et l'identité de groupe. Les trois premiers thèmes étant repris tels quels de Fitzgerald (2020). Les paragraphes suivants précisent chaque thème ainsi déterminé.

3.2.1.1. Comportement et activités

Ce premier thème décrit par Fitzgerald (2020), « *actions and behaviors* », est basé sur ce que les professionnels font concrètement. On retrouve le même axe chez Cornett et al. (2023) avec les notions de « *becoming from performing* » et de « *role* » ou chez Mak et al. (2022) avec la catégorie « *person* » qui décrit ce qu'un individu vit lorsqu'il s'engage dans des activités professionnelles et l'impact de ces expériences sur son identité professionnelle. Cette première catégorie relève donc des aspects performatifs du développement de l'identité professionnelle, les individus apprenant à s'identifier en tant que professionnels de la santé par l'observation, l'expérimentation et la modélisation des rôles, qui est ensuite consolidé par la répétition, la pratique, le retour d'information et la validation (Cornett et al., 2023). Cette progression peut augmenter le sentiment de confiance en soi en tant que professionnel de la santé. Elle peut également avoir un impact négatif si les tâches à accomplir sont différentes des caractéristiques attendues du professionnel en question. Une telle situation peut aboutir à un sentiment d'isolement et d'exclusion de la profession qui affecte la satisfaction au travail et l'identification à la profession (Fitzgerald, 2020).

3.2.1.2. Connaissances et compétences

Ce deuxième thème de l'analyse de concept de Fitzgerald (2020), « *knowledge and skills* », exprime ce que les professionnels savent, ce sur quoi ils s'appuient pour mettre en œuvre les rôles et les missions professionnelles qui leurs sont assignés. Rappazzo et al. (2023), dont la population cible était les étudiants, placent les connaissances et leur apprentissage dans un deuxième niveau, juste après les composantes centrales de l'identité personnelle préalable. Les compétences globales en matière d'intelligence émotionnelle, de maturité et de capacité de réflexion critique s'acquièrent quant à elles dans la pratique clinique. Ces compétences s'alignent sur les valeurs fondamentales qu'un étudiant en physiothérapie développe au travers de l'éducation et de l'exposition clinique (Rappazzo et al., 2022). Chez Cornett et al. (2023), qui visaient une population de professionnels, on retrouve cette notion d'acquisition de connaissances par la pratique, « *knowing from practicising* », mais aussi dans des qualifications et titres postérieurs. Elles notent d'ailleurs qu'un manque de formation continue et d'opportunités d'apprentissage représente un obstacle au développement de l'identité professionnelle. Que ce soit dans la formation initiale ou continue, et indépendamment des modes d'acquisition, Fitzgerald (2020) affirme que les professions sont définies en fonction de leur corpus de connaissances, de leur éducation formelle et de leur certification. Elle postule même que c'est l'étendue des connaissances, plus que l'expérience, qui permet aux soignants de maintenir un niveau de professionnalisme élevé dans un environnement de santé qui évolue rapidement (Fitzgerald, 2020).

3.2.1.3. Valeurs, croyances, éthique

Le troisième volet présenté par Fitzgerald (2020) s'appuie sur ce en quoi les professionnels croient, sur les valeurs qui les guident. Les résultats de son analyse montrent l'importance pour les professionnels d'internaliser les valeurs de la profession concernée pour pouvoir s'y engager pleinement. Pour Fitzgerald (2020), les valeurs et l'éthique professionnelle se développent seulement après avoir pris confiance dans l'activité, grâce au savoir-faire de base. Cette notion de chronologie est également mise en avant par Rappazzo et al. (2023). Fitzgerald (2020) conclut ce thème avec le fait que les attributs moraux de l'identité professionnelle sont importants dans les professions de la santé parce que le travail avec l'humain est délicat et qu'il n'y a souvent pas de réponses claires et nettes. Chez Cornett et al. (2023) on retrouve aussi cette notion d'internalisation des valeurs et croyances professionnelles qui est pour elles une actualisation des valeurs propres et croyances personnelles et que, pour la majorité des professionnels, c'est un processus naturel. Cependant, pour ceux dont l'identité personnelle ou les croyances sont en désaccord avec certains aspects de leur identité professionnelle, comme les discours des groupes sociaux ou les paradigmes professionnels dominants, la consolidation de l'identité professionnelle peut s'avérer problématique.

3.2.1.4. Contexte

Tenant compte de la définition du contexte exprimée plus haut, on retrouve chez Fitzgerald (2020) que le développement de l'identité professionnelle est toujours situé dans un contexte donné : hôpital, cabinet, université, etc. Cette notion de situation est également soutenue par Rappazzo et al. (2023) au travers des stages pratiques des étudiants en physiothérapie. Cornett et al. (2023) précisent en quoi ce contexte peut exercer une influence sur l'identité professionnelle avec des éléments très concret comme les ressources, les horaires, la rémunération. Elles évoquent également l'influence des paradigmes dominants – en citant le modèle biomédical – présidant à l'organisation d'un service, ainsi qu'à la faveur accordée aux connaissances fondées sur des données probantes par rapport à celles fondées sur l'expérience (Cornett et al., 2023). Fitzgerald (2020) met également en tension les dimensions plus difficilement mesurables dans la pratique, comme les aspects relationnels et expérientiels des soins de santé, avec des éléments mesurables, issus d'une situation socio-politico-économique donnée. Cette forte valorisation de critères de qualité, comparables et commercialisables se retrouve également chez Cornett et al. (2023). Mais, l'augmentation de la prise en compte des *PROMs* et des *PREMs* (Eijsink et al., 2023), y compris en physiothérapie (Cook et al., 2021) montrent que ces éléments plus difficilement mesurables deviennent aussi des éléments de contexte à prendre en compte.

Un dernier point abordé ici par Cornett et al. (2023), est le jeu de pouvoir et les hiérarchies. Ces dernières pouvant être établies entre les différentes professions ou à l'intérieur d'une même profession, et peuvent être établies sur la base de la spécialité, de l'ancienneté, du niveau de qualification ou du statut privé ou public de l'établissement de soin. Ces jeux de pouvoir pourraient également être abordé sous l'angle des relations intergroupes, mais Cornett et al. (2020) justifient leur placement dans le contexte par le fait que les hiérarchies ne peuvent exister que dans un système organisationnel ou culturel donné.

3.2.1.5. Relations intergroupes

Fitzgerald (2020) aborde les relations entre les professions sous l'angle de la socialisation, faisant référence à de nombreux chercheurs qui ont affirmé que l'identité professionnelle ne pouvait être séparée de l'identité sociale. Reprenant d'autres auteurs, elle évoque le fait que les étudiants apprennent à définir ce qu'ils sont mais également ce qu'ils ne sont pas et que les caractéristiques d'une profession peuvent la distinguer des autres indépendamment du contexte (Fitzgerald, 2020).

Les interactions au chevet d'un patient participent à la création de l'identité sociale des professionnels qui s'influencent et apprennent à se distinguer mutuellement lors de ces collaborations concrètes (Fitzgerald, 2020). La théorie de l'identité sociale de Tajfel (1982) soutient cette vision par sa description du biais pro-endogroupe – qui génère des visions plus positives et valorisées des membres de son groupe – ou des conflits endogroupe-exogroupe qui dessine les problématiques des frontières entre deux groupes.

La question des frontières entre les professions est également abordée par Cornett et al. (2023), sous l'appellation de « *boundary closure* ». Elles relèvent que l'existence ou la création de ces frontières sert à délimiter des professions ou des spécialités, et participent ainsi à la consolidation de l'identité professionnelle. Elles évoquent aussi la notion de frontière comme une zone de passage, « *boundary crossing* ». Dans ce cas, elles expriment les influences sur l'identité professionnelle du passage d'un niveau professionnel à un autre, par étendue ou spécialisation des pratiques, ou par des transitions de rôles en acquérant un statut de clinicien, d'enseignant ou de manager (Cornett et al., 2023). Elles soulèvent également que les professionnels sont souvent appelés à travailler avec de multiples casquettes et à traverser régulièrement ces frontières professionnelles (Cornett et al., 2023).

3.2.1.6. Identité de groupe

Le dernier thème de la structuration de l'identité professionnelle exprime les relations entre l'identité de l'individu avec celle de son groupe d'appartenance sociale, ici professionnelle. L'identité de groupe présuppose qu'il soit reconnu par la société et qu'il participe lui-même à la création d'idéaux et de valeurs. Ces dernières sont ensuite partagées à l'interne par les professionnels qui y développent leur identité professionnelle (Fitzgerald, 2020). Cornett et al. (2023) font également ressortir l'importance de l'identité de groupe vers laquelle les professionnels ou futurs professionnels tendent ou veulent tendre. Mak et al. (2022) relèvent également que la perception que les praticiens de réhabilitation ont de leur profession a une influence sur leur identité professionnelle. En revanche, la perception de la profession par les individus externes, a également une incidence sur l'identité professionnelle. Dans certaines situations, des professionnels acceptent de se conformer à l'image ou à des rôles que d'autres leurs attribuent et renforcent ainsi des fausses conceptions de la profession qui peuvent amener de la confusion dans sa propre identité (Mak et al., 2022).

Finalement, Cornett et al. (2023) relèvent que l'identification à une organisation peut également jouer un rôle important dans l'identité professionnelle. Ce dernier point fait écho aux différentes entités qu'on retrouve dans certains travaux de sociologie et auxquelles les professionnels peuvent s'identifier : l'identité par le métier, l'identité par le groupe, et l'identité par l'entreprise (Albert et al., 2006). Dubar évoque quant à lui l'identification à un poste, à une fonction, à une discipline ou à une entreprise (Dubar, 2022, pp. 150-153).

On se retrouve ici au cœur même de la notion sociologique de socialisation, lors de laquelle un individu intègre progressivement les normes et valeurs d'un groupe. L'identité et la reconnaissance sociale du groupe de référence ou de la profession déterminent la désirabilité qu'un individu aura à appartenir et à s'intégrer à ce groupe. Dans le cas de Rappazzo et al. (2023), il est même question de socialisation anticipatrice telle que décrite par Merton (cité par Dubar, 2022, pp. 57-60) car les étudiants cherchent à intégrer les normes et reproduire les comportements d'un groupe auquel ils n'appartiennent pas encore.

Pour conclure cette partie sur les composantes de l'identité professionnelle, il est à relever que les six dimensions ne peuvent pas être complètement isolées les unes des autres mais qu'au contraire elles se nourrissent entre elles pour constituer l'identité professionnelle d'un individu. Chaque dimension peut ainsi s'aligner plus ou moins avec les caractéristiques de l'identité personnelle préalable de l'individu qui ressentira plus ou moins de tension entre son soi-personnel et son soi-professionnel. Cornett et al. (2023) décrivent cette tension comme le « *self and fit* » en la rattachant plutôt aux valeurs et croyances. Cependant, des discrépances peuvent vraisemblablement se retrouver dans toutes les composantes exposées ci-dessus et conduire à des inconforts ou des malaises chez les professionnels.

3.3. Question de recherche

Au regard du contexte développé plus haut et du cadre théorique présenté, et pour reprendre les termes de Dubar, Tripier et Boussard (2015, pp. 330-332) il apparaît qu'il n'existe pas de profession séparée, unifiée, établie ou objective, et le monde de la physiothérapie est un très bon exemple de cette réalité. Pas séparée car fait partie intégrante d'un système de santé aux interactions et luttes de frontières multiples, pas unifiée car constituée de formes de travail – en milieu libéral ou hospitalier – et de disciplines internes diverses, pas établie car soumise aux configurations historico-politiques et toujours sujette à repositionnement dans un système de santé qui évolue, et pas objective car une profession n'est pas un objet positiviste mais une constructions de discours sur des pratiques et un enchevêtrement d'identités professionnelles différentes.

Pour Dubar (2022), l'entrée dans le « phénomène identitaire conçu comme produit de la socialisation est fournie par l'éclairage phénoménologique et compréhensif […] : c'est par l'analyse des mondes construits mentalement par les individus à partir de leur expérience sociale que le sociologue peut le mieux reconstruire les identités typiques pertinentes dans un champ social spécifique. » (Dubar, 2022, p. 99). Suivant ce principe, il semblait opportun de s'intéresser au vécu de cet « événement social » qu'était la période de consultation par les physiothérapeutes pour mettre en évidence certains traits caractéristiques de leur identité professionnelle et les éventuelles dynamiques identitaires sous-jacentes. L'hypothèse de départ est que les six dimensions de l'identité professionnelle exposées dans le cadre théorique peuvent être impactées par l'intervention tarifaire et donc se retrouver dans les discours des participants.

Les questions posées dans cette recherche sont :

1) Qu'est-ce que les discours exprimés par les physiothérapeutes autour de la période de consultation disent sur leur identité professionnelle ?

2) Comment les différentes dimensions de l'identité professionnelle s'articulent-elles ?

4. Méthodologie

4.1. Type de recherche

Afin de répondre aux questions posées dans cette étude, le choix s'est porté sur une méthode qualitative. En effet, une telle approche permet d'avoir « accès aux catégories culturelles et aux hypothèses à partir desquelles les personnes interviewées se représentent et construisent le monde » (Boutin, 2018, p. 16). Pour essayer de déterminer quelles sont les dimensions de l'identité professionnelle des physiothérapeutes, et lesquelles peuvent être impactées par une intervention tarifaire imposée, la méthode qualitative semble donc la plus adaptée.

Le paradigme adopté ici est interprétatif, en ce sens que la subjectivité du chercheur fait partie intégrante du processus, de la génération de données (co-construites par l'interaction entre chercheur et participant) à l'analyse de celles-ci (en utilisant sa subjectivité comme ressource). Pour Braun & Clarke (2022) dont j'ai utilisé la méthodologie de l'analyse thématique réflexive, décrite plus loin, « l'analyse qualitative est *toujours* une activité interprétative » (souligné par les autrices) (2022, p. 196). De plus, dans cette méthode, la subjectivité est considérée comme une ressource qui enrichit l'analyse, contrairement à l'approche (post-)positiviste qui voit la subjectivité comme un biais à éviter au maximum (Braun & Clarke, 2022, p. 295).

L'approche ontologique de cette recherche est le relativisme. L'identité professionnelle n'est pas considérée comme une réalité en soi, objective et indépendante, mais un construit social façonné par les individus, leur culture, et le contexte. Sur le plan épistémologique, cette étude s'inscrit dans le courant constructiviste (Berger & Luckmann, 2022). En appliquant cette perspective à l'analyse thématique réflexive, le chercheur ne cherche pas à révéler ou découvrir un sens dans les données ; au contraire, il produit et attribue du sens à ces données (Braun & Clarke, 2022, p. 179). Le recours à une méthode qualitative et à des entretiens semi-structuré a permis de comprendre l'expérience des participants pendant la période de consultation et d'examiner son influence sur leur « réalité » professionnelle et identitaire.

La méthodologie utilisée pour cette étude est l'analyse thématique réflexive (ATR) telle que décrite par Braun & Clarke (2022). L'ATR est une méthode qui permet à un chercheur débutant en recherche qualitative de structurer sa démarche de manière cohérente, tout en encourageant les allers-retours entre les différentes étapes. Cette stratégie présente le double avantage de renforcer la réflexivité tout au long du processus et de progresser dans la compréhension globale de la démarche. Ce processus est particulièrement intéressant dans une perspective pédagogique pour le chercheur lui-même.

L'autre intérêt marqué pour cette méthode réside dans l'approche de la subjectivité du chercheur. En effet, je suis un professionnel du domaine étudié, je suis intéressé de longue date par ces

questions identitaires et je suis actif au sein de l'association professionnelle. Il était dès lors illusoire de chercher à contrôler autant de subjectivité et de biais potentiels. L'utilisation d'une méthode qui valorise la subjectivité du chercheur comme ressource essentielle à l'analyse interprétative des données s'imposait naturellement.

4.2. Informations sur le chercheur

Avant d'entrer dans la description de la méthodologie de recherche, ce préambule me permet de livrer quelques éléments de mon identité qui informent le lecteur sur les préconceptions potentiellement à l'œuvre lors de la phase d'interprétation des données. En analyse thématique réflexive, la subjectivité du chercheur ne doit pas être gérée ou contrôlée, mais il convient de l'expliciter. Aussi, le choix d'écrire ce travail à la première personne reflète le rôle actif et assumé du chercheur dans la production de l'analyse (Braun & Clarke, 2022, p. 128).

Ainsi, professionnellement, après des études de physiothérapie dans mon canton d'origine, j'ai travaillé pendant 12 ans (avant d'entreprendre ce master en sciences de la santé) dans la ville où je suis né, dans un cabinet d'une dizaine de physiothérapeutes employés, provenant de plusieurs pays européens. Je suis engagé en politique professionnelle depuis 2013 au travers de mon association cantonale de physiothérapie et depuis 2023 (avant le début de la mise en consultation) au niveau national. Parallèlement à cela, je suis engagé en politique au niveau communal depuis 2008 dans un parti centriste, et cet engagement occupe aujourd'hui la moitié de mon temps, l'autre moitié étant dévolue au Master.

4.3. Processus de la recherche

4.3.1. Echantillon et sélection des participants

Pour cette étude, le recrutement des sujets s'est effectué par la technique appelée *snowball sampling* (Biernacki & Waldorf, 1981). Afin d'atteindre des physiothérapeutes dans plusieurs cantons romands et divers contextes de travail, la recherche de candidats s'est faite au travers de mon réseau associatif. Après une discussion avec un intermédiaire par canton autour de la thématique de recherche, et du type de participants recherchés, entre une et trois propositions de physiothérapeutes correspondant aux caractéristiques souhaitées m'étaient transmise. Je choisissais ensuite au hasard. L'objectif initial était de pouvoir interroger une dizaine de personnes issues de différents domaines d'activités ainsi que différents contextes de travail (petit cabinet, cabinet de groupe, hôpitaux) et statuts professionnels (employé, indépendant, cadre). Cette diversité était souhaitée car l'impact de l'intervention tarifaire du Conseil fédéral sur les physiothérapeutes peut être très différent selon les profils et leurs perspectives et leurs vécus autour de cette période. Ces différences pouvaient alors amener une plus grande richesse dans la compréhension du lien entre cette mise en consultation et leur identité professionnelle. Le seul critère d'inclusion était de

maîtriser le français afin de garantir une compréhension mutuelle. Le seul critère d'exclusion était d'avoir moins de cinq années de pratique.

Le premier contact avec les participants s'effectuait par la transmission du formulaire de consentement (Annexe A) qui expliquait la démarche de manière plus précise, puis en cas d'acceptation, un rendez-vous était fixé en principe sur le lieu de travail.

4.3.2. Récolte des données

La récolte des données s'est faite par des entretiens semi-directifs individuels avec chaque participant. Le formulaire de consentement était rediscuté et signé en début d'entretien. Au besoin, je répondais aux questions complémentaires des physiothérapeutes.

Pour minimiser les effets potentiels du biais de désirabilité sociale liés à mes fonctions au comité central de physioswiss, différentes stratégies ont été mises en place (Bergen & Labonté, 2020). Dans la présentation du cadre de l'entretien, l'anonymat et la confidentialité du traitement des données ont été clairement présentés. De plus, je précisais que le chercheur qui leur faisait face durant l'entretien portait la casquette d'étudiant HES-chercheur et pas de membre du comité central de physioswiss, et que des critiques éventuelles quant à cette entité pouvait être exprimées sans réserve. L'utilisation de l'humour et le partage de quelques éléments privés de ma part ont également permis de créer un cadre de confiance avec les participants (Bergen & Labonté, 2020). J'ai également veillé à ne pas tomber dans le piège de la relation « pédagogique » entre un intervieweur qui connait bien le domaine et un interviewé beaucoup moins (Boutin, 2018, p. 79).

Les entretiens ont été enregistrés avec Microsoft Teams (*Microsoft Teams*, 2023), ce qui permettait une première retranscription automatique pas toujours très précise mais qui avait le mérite de servir de base de travail. Le texte était ensuite exporté dans des fichiers Microsoft Word et retranscrits mot à mot. Les données pouvant permettre d'identifier des participants ont été « caviardées » à ce stade. Finalement, les textes ont été importés dans le logiciel MAXQDA (*MAXQDA*, 2023) en vue de l'analyse thématique. Les fichiers ont été sauvegardé sur mon ordinateur dont j'étais le seul à connaître le mot de passe.

Le guide d'entretien (Annexe B) a été conçu en trois partie. La première s'intéressait au parcours de formation et professionnel des participants. La deuxième partie portait sur la période de consultation en elle-même. Et la troisième partie explorait une projection des participants dans une entrée en vigueur de l'intervention tarifaire. Lors des entretiens, les thèmes n'ont pas forcément été abordés dans le même ordre et le canevas autorisait une certaine flexibilité dans la discussion. Le guide d'entretien ne reprenait sciemment pas une structure basée sur les dimensions de l'identité professionnelle telle que décrite dans le cadre théorique pour minimiser le risque de circularité et axer les échanges autour du vécu de la période de consultation.

Durant les entretiens, des notes manuscrites ont également été prises sur une tablette numérique (reMarkable AS, 2021) pour consigner des réactions non-verbale ou pour ne pas oublier des relances à poser plus tard pour ne pas interrompre les participants dans leurs propos. La durée des entretiens avait été estimée entre environ 45 minutes et une heure.

4.3.3. Analyse thématique réflexive

Pour l'analyse des données, j'ai suivi la méthode de l'analyse thématique réflexive de Braun & Clarke (2022) qui se décompose en six phases et impose un processus réflexif permanent. La notion de réflexivité exprime la caractéristique fondamentale pour Braun & Clarke que représente la valorisation d'un chercheur subjectif, situé, conscient et interrogatif.

La première est la familiarisation. Cette étape consiste à développer une connaissance profonde de la base de données, de progressivement la considérer comme du matériau de recherche. Cette étape demande d'être à la fois très proche des données mais de prendre déjà de la hauteur critique sur leur contenu.

La deuxième étape est le codage. Ce codage doit être systématique, mais ne signifie pas nécessairement de coder toutes les lignes. Le travail réflexif du chercheur doit lui permettre de déterminer ce qui est utile de coder de ce qui n'est pas pertinent pour la question de recherche. Le codage par le seul chercheur est normal – et même la bonne pratique en analyse thématique réflexive. Et si le codage est multiple, il doit servir à gagner en richesse et en nuance, mais pas à viser un accord entre les codeurs.

La troisième étape est la génération de thèmes provisoires à partir des codes. Cette terminologie de « génération » est sciemment choisie par les autrices pour signifier que les thèmes ne sont pas à « rechercher » dans les données ou « émergent » des données, mais sont bien issus d'un processus créatif, actif, de la part du chercheur.

La quatrième phase est celle de la revue des thèmes et de leur mise en relation avec les extraits codés d'une part, et l'entier du matériau d'autre part. L'objectif de cette étape est de tisser des liens entre les thèmes pour couvrir l'entier des données et répondre à la question de recherche.

La cinquième étape est une analyse en continu pour affiner les spécificités de chaque thème et l'histoire globale qu'ils racontent. Cette étape permet de clarifier la définition des thèmes et de leur trouver des noms définitifs.

La sixième étape est la production du rapport. Cette phase n'est pas vue comme purement rédactionnelle mais comme une composante clé de l'analyse réflexive. C'est à ce moment que le chercheur sélectionne des extraits vivants et convaincants pour appuyer son analyse, puis la met en relation avec la littérature et produit son rapport final.

4.4. Ethique de recherche

Cette recherche portant sur l'identité professionnelle, elle ne traitait pas de données médicales et ne tombait pas sous le coup de la loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain et ses ordonnances d'exécution (Office fédéral de la santé publique (OFSP), s. d.). D'entente avec la direction du mémoire, aucune demande n'a été formulée auprès de la Commission cantonale vaudoise d'éthique de la recherche sur l'être humain. Cette non-obligation de soumettre cette étude à une commission d'éthique n'exempte pas le chercheur de mener une réflexion éthique par rapport à sa recherche. En regard du questionnement profond sur ma propre identité professionnelle, j'étais conscient que mes questions pourraient toucher à l'intime des personnes interviewées ou les entrainer dans des réflexions auxquelles ils ne seraient pas forcément préparés. Les entretiens semi-structurés sont en effet susceptible de soulever des sujets sensibles (Richards, 2002).

En conséquence, j'ai suivi les propositions de réduction de risque de problèmes éthiques de Richards (2002) en informant chaque participant de la liberté de répondre ou non à mes questions, de la possibilité qu'ils avaient en tout temps de décider d'interrompre l'entretien et de renoncer à participer à cette étude, et en leur garantissant la confidentialité et anonymisation de leurs données.

4.5. Limites de la méthode de recherche

La première limite réside dans la période des entretiens en lien avec un événement terminé mais dont les conséquences sont encore inconnues au moment de rencontrer les participants. Il peut y avoir d'une part un biais de mémoire, ou biais d'affaiblissement de l'affect (Walker & Skowronski, 2009) qui peut rendre moins précis les discours sur les émotions ressenties par la mise en consultation. D'autre part, ces discours sont situés dans le temps. Si les entretiens avaient eu lieu après l'annonce de la suspension de l'intervention par la Conseillère fédérale Baume-Schneider, le matériau utilisé pour l'analyse thématique aurait certainement été différent.

Le deuxième biais est celui de la désirabilité sociale (Bergen & Labonté, 2020). Je ne peux en effet empêcher complètement son effet, malgré la stratégie mise en place pour en minimiser l'influence. Une attention particulière a été portée dans l'analyse sur les positions des participants envers physioswiss. Le risque de circularité, propre à la recherche qualitative et aux entretiens (Dumez, 2021, pp. 13-15) peut être particulièrement présent dans mon cas. Afin d'atténuer ce risque, je suis resté aussi ouvert que possible aux discours et j'ai particulièrement recherché dans les données des éléments qui pouvaient aller à l'encontre de mes conceptions afin de les y confronter.

Finalement, des enregistrements audios peuvent être perturbés par des bruits extérieurs ou rendre des propos inaudibles quand le chercheur et le participant parlent en même temps. Afin de limiter ce risque, j'ai procédé aux retranscriptions le jour-même ou le lendemain, afin d'avoir encore bien à l'esprit les échanges oraux avec les physiothérapeutes. De plus, une retranscription, même

verbatim, est bien une retraduction des propos des personnes interviewées et cette traduction dépend uniquement du chercheur. Le fait de travailler uniquement sur les textes quelques semaines plus tard peut faire disparaître des nuances de l'oral non reportées à l'écrit.

5. Résultats

5.1. Recrutement et entretiens

Il était initialement prévu de recruter une dizaine de participants. La stratégie de recrutement par *snowball sampling* a permis de recruter les participants un à un en visant à chaque fois à rencontrer une personne avec un profil différent du précédent et qui pouvait élargir le champ des perspectives. Finalement, contraint par le temps d'une part, mais aussi après avoir fait le constat de certaines récurrences dans les propos des premiers participants déjà, le nombre total s'est arrêté à six personnes. La diversité des profils rencontré a tout de même été jugée intéressante pour traiter de la question de recherche.

Les entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail des physiothérapeutes dans des endroits calmes et propices à la discussion. Un entretien a été brièvement interrompu par des collègues. Un entretien a été réalisé par visioconférence (Microsoft Teams) pour des raisons d'organisation du participant. Tous les entretiens ont été enregistrés en audio et la qualité des bandes-son était tout à fait adéquate pour le travail de retranscription.

Le premier entretien réalisé était un test pour le guide d'entretien. Ce dernier n'ayant pas été adapté à la suite de ce test, les données récoltées ont été intégrée avec les autres et l'entretien a été comptabilisé au même titre que les suivants.

Une fois l'enregistrement coupé et l'entretien « formel » terminé, plusieurs participants m'ont remercié pour leur avoir offert un moment de réflexion, voire d'introspection, autour de ces enjeux identitaires qui sont rarement évoqués ou exprimés dans le quotidien professionnel. Tous ont souhaité obtenir une copie de l'étude, une fois terminée.

5.2. Description de l'échantillon des participants

Six personnes (Tableau 2) ont donc participé à cette étude qui portait sur des physiothérapeutes actifs depuis quelques années pour se distinguer volontairement des recherches sur l'identité professionnelle portant sur des étudiants ou des jeunes professionnels. Ainsi on retrouve un minimum de sept années d'expérience et un maximum de 29 pour une moyenne de 15,2 ans (médiane 12). Deux personnes P3 et P5 ont été formées à l'étranger (France, Espagne), les autres sont issus des écoles de physiothérapie de Lausanne et Loèche-les-Bains. La proportion de femmes

dans la profession en Suisse est estimée entre 71 et 74 pourcents en 2020 (Merçay et al., 2021). La répartition des sexes dans le panel avait pour objectif de rendre compte de cette forte présence féminine et ne visait donc pas d'équilibre. Dans ce même rapport de l'OBSAN, il est estimé qu'environ un tiers des professionnels exercent en milieu hospitalier et deux tiers en pratique ambulatoire. La représentation des lieux de pratique du panel est ainsi fidèle à la réalité du terrain.

Finalement, la transparence impose d'informer sur les éventuelles relations préalables entre l'enquêteur et les participants. Je connaissais personnellement deux des participants dont l'un d'entre eux avait accepté d'être personne-test pour l'entretien qualitatif, qui a ensuite été intégré aux données. L'autre personne représentait une volonté de ma part d'avoir dans le panel au moins une personne que je savais d'avance avoir été active durant la période de consultation.

Participant	Sexe	Canton de travail	Années d'expérience	Statut professionnel	Structure	Connu du chercheur
P1	M	VS	8	Indépendant	Cabinet	Oui
P2	F	NE	7	Employée/cadre	Cabinet	Non
P3	F	VD	29	Employée	Hôpital	Non
P4	F	FR	16	Indépendante	Cabinet	Oui
P5	M	GE	7	Indépendant	Domicile	Non
P6	F	VS	24	Employée/cadre	Hôpital	Non

Tableau 2 : Caractéristiques des participants

5.3. Analyse des données recueillies

L'analyse des données a été réalisée selon le plan présenté dans la section méthodologie et en autonomie réflexive, comme recommandé par l'ATR.

La méthode de retranscription impliquait en elle-même deux lectures complètes de chaque entretien. J'ai profité de cette étape pour déjà écrire quelques mémos avec des idées autant précises et concrètes que plus détachées, voire farfelues. Les participants à cette étude ont exprimé un large éventail de points de vue et de perceptions autour de leur profession, de l'intervention tarifaire et de l'évolution de leur situation personnelle. Après une troisième lecture lors de laquelle j'ai appliqué la technique de l'attention flottante (Ayache & Dumez, 2011), j'ai codé les discours par unités de sens. Le premier codage s'est fait de manière totalement inductive. Le codage du deuxième entretien est venu enrichir le livre de codes. A partir du troisième entretien, la liste s'est encore allongée et de nombreux codes ont été précisés, redéfinis, séparés ou réunis. A l'issue du processus, le livre de code comprenait 169 codes qui synthétisaient entre un et 17 extraits, pour 663 extraits codés au total (Tableau 3).

Lors de la phase de génération des thèmes provisoires, j'ai travaillé avec l'outil de visualisation de MAXMaps de MAXQDA (*MAXQDA*, 2023) qui permet de créer des cartes conceptuelles – ou

mindmaps – de manière simple et intuitives avec les codes. Le total de ces cartes, et donc de ces premiers thèmes, s'élevait à 15.

Extrait	Code	Thème
« Autant c'est maintenant que j'ai peur, que on sache pas bien expliquer » P2	Physios mauvais dans la com'	Difficultés communicationnelles
« Ben typiquement quand les deux pétitions, physioswiss et swissODP, y'a eu plein d'incompréhension, je dois signer laquelle machin alors que c'est des physios donc. » P4	Incompréhension de la polyphonie des physios	
« Et puis, pendant mes études […] j'suis partie en Inde, dans un camp de réfugiés Tibétains, à développer un centre de physio » P4	Désintéressement / mission noble	Profession vocationnelle
« j'avais toujours sur […] que j'avais le contact facile et puis que ça, les soigner, c'était mon truc » P1	Envie de soigner	

Tableau 3 : Exemples de la démarche de codage inductif

Après avoir réanalysé ces thèmes en regard des extraits de textes et de leurs nuances, et pas seulement des codes, dix thèmes sont restés. Trois « thèmes généraux », ou *overarching themes* selon l'ATR, m'ont servi à organiser de manière plus intelligible les thèmes entre eux. C'est seulement après cette étape que j'ai réfléchi aux noms à donner à ces thèmes finaux. A ce stade, les différents échanges avec ma co-direction m'ont permis de requestionner certains thèmes ou dénomination de thèmes afin de les rendre tantôt plus ouverts, tantôt plus précis. Au final, j'ai développé les dix thèmes suivants :

Overarching themes	Thèmes
Multitâches, adaptable et résilient	Des pratiques plurielles et évolutives
	Continuer, dans une pratique sous pression
	Liberté dans les marges
Légitimation en cours	Une grande famille bigarrée
	Reconnaissance des patients
	Non-reconnaissance des régulateurs
Profession de foi	Profession vocationnelle
	Convictions fortes
	Difficultés communicationnelles
	Le deuil

Tableau 4 : Présentation des thèmes générés lors de l'analyse

5.4. Résultats de l'analyse thématique

5.4.1. Multitâches, adaptable et résilient

5.4.1.1. Des pratiques plurielles et évolutives

Un des premiers constats effectués en écoutant les participants et en replongeant dans les données est la diversité vécue dans le monde de la physiothérapie. On retrouve cette diversité tant dans une perspective temporelle et d'évolution de carrière que dans le champ des activités effectuées par les participants à un instant T de leur parcours professionnel. Sur les six participants, cinq ont connu non seulement plusieurs employeurs, mais ont aussi exercé leur métier de physiothérapeute dans plusieurs domaines au cours de leur carrière.

P5 : « *J'ai commencé dans une clinique privée à Genève. Donc, il y avait de la post-opération, […]. Et puis, parallèlement à cela, il y avait de la balnéothérapie, puis des séances simples. Et puis ensuite, j'ai fait quelques cabinets. J'ai travaillé aussi dans un centre avec des personnes en situation de handicap, où je suis parti dans 90% de physiothérapie neurologique. Et suite à ça, je me suis mis à mon compte, premièrement pour de la physiothérapie à domicile.* »

P6 : « *Moi, je suis un peu polyvalente. J'ai fait de la neurologie, mais j'ai fait aussi de la rééducation périnéale. J'ai fait aussi de la déglutition. Comme je fais l'ATM [articulation temporo-mandibulaire]. J'ai fait un peu plusieurs choses.* »

Cette diversité dans les domaines d'activité n'est pas seulement un enchaînement de postes successif dans des entreprises ou domaines différents mais peut également se présenter simultanément, dans un même emploi.

P3 : « *Mais voilà, j'ai... un peu de neurochir[urgie], un peu de maternité, un peu de d'urologie. Là je me suis un petit peu plus élargie, mais quand même encore un petit peu dans l'ambulatoire. Je… aussi en resp [physiothérapie respiratoire] pour des [patients] chroniques.* »

La multiplicité des activités ne se limite pas uniquement au champ professionnel de la physiothérapie mais peu aussi toucher d'autres domaines, notamment en lien avec la gestion d'équipe et qui nécessite alors d'autres compétences à acquérir. Ce type de poste n'est jamais, dans le panel étudié ici, complètement découplé d'une activité de physiothérapeute.

P6 : « *Mais après, j'ai repris aussi un peu un poste de référente. C'est aussi de gérer ces nouveaux outils de gestion, de communication avec l'équipe. C'est un ensemble, c'est un équilibre en fait avec tout.* »

Cette multiplicité d'activités chez les participants ne relève pas du simple vécu, encore moins du subi. Elle est clairement exprimée, assumée, voire revendiquée et semble presque légitimer ce qu'est une bonne carrière de physiothérapeute. Cette interprétation trouve son ancrage dans les

données avec des participants qui peuvent, grâce à cette diversité, transposer dans la réalité leur vision d'un idéal d'activité professionnelle.

P4 : « *à la base, je voulais faire un centre pluridisciplinaire, vraiment* »

P2 : « *Parce que je pense que si j'avais que mon petit cabinet ou même j'avais engagé 2-3 personnes, ça serait trop, trop routinier en fait. Alors que là, vraiment on touche plein de choses* »

Au-delà de la multiplicité des activités concrètes, les participants sont également très conscients de la multiplicité de personnes et de perspectives qui composent leur profession.

P1 : « *plein de gens différents qui font plein de trucs différents font partie de la physio[thérapie]* »

Cette multiplicité intrinsèque peut faire voir les évolutions comme normales et positives, quand elles viennent de l'individu ou sont jugées adéquates. Mais si les changements font partie de la profession de physiothérapeute, ils ne sont pas toujours perçus comme pertinents et bienvenus. Les physiothérapeutes sont régulièrement confrontés à des évolutions thérapeutiques ou technologiques, et doivent s'y adapter avec leurs ressources propres.

P4 : « *le problème qu'on a maintenant, c'est que les, les assureurs, les médecins poussent pour "que l'actif". Donc tu vas chez le physio, le but c'est instruction d'exercice. Tu rentres avec ton programme, c'est bon, réglé, OK* »

P6 : « *Il y a aussi beaucoup de technologie qui vient. Ça demande aussi de se mettre au goût du jour.* »

Le changement, l'évolution et la diversité font partie intégrante de la réalité des six participants et sont des éléments qui semblent constitutifs de leur identité professionnelle. Le changement est ainsi perçu comme naturel.

P3 : « *Une profession, ça évolue, ça c'est sûr, ça évolue, ça s'adapte.* »

5.4.1.2. Continuer, dans une pratique sous pression

Un autre élément qui est à mettre en lien avec le précédent est la notion de continuité, ou de « continuer à faire », malgré l'adversité, au travers de la diversité. La période de consultation a en effet soulevé des questions fondamentales pour les physiothérapeutes. Une modification du cadre interférant avec les valeurs des professionnels pourrait remettre en question leur envie de rester dans le métier.

P2 : « *Après, si cette structure tarifaire passe, je sais pas si ça sera suffisant pour que j'veuille continuer.* »

Cependant plusieurs éléments issus des données permettent de penser que les physiothérapeutes continueront malgré les changements en question, certes encore hypothétiques au moment des entretiens. Il semble que sur la base de l'habitude au changement et des capacités d'adaptation

évoquées plus haut, les physiothérapeutes interviewés resteraient dans une logique de continuité professionnelle.

P1 : « *Je me vois faire ce métier toute ma vie en fait* »

P4 : « *J'peux pas faire autre chose que physio, donc voilà* »

A travers ces deux citations on peut distinguer deux logiques différentes de continuité. La première semble relever d'un choix, d'une adéquation entre ce que le physiothérapeute vit actuellement, veut pour son avenir et imagine comme futur possible. La deuxième semble plutôt relever d'une impossibilité à sortir d'une voie tracée, même si cela était souhaité.

L'apparente harmonie de la première ne doit toutefois pas masquer le fait que des éléments extérieurs peuvent guider, voire contraindre, consciemment ou non, l'individu dans un chemin. En effet, cette forme de continuité doit se comprendre et s'intégrer dans des contextes personnels, familiaux et économiques et admettre que les choix de carrière ne sont pas uniquement dictés par des inspirations et des désirs intrinsèques.

P5 : « *J'ai eu un enfant cette année. Et en fait, toute cette anxiété quant à l'arrivée de l'enfant, et ben je n'ai pas réussi à me focaliser sur un projet de cabinet, sur un projet... Comment dire? Un projet professionnel, finalement, avec des investissements... faits. Et donc, pour l'instant, je suis peut-être un petit peu dans une zone de confort.* »

Les possibilités de s'inscrire dans la continuité émanent également des opportunités offertes par ce métier en termes de diversité des champs à l'interne. Ceux-ci permettent de changer relativement facilement de domaine ou de contexte pour adapter son activité professionnelle à son cadre de réalités personnelles, sans que ce soit perçu comme une rupture ou une remise en question de son identité professionnelle.

P3 : « *C'est large, c'est très très large, c'est un métier. On pense que physio, bon, ben oui, physio, ben non, y a tellement de choses. Il y a tellement de domaines, il y a tellement de possibilités et moi je l'ai découvert et je suis sûr que je vais encore en découvrir d'autres facettes.* »

Mais, le point de rupture existe et se fait plus concret lorsque le cadre de travail correspond à une forme d'aboutissement professionnel, voire de réalisation personnelle. Dans un tel cas, le champ des possibles se réduit fortement et la personne se retrouve symboliquement enfermée dans ce qu'elle a construit, dans qui elle est devenue professionnellement. Dans un tel cas, la remise en question, ou l'acceptation du changement est plus difficile et peut déboucher sur un schéma de rupture.

P4 : « *Je pense que tout le monde pourra confirmer que je suis une passionnée de mon métier, mais c'est la première fois. J'ai compris que même passionnée, tu pouvais tout laisser tomber. J'ai compris*

que les passionnés pouvaient arrêter. Parce que non, là j'en ai eu sec. Enfin, ça me fout les larmes aux yeux parce que non, c'est dur. Je trouve. Je pensais pas passer par là, vraiment pas. »

Toutefois, les participants propriétaires de leur cabinet évoquent aussi des impératifs économiques et familiaux, qui rendent malgré tout une sortie de la profession ou de son emploi difficilement envisageable.

P1 : « *Moi, j'ai 4 enfants, une baraque que j'ai acheté l'année passée, faut quand même que je la paye, puis je paye ma famille et puis que je leur paye deux-trois études. Tu vois donc je suis obligé de gagner assez.* »

P4 : « *en fait moi je le truc c'est quand je... je m'accroche parce que, ben parce que j'ai les enfants qui ont commencé l'école, et cetera. Sinon, j'aurais tout planté, je serais partie vraiment à l'étranger ce coup-ci, faire autre chose, quoi, Ciao!* »

Des chemins de fuite semblent donc exister pour continuer, soit en envisageant un déplacement à l'intérieur de la profession, pas considéré comme anormal ou révélateur d'une rupture, soit en s'accrochant à des sources de motivation extrinsèques pour un temps. À l'extrême, un changement d'appellation serait peut-être même acceptable pour maintenir l'activité professionnelle choisie.

P1 : « *En fait, même si la physio se pète la gueule en tant que métier, je vais toujours soigner des gens, je sais faire que ça, j'aime ça, je m'appellerai rebouteux s'il faut, j'm'en fous. J'vais quand même soigner des gens.* »

Nonobstant les risques et les menaces, la continuité semble l'emporter. Aucun participant n'évoque de pistes pour un départ de la profession et ce scenario ne semble donc pas être sérieusement envisagé.

P1 : « *En fait, moi je pense pas que ça passera. A part s'ils se la jouent 49.3 comme la France.* »

Ainsi, pour repousser, retarder ou éviter d'imaginer une situation de rupture et une sortie probable de la profession, les physiothérapeutes – et on retrouve ces notions chez tous les participants – seront tentés de compenser ailleurs, de sortir du cadre, de jouer sur les marges pour accommoder leur(s) activité(s) au cadre disponible. Et c'est le prochain thème qui sera présenté.

5.4.1.3. Liberté dans les marges

En effet, si elles sont évoquées tantôt par une crainte de les perdre, tantôt comme une chance et une valorisation de les avoir, l'autonomie thérapeutique et les marges organisationnelles dont disposent les physiothérapeutes semblent essentielles à leur bien-être professionnel. Le cadre imposé, par une structure tarifaire dans l'ambulatoire, par une direction dans un hôpital, ou même par la science et l'EBP dans une plus large mesure, octroie toutefois une certaine marge de manœuvre. Celle-ci est jugée nécessaire et sa disparition est perçue par les interviewés comme une menace. En effet, si certains objectifs généraux sont fixés par la loi ou la hiérarchie d'une institution,

les objectifs thérapeutiques sont fixés, négociés, conjointement entre le physiothérapeute et son patient, et cette autonomie est essentielle à leurs yeux.

P1 : « *S'ils me donnent trop de règles de, de comment je dois faire là, ça peut m'empêcher de continuer en tant que physio.* »

P6 : « *Après, si on nous restreint et qu'ils nous demandent de faire plus que des mesures d'évaluation, pour moi, je perds la notion. On ne vient que dans du... Il faut toujours objectiver. C'est bien d'objectiver, mais à un moment donné, il faut aussi travailler et d'être là pour le patient.* »

P2 : « *y a tout cet aspect que j'avais dit par rapport aux étudiants qui sortent, cette Evidence Based Practice qui est très bien mais qui faut pas non plus surjouer* »

Cette autonomie se révèle d'autant plus nécessaire qu'elle permet de réduire l'écart entre le travail prescrit et le travail réel, et la frustration qui peut y naître. Les physiothérapeutes sont légalement tenus de se référer aux prescriptions et de suivre les indications des médecins qui s'y trouvent mais ces dernières sont souvent lacunaires. Les physiothérapeutes vont régulièrement au-delà de ce qui leur est légalement demandé pour garantir la qualité du traitement et la prise en charge globale des patients.

P2 : « *Les médecins, se déchargent. Souvent des ordonnances, t'as une zone, tu sais pas ce qu'il y a, tu dois toi... moi ça m'est déjà arrivé 3-4 fois que j'ai dû envoyer des red flags et continuer et insister pour que le médecin prenne ça au sérieux.* »

Une certaine liberté d'action et un transfert de responsabilités, nécessaires au bon fonctionnement du système, semblent s'être mis en place informellement. Ces éléments ne sont pas déterminés législativement mais répondent à la réalité du terrain. Les physiothérapeutes y semblent d'ailleurs formés par leur cursus de base qui les prépare à plus que ce qu'ils sont actuellement autorisés à faire. Mais ces décalages entre le niveau de compétences enseignées à l'école et la réalité du terrain peuvent à leur tour générer des ambiguïtés et des frustrations.

P2 : « *Et en fait je trouve que c'est ça qui est qui est un peu ambigu parce qu'à l'école on nous apprend vraiment cette réathlé[tisation], mais sur le terrain, les assurances au bout de trois mois, commencent à dire ça commence à faire beaucoup au niveau des coûts et essayez de faire en sorte que pour que ça soit remboursé on puisse faire différemment.* »

Alors, si l'intervention tarifaire fait craindre aux physiothérapeutes interviewés des restrictions de leur autonomie dans les traitements, ils sauront jouer avec les marges pour d'une part répondre à la demande des patients et d'autre part rester alignés sur leurs convictions et leurs valeurs professionnelles.

P1 : « *mais après tu vois, tu crées, tu compenses, j'fais du fitness, je fais un truc, je fais des abonnements, je fais des groupes, ça va compliquer la vie c'est clair ça faut pas se leurrer mais…* »

P4 : « *Je veux, voilà des choses où je sais que je vais être plus pérenne. Et là, j'ai commencé même à travailler à hors prescription de physio* »

Les trois thèmes développés ci-dessus « Des pratiques plurielles et évolutives », « continuer, dans une pratique sous pression » et « libertés dans la marge » dénotent la grande flexibilité des physiothérapeutes.

Cette période de mise en consultation de la structure tarifaire a représenté une période marquée par l'incertitude et une remise en question des professionnels. Les différents propos exprimés à cette occasion montrent des physiothérapeutes évoluant dans un environnement aux contours flous, parfois pris en tenaille entre un cadre légal peu malléable et un terrain qui demande de l'adaptabilité.

Cette lecture fait des physiothérapeutes des professionnels résilients et révèle également une fonction d'intermédiaire entre le système de santé et les patients. Les participants semblent jouer avec les marges d'un système de santé limité pour satisfaire les besoins des patients.

P6 : « *Et c'est ça qui est difficile. C'est que maintenant, on a l'impression qu'on en a... On doit porter deux chapeaux voire trois. On doit presque faire le travail que le médecin a plus le temps de faire.* »

En termes de dimensions de l'identité professionnelle telles que définies dans le cadre théorique, les éléments regroupés dans ce thème important sont à mettre en lien avec les activités et les comportements des physiothérapeutes et dans une certaine mesure à leurs connaissances et compétences acquises sur le terrain professionnel.

La nature fluctuante des activités des physiothérapeutes – pour lesquelles des contours précis et déterminés sont impossibles à tracer – pose des questions de lisibilité de l'offre autant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la profession. Le prochain thème traite de comment les physiothérapeutes se sentent perçus et reconnus par la "société" et fera apparaître une différence nette – et visiblement irréconciliable – entre la reconnaissance des patients et de la "population" d'un côté et la non-reconnaissance des caisses-maladies et du Conseil fédéral de l'autre.

5.4.2. Légitimation en cours

5.4.2.1. "Une grande famille bigarrée"

En interrogeant les participants sur leur vision du groupe professionnel « physiothérapie », on remarque que la vision interne de leur propre monde peut se rapprocher de celle d'une « grande famille », un peu bigarrée, avec les forces et les faiblesses des familles nombreuses. La force du nombre et de la cohésion qui apparaît lorsqu'il s'agit de faire face à une menace extérieure, et la faiblesse d'une très (trop ?) grande diversité interne qui peut mener à des divisions fratricides. La période de consultation, comme toute période de crise ou d'incertitude, fait émerger des voix ou des comportements qui sont peu visibles en temps normal.

P4 : « *Après j'ai plus ressenti ces dernières semaines et mois, cette envie justement d'unité au niveau des collègues. Et ça, ben justement le hashtag « jesuisphysio » et tous ces physio-là en fait ont montré que enfin, on n'était pas des mêmes cantons, on n'a pas forcément les mêmes visions des choses, mais […] il faut vraiment qu'on s'unisse.* »

Mais cette envie d'unification ne peut exister seulement si le groupe est préalablement vu comme différent ou disparate, sans quoi la question ne se poserait pas, ou peut-être en termes de risque de désunion et pas d'une volonté d'unité. Et c'est en effet un élément qui ressort de nombreux discours que la diversité de la profession peut représenter un risque d'éclatement, voire une menace sur l'identité de la profession.

P5 : « *Il y a des physios un peu pour tout et peut-être que le métier de la physiothérapie englobe peut-être un petit peu trop.* »

Les discours autour de cette période dépassent le cadre de la « famille proche » et rappellent également que les physiothérapeutes ont des cousins qui ont aussi leur place dans le village de la santé. Des cousins dont il faut parfois se démarquer ou au contraire se rapprocher pour mener la lutte.

P2 : « *on a vraiment un métier qui est riche, on a plusieurs cordes à notre arc. Faut pas qu'on se les fasse voler quoi. Les ergo c'est déjà la main. Les coaches sportifs, il peut faire la partie réathlétisation, les thérapeutes drainants ils peuvent faire du drainage. Nous il nous restera quoi ? Enfin voilà, c'est un petit peu ma crainte* »

P4 : « *le but c'est instruction d'exercices. Tu rentres avec ton programme, c'est bon, réglé OK, mais on n'est pas des APA [spécialistes en activités physiques adaptées], on n'est pas des coaches de fitness, on n'est pas des coaches sportifs, on est physio quoi !* »

Au-delà de la composition actuelle du groupe professionnel et des enjeux avec les professions cousines, le passé récent semble également prémunir les physiothérapeutes d'un excès d'optimisme. Les physiothérapeutes interviewés gardent en mémoire les difficultés passées liées à la diversité ou même parfois à la divergence d'intérêts.

P4 : « *pour moi y a un truc où on est très fort en physio, c'est, c'est pour se descendre entre nous, donc il y en a même pas besoin d'aide des assureurs ou qui que ce soit d'autre, on fait tout seul* »

En effet, il faut rappeler que les « représentants légaux » de cette grande famille n'ont pas toujours parlé d'une même voix :

P6 : « *Contrairement à ce qu'il y avait eu entre ASPI [Association suisse des physiothérapeutes indépendants] et physioswiss, il y a quelques années, je ne sais plus à cause de quoi, c'était le point. Là, j'ai trouvé qu'il y avait vraiment eu un problème. Et ça avait même divisé des physios.* »

Aujourd'hui encore, les enfants de cette famille ressemblent plutôt à des adolescents qui d'un côté refusent que leurs parents leur donnent des règles trop contraignantes…

P1 : « *Non, je suis pas trop pour que physioswiss dessine... enfin, il faut une société machin truc qui aille cadrer tout ça, c'est clair. Mais voilà, la stratégie d'attaque, peut-être que y a d'autres qui ont des idées, et voilà, pourquoi pas, hein, je vais pas... s'ils me balancent un mail :« ouais maintenant, faut dire ça comme théorie au patient parce... » je veux dire, allez vous grattez, j'suis assez grand pour décider tout seul quoi* »

…mais reconnaissent d'autre part que c'est à leurs parents de se battre pour les intérêts de la famille.

P5 : « *Donc, il faut juste après que chacun se mette autour d'une table et explique les enjeux. Et ça, je compte sur physioswiss et l'ASPI notamment pour remplir ce rôle-là.* »

Dans le cadre de cette période d'instabilité, de nouvelles velléités de représenter la profession à un échelon national sont apparues. La volonté était de réunir les professionnels individuellement en passant outre les institutions associatives et ainsi éviter les tensions vécues il y a une dizaine d'années. Ces nouveaux potentiels interlocuteurs sont vus plutôt positivement par les participants dans le sens d'une contribution à faire bouger et stimuler « l'ordre établi » que représentent les associations, dans une perspective d'amélioration de la communication et de la coordination entre les physiothérapeutes du pays.

P2 : « *Alors c'était super bien ce collectif #jesuisphysio et moi moi-même, j'étais dans ce groupe et moi-même j'ai eu plein d'informations par-là* »

Il est assurément très délicat et complexe de présenter ce qu'est une famille, son fonctionnement propre et les interactions entre ses membres et ce n'est en aucun cas l'objectif de cette comparaison. L'analogie à la famille utilisée ici sert uniquement à imager la diversité interne de la physiothérapie et son positionnement au sein du monde interdépendant de la santé. Il est utile de se rappeler ici du mariage entre les « masseuses » et les « gymnastes » qui est à l'origine de la physiothérapie actuelle.

La difficulté à définir la profession et ses frontières se répercute ainsi au niveau des personnes qui incarnent à leur tour toute cette complexité

P2 : « *À l'heure actuelle, ouais, être chez un physio, c'est c'est, c'est... C'est assez compliqué de dire ce que c'est un physio, je trouve, et tout dépend de quel physio est devant nous.* »

Cette problématique se renforce avec les thèmes suivants qui portent sur le sentiment de manque de connaissance et de non-reconnaissance du travail et de l'apport des physiothérapeutes au système de la part des caisses-maladie ou du Conseil fédéral, puis – et inversement – le sentiment de reconnaissance et de gratitude renvoyé par les patients.

5.4.2.2. Non-reconnaissance des régulateurs

Les premiers signaux d'un sentiment de manque de reconnaissance de la part des caisses-maladie et du Conseil fédéral (dénommés ensemble ci-après comme les régulateurs pour leurs rôles respectifs dans la régulation de la profession au travers de la structure tarifaire), apparaissent rapidement dans les entretiens dès que le sujet de la consultation sur l'intervention tarifaire est abordé. Deux éléments clés, subjectifs – ou physiocentrés – semblent poser les fondements de ce sentiment de non-reconnaissance. D'un côté une impression, voire une conviction, que les intérêts des soignants et des physiothérapeutes en particulier, sont guidés par la santé des gens alors qu'en face, les régulateurs ne tiendraient compte que de l'argent et du « business ». Ainsi les objectifs des deux catégories, les professionnels de santé et les régulateurs sont divergents à un point que leurs positions se retrouvent inconciliables par nature.

P4 : « *je pense que y a une partie qui est la population, qui… et les collègues qui réfléchissent d'un point de vue santé et bien-être. Et il y a une partie, le Conseil fédéral et je ne sais qui derrière qui, qui réfléchit uniquement d'un point de vue business et fric*. »

Les participants témoignent ainsi d'une vision binaire et très peu nuancée entre d'un côté les physiothérapeutes qui penseraient « santé » et de l'autre, les régulateurs qui penseraient « fric ». Cependant, on retrouve dans les discours la conscience que chacun a un rôle à jouer dans l'approvisionnement et le financement des soins.

P1 : « *je vois mon rôle de physio un peu comme ça. Je prodigue des soins mais "attendez les patients, ça coûte quand même de l'argent, on peut rien faire, c'est comme ça ça coûte ». Nous, on doit gagner, votre assurance finalement, c'est son boulot, elle vous couvre quand même, elle sort de l'argent pour vous.* »

Mais au-delà de cette lecture dichotomique entre prestataires et décideurs, un autre sentiment à l'égard des caisses-maladie, du conseil fédéral et même de certains médecins transparaît dans les données : celui d'un manque patent de compréhension des enjeux et des réalités des physiothérapeutes sur le terrain.

P3 : « *Le terrain, au bout d'un moment... Si on [les politiques] passait le cap pour venir voir les conditions de travail, venir voir le patient, venir voir les deux* »

P4 : « *Mais y a un autre écart quand même qui a été… moi, qui m'a un petit peu surprise aussi parce qu'il y a… tu te rends compte que, ils savent pas du tout les conditions qu'on a et qu'ils s'rendent pas compte du rythme qu'on a, donc voilà* »

Ce manque d'alignement entre les visions des physiothérapeutes et des régulateurs autour des intérêts et des objectifs d'une part, et de méconnaissance des moyens et des outils dont disposent les physiothérapeutes d'autre part, semble découler inéluctablement sur un sentiment de manque de reconnaissance. Difficile en effet de reconnaître ce qu'on ne connaît pas. Et ce manque de

reconnaissance est exprimé tant au niveau des compétences, que des responsabilités ou des conditions de travail.

P2 : « *Et je trouve qu'on a tellement de responsabilités si on veut faire bien notre métier, que je trouve dommage parce que du coup entre ce que veut la, la théorie, qu'on soit vraiment pointilleux et ce qui est la pratique où en fait, ça peut être un peu bateau ? […] Enfin, par rapport aux connaissances qu'on nous oblige à avoir, je trouve vraiment dommage.* »

P5 : « *C'est vrai que nous, profession mal comprise ou qui intéresse peu, on ne fait pas que des massages* »

Ce constat d'une faible reconnaissance, couplé à une conviction d'apporter beaucoup au système de santé se traduit dans les mots des participants par un manque de valorisation financière. Les physiothérapeutes estiment que l'importance de leur rôle dans le système a plus de valeur (financière) que les régulateurs ne leur en accordent.

P6 : « *Par contre on n'a aucune reconnaissance financière […] alors qu'on prend des décisions, on redit à des médecins, on diagnostique, et puis ça, c'est pas valorisé, ce côté, je pense qu'il faudrait repenser* »

Ces sentiments de non-reconnaissance sont également renforcés par le déséquilibre identifié des rapports de forces entre les physiothérapeutes et ceux qui détiennent le pouvoir et des lobbys puissants.

P4 : « *La mise en consultation m'a quand même déstabilisée, enfin, ça m'a déstabilisé du moment où j'ai compris que effectivement, ils avaient plein pouvoir*. »

P5 : « *Après, c'est sûr qu'il n'y a pas vraiment de lobby de la physiothérapie, comme il existe un lobby des assurances, par exemple, pour ne citer que lui, ou le lobby pharmaceutique.* ».

Ce constat induit un sentiment profond d'injustice en regard de la proposition d'intervention tarifaire du Conseil fédéral et dans laquelle les physiothérapeutes se positionnent en victimes.

Devant ce manque d'accès aux réseaux de pouvoir et de levier nécessaire pour faire entendre leur cause et leurs contributions, les physiothérapeutes se sont retournés vers leur principale source de reconnaissance au quotidien, les patients.

P2 : « *j'avais pas du tout peur que la population nous suive pas. Ca j'étais sûre que oui, parce que les gens nous disent tous les jours que c'est essentiel pour eux* »

5.4.2.3. Reconnaissance des patients

Ce thème porte sur la reconnaissance des patients et par extension de la population. S'il apparaît ici détaché de celui de la non-reconnaissance, les deux apparaissent de manière complètement imbriquée et sans ordre déterminé dans les discours des participants qui jonglent constamment

entre reconnaissance et non-reconnaissance. Ce thème figure donc comme l'exact opposé du précédent. Les physiothérapeutes semblent y puiser une source de motivation à continuer leur activité dans les moments de remise en question ou de doute.

P1 : « *Tu vas à la porte de sortie ? La majorité des gens vont dire, "je vais mieux". Et ça, ils te le disent. "Merci, je vais mieux". Ca c'est de la reconnaissance et moi je vois ça tous les jours.* »

P2 : « *c'est le quotidien qui fait tourner la charrue donc, j'ai tout, cet, cet apport d'amour des patients qui qui me fait aimer ce métier incroyablement* »

P3 : « *On garde cette ouais, cette foi, cette envie, venir travailler le matin […] Voilà et je pense que les patients nous aident à garder ça parce qu'ils sentent que on est là aussi.* »

Cette reconnaissance des patients s'exprime parfois avec des mots forts ou avec des constats marquants, relevant parfois de l'affectif et de l'émotionnel.

P2 : « *Des fois, je reçois des mondes d'amour de mes patients où vraiment il y a des tous les jours, des remerciements, voilà, tous les jours un petit peu des des, des valorisations, mais vous êtes, vous êtes incroyables, vous faites ça.* »

P4 : « *C'est aussi parce que j'avais 6 mois d'attente dans mon planning et les patients veulent toujours venir chez moi.* »

De plus, trois participantes (P2, P4, P6) évoquent explicitement le fait que les patients pensent que les physiothérapeutes sont sensiblement mieux rémunérés que ce qu'ils ne le sont réellement. L'interprétation de ce constat va au-delà d'un simple manque de connaissance mais plutôt comme une marque supplémentaire de reconnaissance du travail et de la valeur des physiothérapeutes. On accorde volontiers une valeur plus élevée à un service que l'on juge important et de qualité.

Les trois thèmes décrits ci-dessus sont regroupés dans un thème général de « légitimation en cours » mais l'ont d'abord été sous le nom de « physio de Schrödinger ». Dans les premières phases de développement de ces thèmes, je faisais référence au fameux chat de Schrödinger, expérience de pensée sur la superposition d'état en physique quantique. Les physiothérapeutes se sentent dans le même temps très largement reconnus par les patients et d'une grande partie de la "population" – reconnaissance concrétisée par près de 300'000 signatures – et clairement non reconnus par les régulateurs. Les physiothérapeutes interviewés se sentent à la fois légitimés par leurs patients et pas complètement légitimés par le pouvoir politique. Toutefois, par principe de réalité, ils semblent rechercher le statut le plus confortable, celui de la reconnaissance, dans ce qu'ils vivent au quotidien et donc dans leurs relations aux patients.

Parallèlement, à l'intérieur même du groupe professionnel, se jouent différentes dynamiques sociales souhaitant unifier un groupe hétérogène, et en déterminer ou légitimer le ou les répondant(s) de tous les physiothérapeutes devant les pouvoirs publics. Sans être aussi tranché

que la question de la reconnaissance, mais s'étalant plutôt sur un continuum de diversité, le groupe social « physiothérapie » semble rechercher une plus grande cohésion interne pour gagner en force et en crédibilité face aux interlocuteurs publics ou médiatiques.

Tous ces éléments trouvent une cohérence commune autour de la quête d'un statut social harmonisé et établi au sein d'un système socio-sanitaire sous tension, où chacun essaie de faire valoir ses atours pour se rendre incontournable.

En référence au cadre théorique sur la composition de l'identité professionnelle, ce thème général et les thèmes qui l'organisent, recouvrent les dimensions liées à l'identité de groupe et au contexte.

5.4.3. Profession de foi

5.4.3.1. Profession vocationnelle

Lors des entretiens, l'histoire personnelle des participants a également fait l'objet d'une attention particulière. La période et les raisons du choix professionnel peuvent éclairer les comportements des professionnels durant cette période et par cascade, informer sur leur identité professionnelle actuelle. La physiothérapie est ainsi entrée relativement tôt dans le parcours de vie des participants. On retrouve majoritairement, dans leur jeune âge déjà, des liens avec la physiothérapie, soit au travers d'une expérience personnelle, soit d'un proche. Et ce contact sert d'ancrage à la volonté de se destiner à ce métier.

P2 : « *Alors moi j'étais une maladroite quand j'étais assez jeune. Du coup, depuis assez jeune, j'ai dû être... […], j'ai dû faire des séances de rééducation* »

P5 : « *mon premier rapport avec la physiothérapie était lorsque j'avais une quinzaine d'années un problème, une subluxation de la mâchoire, avec un craquement.* »

D'autres participants, sans pouvoir forcément décrire un élément déclencheur précis, utilisent des mots forts autour du choix de cette profession, pouvant presque s'apparenter à un appel. On retrouve chez plusieurs cette envie, voire ce besoin, qu'on suppose presque inné, de vouloir soigner.

P1 : « *J'ai toujours voulu faire physio. Donc, depuis tout petit, j'ai toujours voulu toucher avec une main* »

P4 : « *moi, je rêve d'être physio depuis que j'ai 10-12 ans […] Mais je sais pas, pourquoi ça a toujours été... ben voilà, ça a toujours été quand même des métiers... dans cette approche de soins, de prise en charge, ça c'est clair.* »

Et si l'objet de cette recherche n'était pas de détecter ou déterminer des valeurs sur lesquelles les physiothérapeutes se construisent identitairement, leurs discours laissent néanmoins apparaître certaines d'entre elles qui peuvent s'inscrire dans cette profession-vocation. Les choix professionnels s'appuient en effet sur des valeurs humanistes et, semble-t-il, désintéressées.

P3 : « *La physiothérapie, c'est oui, c'est enfin dans tout ce que j'ai dit ça, ça me. Ça me correspond parce que c'est humain. C'est relationnel. Oui, voilà, c'est le soin de l'autre*. »

P6 : « *J'ai l'impression, des fois y a quand même une voix commune chez les physios. Il y a quelque chose, il y a un tronc commun, je pense que c'est les idéaux, l'entraide* »

Et les parcours de formations renforcent apparemment ce sentiment d'œuvrer pour le bien commun.

P6 : « *Parce qu'on nous a toujours dit à l'école, vous faites cette profession pour aider, un idéal, mais vous ne faites pas ça pour l'argent* »

On retrouve des traces tangibles de cet engagement envers la profession, cette profession de foi, cette vocation inexprimée. Et c'est autour de la notion du temps accordé ou à accorder aux patients, qui semble cardinale, qu'on retrouve les marqueurs de cette vocation. Aussi, pour éviter d'avoir à renoncer à ce temps, les participants évoquent des empiètements sur leur vie privée. Des sacrifices qu'ils sont prêts à faire, dans la perspective unique du bien-être du patient et de la qualité de leur prise en charge.

P1 : « *Peut-être j'bosse un peu plus longtemps dans la semaine si vraiment y a besoin.* »

P2 : « *Moi mes après-midi domicile. Ils sont à rallonges, mais c'est du bonheur parce que on sait qu'on est la seule visite de la semaine et après c'est, c'est compliqué parce qu'il y a aussi le temps personnel qui en pâtit à la place* »

Toutefois, un paramètre semble pouvoir changer la donne, et remettre en cause cet engagement infaillible. Sans citer explicitement les discussions de société actuelles autour du concept de *work-life balance*, les physiothérapeutes interviewés intègrent cette notion d'équilibre à trouver et qui pourrait minimiser l'envie de sacrifice.

P2 : « *à long terme je veux pas faire 100% de physio, de réduire à une activité dans le cabinet. Parce que je trouve ça demande beaucoup au niveau énergétique, au niveau mental des fois et psychologique* »

P4 : « *Donc t'as pas forcément envie de t'investir à 150% à pour être payé moins que ta femme de ménage quoi.* »

Les physiothérapeutes interviewés dans cette recherche ne parlent jamais directement d'un appel ou d'un sentiment de vocation pour et dans leur travail mais cette composante transparaît – de manière indirecte mais marquée – dans leurs propos. Un ancrage fort pour le soin et l'humain s'inscrivant tôt dans leur désir de métier forge vraisemblablement un pan de leur identité professionnelle. Peut-être y puisent-ils même quelques ressources pour maintenir le cap dans des moments où l'environnement est plus incertain. Le thème suivant se focalise sur les convictions fortes des physiothérapeutes interviewés quant à leur apport et impact tant sur leurs patients que sur le système.

5.4.3.2. Convictions fortes

C'est en effet un point saillant du discours des physiothérapeutes interviewés que leur intime et puissante conviction d'être autant efficaces qu'efficients.

Le premier pan, et le plus proche des préoccupations de soin, est celui de la certitude de l'efficacité de la physiothérapie.

P1 : « *Moi j'ai des types que j'soigne depuis sept ans. Ils prennent presque pas de médoc, ils ont pas d'intervention spéciale parce que je les soigne, je suis sûr de ça* »

P4 : « *Mais c'est sûr que le… je suis convaincue et que tout ce qu'on peut amener en physiothérapie a que des gains autant sur la santé, la mobilité, les coûts de la santé, de tout ce que tu veux de la santé, ça c'est clair et net.* »

Ce sentiment est conforté par les retours des patients : P1 : « *La majorité des gens vont dire, "je vais mieux". Et ça, ils te le disent. "Merci, je vais mieux".* », et même amener les physiothérapeutes à croire qu'ils sont indispensables à leurs patients : P2 : « *On sent que des fois ils sont même trop dépendants de la physio* ».

On retrouve les mêmes types d'affirmations quand il s'agit d'aborder les coûts de la santé et l'impact de la physiothérapie sur ces derniers. Les positions sont tranchées et catégoriques.

P1 : « *Et puis je suis certain, ils pourront dire ce qu'ils veulent. On diminue les coûts de la santé, de manière indirecte* »

P5 : « *Notre travail permet aussi de diminuer les coûts de la santé. En évitant une chirurgie, en évitant une chute. Chaque patient, on lui fait de la prévention* »

Les mots utilisés sont particulièrement éloquents : « *je suis sûr* », « *je suis convaincue* », « *je crois en* », « *je suis certain* », « *c'est clair et net* ». Ces affirmations péremptoires ne laissent que peu de place à toute forme de remise en question et relève presque de l'acte de foi, de l'infalsifiable, ce qui peut s'avérer problématique dans un contexte où le monde de la santé est devenu indissociable de la science et de la scientificité.

Est-ce qu'on observe là une sorte d'effet tunnel qui pourrait enfermer les physiothérapeutes dans leurs convictions et ainsi réduire leurs capacités d'ouverture et de prise de hauteur quant à leurs propres activités et leurs effets ? Les premières réactions de colère ou d'injustice exprimées par les participants et une position immédiatement défensive confirment qu'ils sont convaincus d'être dans le juste et qu'ils ressentent une modification qui ne provient pas de leurs rangs comme une attaque et une injustice.

P4 : « *je peux comprendre, je peux discuter, je peux essayer de plein de choses, mais au bout d'un moment, ce qui est juste est juste. Et l'injustice, ça me rend tarée ?* »

P5 : « *c'est vrai que les physiothérapeutes ont sorti les griffes de manière assez unanime* »

On retrouve toutefois des éléments qui laissent à penser que les participants soutiennent la recherche et les données. Que ce soit pour les aspects de santé ou d'économicité, les physiothérapeutes reconnaissent un certain potentiel d'amélioration, et un besoin, de la part de leur profession de mieux étayer leurs positions et défendre leur place dans le système.

P2 : « *je pense que vraiment au niveau statistique, je pense qu'on est pas top. J'pense qu'au niveau physio, on est tellement dans le côté humain que tout ce côté un peu économie, politique, on est pas vraiment le top* »

P5 : « *C'est que nous, physiothérapeutes, on fait très peu d'études et il y a très peu de choses qui sont scientifiquement prouvées. Et ça, c'est vrai que c'est un peu de notre faute à nous, physiothérapeutes, on fait très peu de recherches.* »

Le constat d'une structure obsolète est par contre reconnu et le besoin d'une réforme compris. C'est finalement plutôt la méthode et le focus sur le temps des séances ciblé par le Conseil fédéral qui sont au cœur des critiques des physiothérapeutes.

P2 : « *je sais que cette structure tarifaire ça fait un moment qu'elle est là, donc voilà* »

P5 : « *Et je peux comprendre cette logique de vouloir faire une réforme parce que peut-être la structure actuelle n'est pas actualisée, mais pour moi, de prendre que la durée de traitement est une erreur.* »

La composante vocationnelle, à laquelle se rajoutent des convictions puissantes, peuvent amener une lecture quasi religieuse des attitudes et des croyances des physiothérapeutes. Ce thème relève ainsi manifestement de la dimension « valeurs, croyance, éthique » telle que présentée dans le cadre théorique. Cette facette de leur identité renforce certainement leurs capacités de résistance face à l'adversité, voire de résilience, en faisant référence au premier thème général développé. Cette foi dans leur profession et dans leur action permet aux physiothérapeutes de voir plus loin que les turpitudes d'un temps et garder le cap du bien commun et de la prise en charge des patients.

Mais le revers de cet acte de foi peut avoir des effets pervers sur le développement de la profession ou l'image qu'elle et ses membres renvoient. D'aucun pourrait y voir une réticence à la recherche scientifique ou un facilitateur à se refermer sur soi-même et se placer dans une posture de victime.

D'autre part, si cette attitude garantit un engagement fort envers la profession et les principaux bénéficiaires, elle peut également pousser ses membres vers un chevauchement potentiellement conflictuel entre vie privée et vie professionnelle. Et plus largement, renvoyer un signal défavorable aux régulateurs qui pourraient être tentés d'abuser de cette composante de l'identité professionnelle des physiothérapeutes pour contraindre le cadre et les conditions de travail de ces derniers.

5.4.4. Difficultés communicationnelles

Un autre thème, transversal et aux nombreuses émanations identifiées dans les différents discours, nécessite d'être abordé même s'il n'est pas directement en lien avec l'identité professionnelle ou l'une ou l'autre de ses composantes. Les enjeux autour de la communication sont apparus comme fondamentaux durant cette période de consultation et ont révélé des problématiques plus profondes et peut-être jamais aussi clairement identifiées.

La communication est un ensemble d'interactions (entre des humains dans le cas qui nous occupe) qui a pour objectif de transmettre une ou des informations. Sans rentrer dans un trop grand niveau de détails à ce stade, il s'agit en principe d'avoir une source qui va émettre un message et le transmettre à un récepteur au travers d'un canal choisi. Généralement, il y a ensuite un feedback du récepteur. Chaque élément de cette chaîne peut être unique ou plus ou moins nombreux selon les contextes. Et les données récoltées permettent de poser un regard sur ces différents éléments en amenant des considérations nuancées et parfois inattendues.

Le point de départ qui a permis l'organisation de ce thème, c'est le constat des participants que la physiothérapie est méconnue et que les différentes parties prenantes, caisses-maladie, Conseil fédéral, médecins et même parfois les patients ou la population, ne se rendent pas compte de ce qu'est, et de ce que fait un physiothérapeute. Ce constat amène à penser que le récepteur ne reçoit pas de message, ou s'il le reçoit, ne sait pas bien l'interpréter. Mais pour qu'un message parvienne au bon destinataire et dans le bon langage, il s'agit de déterminer avec précision les destinataires. Et les discours des participants à cette étude en mettent trois en évidence.

Premièrement les patients. Ce sont en effet les récepteurs au plus proche contact des émetteurs. Mais tous n'ont pas pour autant été considérés de la même manière. Pour certains participants, ils étaient une cible facile et disponible pour adresser les messages et arguments en faveur de la cause.

P6 : « *Et puis après, j'ai activé aussi beaucoup avec les patients. Je leur en ai parlé assez activement. Et puis, je les relançais :"vous avez signé?". Ca c'est un peu pratiqué comme ça. Mais voilà, j'ai fait à mon échelle de ce qui pouvait se faire.* »

D'autres au contraire, ont jugé que les patients ne venaient pas pour entendre les problèmes de leur physiothérapeute. Ainsi, une position plus passive peut aussi être observée.

P5 : « *Alors, j'ai récolté quelques signatures, mais je me suis forcé à ne récolter des signatures que chez mes patients qui, eux, m'ont parlé du problème. […] Je me disais que, et je pense encore que je ne suis pas là pour ça. Je suis là pour eux et je ne suis pas là pour leur parler de cette situation. Eux, ils ont aussi leurs problèmes* »

Les autres destinataires évidents étaient le Conseil fédéral et les assurances. Mais d'autres instances, politiques ou associatives, qui pouvaient relayer les revendications des physiothérapeutes ont également été considérées comme des entités à qui s'adresser.

P5 : « *On n'arrive pas à faire comprendre aux assureurs, par exemple parce que ce sont eux qui sont face à nous, tous les bienfaits, les économies qu'on leur permet de faire.* »

P4 : « *En tout cas, les professions paramédicales, et moi depuis que je toque aux portes, tout le monde accueille avec les bras grands ouverts et ils demandent que ça. Donc on a fait des lettres communes avec les ergos avec... y a pas de problème, il faut juste un impulse.* »

Ce survol des différents récepteurs potentiel rend déjà compte de la difficulté d'adapter le message à chaque type d'interlocuteur. Et c'est effectivement un élément qui apparaît régulièrement dans les données, tant le fond que la forme du message sont délicats à définir.

P2 : « *J'trouve d'aller sur le marché, d'être confronté à ça, de devoir essayer de l'expliquer, c'était compliqué* »

P5 : « *Et peut-être qu'on n'arrive pas forcément bien à expliquer que la durée de traitement ne doit pas être l'unique enjeu.* »

De même, les messages véhiculés n'étaient pas toujours en adéquation avec les valeurs ou les idées de communication des participants.

P2 : « *j'ai trouvé que c'était dommage, ces affiches physioswiss, parce que on parlait que du côté financier, pas du côté où en fait la qualité de soins pour le patient sera sûrement péjorée.* »

Et finalement, s'il n'y avait qu'un seul émetteur, ce dernier pourrait décider d'une ligne de communication claire et la maîtriser de bout en bout. Mais les éléments rapportés par les participants font état de nombreuses sources de messages, plus ou moins légitimées à leurs yeux, et dont les communications étaient plus ou moins alignées.

P2 : « *On a dit, j'en avais en amont [des informations] par rapport à ce collectif et je trouve ça super dommage. Ça veut dire que la communication physioswiss est pas la meilleure* »

P4 : « *Donc trois types d'entités [physioswiss, swissODP, #jesuisphysio] qui vont quand même dans le même sens, mais qui sont pas ensemble. […] Mais en tant que patient et même collègue physio, il y en a plein qui ont pas compris.* »

P6 : « *Je comprends que physioswiss, c'est venu un peu après coup, peut-être parce qu'il faut du temps pour faire les choses bien. Et puis les autres, et ben ils ont foncé. Mais voilà. Et puis du coup, c'est dommage qu'il n'y ait pas eu ce lien. Ah, on demande, on se concerte. Il y a peut-être ce manque de réseau, peut-être tous ces mouvements, toutes ces forces.* »

Si les divergences de points de vue relativement à tout ce qui a été dit et fait durant la période de consultation est largement exprimée par les physiothérapeutes interviewés, la responsabilité est quand même confiée aux associations faîtières quand il s'agit de mener des discussions et des négociations dans les cercles plus restreints du pouvoir.

P5 : « *Donc, il faut juste après que chacun se mette autour d'une table et explique les enjeux. Et ça, je compte sur physioswiss et l'ASPI notamment pour remplir ce rôle-là.* »

Dans tous les cas, on voit au travers de ces discours que la question de la communication est aussi complexe que sensible et qu'on ne s'improvise pas communicateur. Il est frappant de constater la différence d'attitude et de responsabilité endossée ou non par les professionnels et comment ils se sont identifiés, ou pas, comme vecteur d'information aux patients durant la période de consultation.

P3 : « *je suis pas égoïste, mais bon […] je sais qu'il y en a qui sont très engagés et c'est super. Moi je les admire, mais là j'ai… j'ai fait ben ouais "chacun son combat".* »

La situation vécue entre août et novembre 2023 était particulière et très active sur le plan de la communication. Le constat fait au travers de cet événement démontre que l'unité est encore loin d'être atteinte en ce qui concerne le partage d'informations à l'intérieur du corps professionnel. Les vecteurs de communication à l'externe, à l'attention de la population ou des régulateurs que sont le Conseil fédéral et les caisses-maladie doivent également se renforcer.

Finalement, ce thème autour des difficultés communicationnelles peut être placé entre les dimensions de « connaissances et compétences », « valeurs, croyances et éthique » et « comportements et activités » et les dimensions de « contexte », « relations intergroupes » et de « l'identité de groupe ». C'est en effet grâce à la communication – verbale ou non verbale – que les personnes, tant physiques que morales, se donnent à voir et peuvent entrer dans un processus d'identification au travers d'interactions sociales.

5.4.5. Le deuil

Le dernier thème est celui du deuil, en tant que processus. Au fur et à mesure des relectures du corpus de données, une forme de récurrence de processus s'est dessinée en filigrane de chaque récit. Les différentes phases du deuil telles que présentes dans mon esprit au moment de l'analyse, choc, déni, colère, marchandage, dépression, acceptation sont aujourd'hui sujettes à interprétation tant dans leur nombre que leur ordre et leur durée et feront l'objet d'une section de la discussion. Cependant ces étapes se retrouvent dans la chronologie des événements.

Tout d'abord, l'annonce de la mise en consultation d'une intervention tarifaire a fait l'effet d'une petite bombe très inattendue dans le microcosme de la physiothérapie : le choc.

P1 : « *Et j'étais surpris parce qu'en fait on se battait, moi j'étais resté, on se bat pour des points qui augmentent. Pis d'un coup, on doit se battre pour pas que ça baisse* »

P4 : « *Ma première réaction, ça a été un peu quand même l'effet d'une bombe* »

Les premières réactions révèlent une forme de déni, a minima de l'incrédulité, puis de colère.

P2 : « *mais sur le coup, c'était vraiment de la colère j'pense, et de l'incompréhension. Je m'suis dit c'est une blague* »

P4 : « *C'est quand même trop gros pour être vrai, c'est impossible que ça passe le truc*. »

P1 : « *Je vais jamais diminuer. Là, je me suis posé, je me suis dit : « ça, je ferai jamais ».* »

Puis vient la phase du marchandage avec deux réactions principales, la première étant celle de s'engager pour tenter de faire revenir le Conseil fédéral sur sa décision.

P2 : « [sur sa présence à Berne le jour de la manifestation] *ben de faire entendre ma voix, même si elle était toute petite, mais je pense que par la présence… on aurait été 100 ou comme là on a été, l'impact aurait été beaucoup plus petit.* »

La deuxième concernait des projections dans d'autres forme si l'ordonnance entrait en vigueur.

P2 : « *Je pense que je serais indépendante, je me tournerais vers les thérapies complémentaires* ».

P1 : « *oui, c'est ça, ben facturer 20 minutes parce qu'ils disent vous pouvez facturer 20 minutes et puis faire une demi-heure. En tout cas au départ, mais je sais pas si c'est viable, mais je pense pas que c'est viable à mon avis, 'fin j'sais pas, je sais pas.* »

Mais cette phase de marchandage n'a pas tenu la distance car la situation est déjà précaire pour les physiothérapeutes indépendants du panel de cette étude.

P4 : « *Mais quoi qu'il en était, la situation actuelle, elle est pas viable. Elle est déjà étouffante.* »

Ce constat de viabilité fait, les évocations de résignation et d'envie d'abandonner étaient nombreuses à l'idée d'une entrée en force d'une des deux modifications proposées.

P2 : « *Après, si cette structure tarifaire passe, je sais pas si ça sera suffisant pour que j'veuille continuer.* »

P6 : « *Je pense que j'arrêterais de faire de l'ambulatoire* »

P4 : « *J'ai compris que les passionnés pouvaient arrêter. […] Enfin, ça me fout les larmes aux yeux parce que non, c'est dur.* »

L'évolution envisagée par les participants était concrètement une baisse de revenu (intérêt propre des physiothérapeutes) et une baisse de la qualité au travers d'un temps de séance réduit (intérêt des patients).

P1 : « *J'ai entendu dire par quelqu'un qui avait un cabinet un peu comme moi, tu perds 20 à 25%. Enfin lui avait fait son calcul, on va dire à peu près 20% du chiffre d'affaires annuel, c'est énorme*. »

P2 : « *En fait, la qualité des soins pour le patient sera sûrement péjorée*. »

La nécessité d'un revenu familial ou d'un revenu tout court contraindrait probablement une partie des physiothérapeutes à rester dans leur emploi malgré une baisse de la motivation et des conflits de valeurs qui sont décourageants sur le moyen-long terme.

P1 : « *si c'est tous les matins pour m'dépêcher d'aller soigner des gens à l'arrache. Ha au bout de 5 ans, j'arrête. J'en ai marre, plus envie.* »

La phase de dépression ci-dessus reste hypothétique et basée sur des projections d'un *worst case* imaginés par les participants avec une entrée en vigueur telle que soumise à la consultation. La dernière phase est donc encore plus sujette à conjectures. Il est difficile en effet d'imaginer les mécanismes de l'acceptation sur la base d'une phase de dépression imaginaire. Néanmoins, et sur la base de l'importance accordée à la reconnaissance des patients au quotidien évoquée dans le thème « continuer », et d'un sentiment de vocation, on peut faire l'hypothèse que les physiothérapeutes accepteraient cette modification ou cette contrainte du cadre et parviendraient à s'en accommoder et retrouver la flamme et la foi dans un métier qu'ils aiment, comme le confirme P3, dans la dernière phrase de son entretien, comme un symbole « *Mais bon, ça va, comme tu peux comprendre, je… j'aime mon métier*. ».

Cette boucle, ce processus similaire à un deuil interpelle et témoigne de la violence de cette intervention tarifaire pour les participants. Cette annonce a été visiblement ressentie comme une atteinte à l'intime professionnel, aux valeurs fondatrices, et perçu comme une menace existentielle par les physiothérapeutes interviewés. Même si leurs projections se sont arrêtées à une phase de désaccord avec leur éthique professionnelle et sur un questionnement à l'envie de continuer, ils espèrent, au moment des entretiens, que cette menace ne se réalisera pas.

P5 : « *C'est un problème qui […] aujourd'hui, n'existe pas encore. J'espère qu'il n'existera pas.* »

5.5. Synthèse des résultats

Les dimensions les plus intimes et personnelles de l'identité professionnelle – les connaissances, les compétences, ainsi que les valeurs, croyances et l'éthique – émergent de cette analyse thématique comme des éléments fondamentaux sur lesquels les physiothérapeutes basent leur identité professionnelle (profession vocationnelle, convictions fortes, libertés dans les marges). Cette identité est renforcée par la reconnaissance directe des patients. La dimension des comportements et activités sert d'interface avec le monde extérieur, c'est la dimension que les physiothérapeutes montrent dans leur proximité professionnelle immédiate : leurs capacités à collaborer entre eux et avec d'autres professionnels (une grande famille bigarrée) et à s'adapter aux besoins du terrain (des pratiques plurielles et évolutives). Bien que cette dimension présente des défis, les participants semblent trouver les clés et les ressources pour les surmonter (continuer, dans une pratique sous pression).

À l'inverse, pour les dimensions moins dépendantes de leur propre personne – le contexte, les relations intergroupes et l'identité de groupe – ils ressentent un sentiment de légitimité encore incomplet auprès du monde politique et des divers acteurs du système de santé (non-reconnaissance des régulateurs). Ce manque de légitimité est fortement corrélé à la perception que la profession ne parvient pas à communiquer de manière adéquate avec ce milieu (difficultés communicationnelles). Finalement, se trouvant dans une position jugée comme insuffisamment établie dans le système de santé, la modification qualifiée de mineure par le Conseil fédéral est perçue par les physiothérapeutes comme une attaque existentielle et génère une réaction comparable à un processus de deuil.

La conclusion de cette analyse thématique, basée sur le cadre théorique, est que l'identité professionnelle (au niveau individuel ou personnel) des physiothérapeutes de cette étude est relativement forte, mais que l'identité de la profession (au niveau public et du système socio-sanitaire) demeure fragile. Entre les deux, il existe un filtre communicationnel semi-opaque qui brouille la perception, empêchant une compréhension claire et mutuelle. De plus, des contours de la physiothérapie étant par nature indéterminée et mouvante, il est impossible pour les personnes extérieures à ce domaine d'en avoir une vision nette.

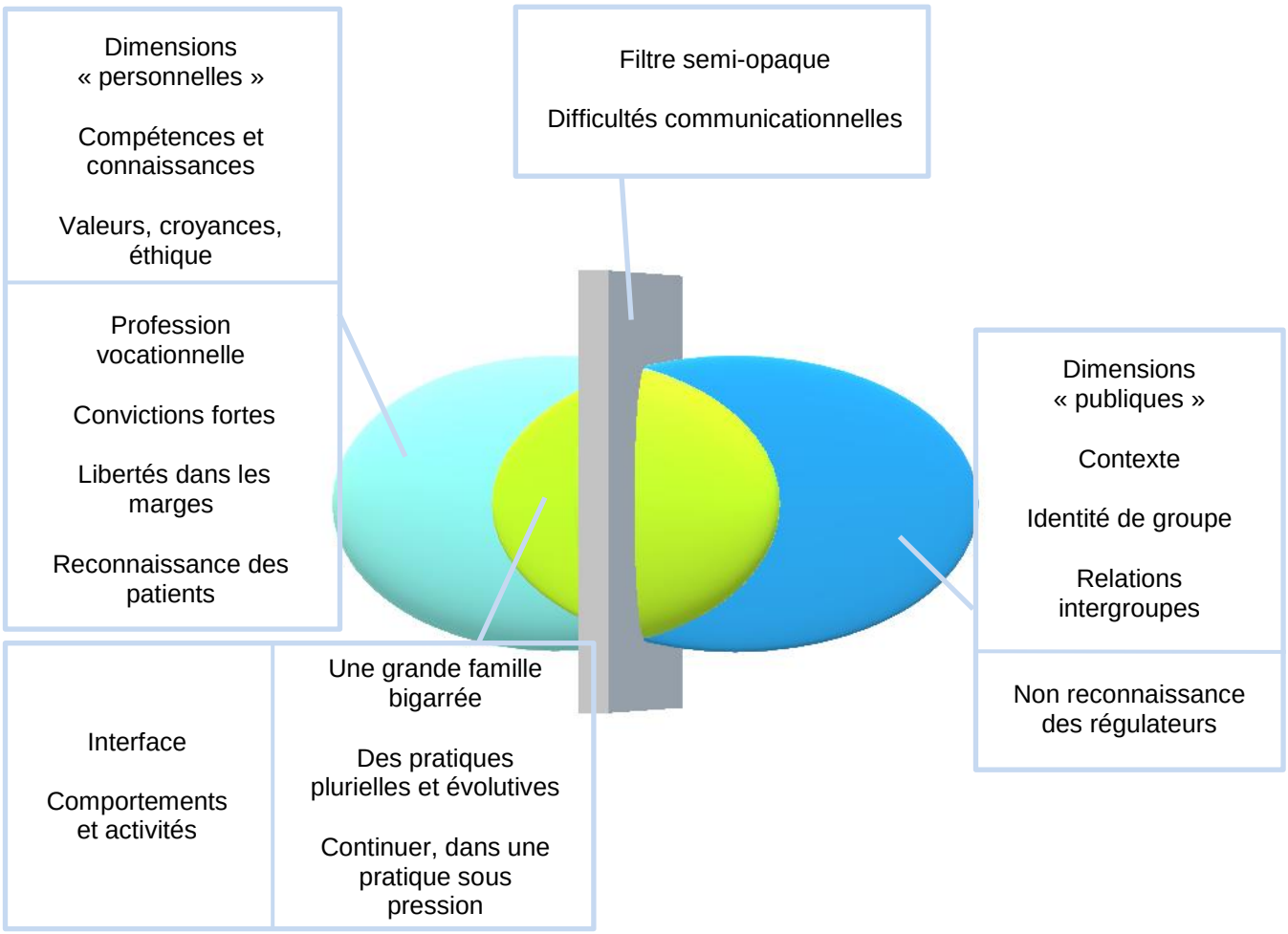


Figure 1 : Représentation de l'articulation des thèmes de l'analyse avec les dimensions de l'identité professionnelle

6. Discussion

La discussion adopte la structure présentée dans la synthèse des résultats et ne prend pas un à un les thèmes et sous-thèmes tels que présentés dans les résultats de l'analyse thématique.

6.1. L'identité professionnelle interne à l'individu

Thèmes : Profession vocationnelle, convictions fortes, libertés dans les marges, reconnaissance des patients

Un premier élément biographique marqué (et inattendu pour moi) décelé chez les physiothérapeutes interviewés, est la notion de vocation ou *calling* en anglais. Les caractéristiques qui amènent à cette interprétation se dévoilent dans les propos des physiothérapeutes par les conceptions de « passion » ou d'« amour » du métier, une aspiration forte à faire ce métier « j'ai toujours voulu faire physio », et par l'« humain » et le « social » dans les motivations des participants. Ces attributs vocationnels s'inscrivent dans ceux d'Emerson (2017), qui s'est intéressée à la notion d'« appel » pour les soins infirmiers et les définit ainsi : (a) « désir ou motivation intrinsèque passionnée (éventuellement avec une composante religieuse), (b) l'aspiration à exercer la profession d'infirmière, comme moyen de réaliser son objectif de vie (c) le désir d'aider les autres en tant que but de la vie. » (Emerson, 2017). L'envie d'aider les autres est un trait assez commun aux professions de la santé mais peu étudié en physiothérapie. Toutefois, cette volonté exprimée par les participants en Suisse romande confirme celle retrouvée chez Gotlib et al. (2012) et plus récemment Fuente-Vidal et al. (2021) qui se sont intéressés aux facteurs influençant le choix de la profession de physiothérapeute. Dans ces deux études, ils observent cette envie d'aider chez respectivement 79% et plus (Gotlib et al., 2012), et 95.5% (Fuente-Vidal et al., 2021) des participants. De plus, la période du choix, relativement précoce chez les physiothérapeutes interviewés ici, symbolise également un facteur de vocation pour Fuente-Vidal et al. (2021). L'aspect du désintéressement et de la conscience d'un rôle pour le bien commun de la société avait déjà été évoqué chez les physiothérapeutes en 1985 par Sim (1985), lors d'une analyse toutefois très ancrée dans une compréhension anglo-saxonne et fonctionnaliste des professions, s'appuyant sur Carr-Saunders et Wilson (Sim, 1985).

Le deuxième élément fort qui ressort de l'analyse thématique est une conviction profonde en l'efficacité de la physiothérapie en général et en leurs propres traitements en particulier. Cette maîtrise de leur sujet et les succès thérapeutiques évoqués peuvent s'inscrire dans la notion d'auto-efficacité théorisée par Bandura (Bandura *self efficacy*) dont la première (sur quatre) et principale source de l'auto-efficacité est celle de la « maîtrise personnelle », les « succès serv[ant] d'indicateurs de capacité et permettent donc de construire une solide croyance d'efficacité personnelle »

(Lecomte, 2004). La théorie de l'auto-efficacité de Bandura permet également d'éclairer l'importance du nombre de témoignages de reconnaissance des patients chez les participants, et le rôle de cette dernière dans leur auto-efficacité, et par cascade, de leur construction identitaire. La « persuasion par autrui » représente une autre source de renforcement de l'auto-efficacité, car « il est plus facile à quelqu'un de maintenir un sentiment d'efficacité […] si d'autres individus significatifs lui expriment leur confiance dans ses capacités. » (Lecomte, 2004). Cette notion de reconnaissance, largement exprimée par les participants, trouve aussi un écho dans des publications récentes qui attestent de la relation de confiance qui se crée entre les patients et les physiothérapeutes, de la satisfaction des traitements reçus et de leur rôle dans la construction identitaire (Bernhardsson et al., 2017; Chen & Reay, 2021). Les notions de reconnaissance, de confiance ou de satisfaction n'ont pas été plus approfondies dans le cadre de cette recherche, cependant, la satisfaction des patients est de plus en plus considérée comme un domaine de recherche important en lui-même (Hills & Kitchen, 2007; Rossettini et al., 2020) et indirectement dans le cadre du concept *value-based care* et des indicateurs *PROMs* et *PREMs* (Cook et al., 2021; Steenhuis et al., 2017).

Les participants à cette étude évoquent à plusieurs reprises un engagement de leur part qui va au-delà de ce qui est exigé d'eux, tant d'un point de vue des responsabilités que de l'investissement en temps. Cette interprétation est convergente avec les comportements prévus par la théorie de l'auto-efficacité quand elle croise un haut sentiment d'auto-efficacité personnelle avec un environnement – ici les patients – qui a de hautes attentes et un haut niveau de réceptivité de leur intervention. Dans ce cas, Bandura décrit des personnes qui « s'investissent alors dans l'action, et sont motivées par de fortes aspirations et tirent des satisfactions des résultats obtenus » (Lecompte 2004).

Le haut niveau d'auto-efficacité perçu dans les discours des participants est vraisemblablement une base solide pour oser s'engager dans des voies non-conventionnelles dans le but d'offrir la meilleure prestation aux patients. Les physiothérapeutes interviewés craignent d'ailleurs de voir leurs libertés et leur autonomie se réduire par une décision qui leur échappe. Les physiothérapeutes bénéficient en effet de grandes libertés dans les choix des traitements et approches avec leurs patients (Van Den Ende et al., 2006; Zaninetti-Schaerer et al., 2011). Le travail de Setchell et al. sur la multiplicité dans la pratique de la physiothérapie est particulièrement éclairant à cet égard (Setchell et al., 2018). Ils parcourent les actions des physiothérapeutes, normatives, basées sur les données probantes et communiquées, mais aussi – et surtout – le champ des possibles et le bricolage qui est mis en place hors des logiques dominantes. Le recours à ce qu'ils appellent des « solutions de contournement » vise à faire bénéficier les patients des meilleurs traitements (Setchell et al., 2018). Cette perspective se retrouve dans les discours des participants quand ils se projettent dans un cadre de travail modifié par l'intervention tarifaire. Plusieurs auteurs préconisent d'ailleurs une évolution de la formation en physiothérapie qui doit préparer les nouveaux professionnels à aller au-delà des aptitudes définies et à naviguer dans des avenirs incertains et changeants (Patton et al., cités par Setchell et al. 2018 ;

Barradell, 2017). Sandstorm (2007), dans son travail sur l'autonomie des professions, relève que « la bureaucratie », qui a largement pris son essor dans la gestion de la santé dans la deuxième moitié du XXe siècle, offre beaucoup plus volontiers une autonomie « technique » que « socio-économique » au travers des régulations qu'elle met en place (Sandstrom, 2007). Ce constat se confirme auprès des participants qui, pour regagner quelques libertés, peuvent être amenés – et sont autorisés – à travailler hors-prescription, hors marché régulé.

Ces libertés semblent aussi pouvoir être prises grâce à aux formations continues qui dotent les physiothérapeutes de compétences supplémentaires et octroient des cordes à leur arc qu'ils peuvent certes utiliser mais pas facturer, à l'exemple de l'utilisation de l'échographie. Les participants se sentent globalement plutôt suréquipés en regard de leurs tâches quotidiennes, ce qui peut générer une certaine frustration. La notion de surcompétence, *over-skilled*, dans le domaine de la santé a déjà fait l'objet d'attention particulière car elle peut en effet conduire à de la frustration (Schoenstein et al., 2016). Une des solutions proposées par cette étude pour réduire l'écart est de requestionner et de redéfinir – ou d'étendre – le champ des pratiques (*expand the scope*).

D'un autre côté, certains participants soulèvent des doutes sur l'évolution de la profession et la « qualité » de sa formation. Cet écart entre des physiothérapeutes expérimentés aux convictions fortes qui voient les jeunes diplômés « insuffisamment prêts à affronter le terrain réel » peut être accentué par le biais de supériorité illusoire (Hoorens, 1993) ou expliqué par la théorie des groupes minimaux (Tajfel, 1982) dans laquelle on surévalue son propre groupe d'appartenance et on sous-évalue, voire discrimine, le groupe avec lequel on veut marquer une différence. Mais la question de l'écart entre théorie et pratique ne date pas d'hier et touche toutes les professions de santé (Hunt et al., 1998; Rolfe, 1993). Les études sur le sujet relèvent en effet que la formation de base n'irait pas assez loin pour préparer les physiothérapeutes à la réalité complexe du terrain (Barradell, 2017; Schwab et al., 2023). Le degré de préparation et les pistes d'amélioration pour l'entrée en pratique des nouveaux diplômés s'appuie également sur une littérature importante (Atkinson & McElroy, 2016; Forbes & Ingram, 2021; Masso et al., 2022).

Cependant, de récentes études permettent aussi de constater que les professionnels expérimentés doivent encore s'améliorer pour assumer pleinement les libertés actuelles et – peut-être – futures de leur pratique (Keller et al., 2023; Synnott et al., 2015).

L'autonomie, affirmée, revendiquée, qui ressort des discours des physiothérapeutes interviewés fait partie de l'identité professionnelle pour plusieurs auteurs (Heldal et al., 2019 & Rasmussen et al., 2018 in Fitzgerald, 2020; Sandstrom, 2007) et est rendue possible par les connaissances et compétences d'une part, mais par le contexte d'autre part. La crainte de voir diminuer cette autonomie peut donc être interprétée non seulement comme une modification (régression) dans les rôles et les activités, mais également comme une atteinte à part entière de l'identité professionnelle.

6.2. Une identité de la profession aux contours flous

Thèmes : Une grande famille bigarrée, des pratiques plurielles et évolutives, continuer dans une pratique sous pression

Les discours des participants à cette étude révèlent leur difficulté à « dire » la physiothérapie, à en dévoiler le cœur et à en cerner l'étendue du champ. L'identité de la physiothérapie n'est en effet pas facilement saisissable et peine à s'organiser autour d'un concept-clé central comme peut l'être l'occupation en ergothérapie (Yerxa, 1998) ou une partie du corps ou une fonction évidente pour certaines autres professions (Jull & Moore, 2013). Le « corps » (Nicholls & Gibson, 2010), le « mouvement » (Jull & Moore, 2013; Wikström-Grotell & Eriksson, 2012), ont tenté de prendre cette place. L'analyse de l'utilisation de la CIF chez les physiothérapeutes (Allet et al., 2008) pourrait placer la « fonction » dans cette liste. Plus récemment, la « connectivité » (Nicholls et al., 2016) avec une vision plus inclusive et moins focalisée sur la déviation à la norme, a également été proposée.

Si le concept central n'est peut-être pas encore clairement défini et qu'il ne semble pas y avoir de domaine « exclusif » à la physiothérapie, les participants relèvent aussi son large champ d'application. Ce vaste spectre semble toutefois être la norme, tant en Suisse qu'à l'international (Higgs et al., 2009; Walton, 2020), avec la complexité de lisibilité que cela engendre, tant chez les autres professionnels dont les médecins (Abichandani & Radia, 2015), que dans la population générale ou chez les régulateurs (Schoeb et al., 2014; Walton, 2020). Ce constat de méconnaissance pourrait aussi trouver une partie de l'explication au niveau de la formation de base des autres professionnels (Varghese et al., 2012).

Plusieurs participants regrettent de manière plus ou moins directe les difficultés à s'entendre entre les différentes disciplines ou associations quand il s'agit de défendre les intérêts de « la » physiothérapie. Cette situation ne semble ni unique, ni propre au contexte de la physiothérapie en Suisse romande. En effet, Walton (2020) relève la difficulté de la profession à trouver une voie unifiée à cause de mésententes internes. D'autre part, les questions d'unité et de fragmentation ont semble-t-il toujours fait partie des évolutions historiques des différents systèmes de santé, avec des luttes internes et des « unités de façade » (Bergeron & Castel, 2022, p.175).

Un autre champ soulevé par les participants, non plus en lien avec l'hétérogénéité interne, mais avec le fondu enchaîné vers d'autres professions, est celui des luttes de frontières. Les potentiels points de tension abordés le sont avec les masseurs, les spécialistes APA, ou encore les ergothérapeutes. Ces luttes de frontières font partie intégrante du développement des professions de santé (Nancarrow & Borthwick, 2005) mais peuvent aussi être à l'avantage de la physiothérapie qui « gagne » alors du terrain – des responsabilités et des compétences – par exemple sur celui des médecins (Cameron, 2011). Toutefois, ces luttes de frontières exprimées avec une connotation négative par les participants est une appréciation que l'on retrouve dans plusieurs études portant

sur le partage ou le transfert de tâches (Eliassen & Moholt, 2023; Smith et al., 2000). Schoeb et al. (2014) rapporte également qu'au travers des évolutions du système de santé, les frontières deviennent floues et les thématiques de recherche peuvent être partagées par plusieurs professions. Et la problématique soulevée par certains participants de devoir jouer avec d'autres prestataires (massage, ostéopathie, coaches sportifs, etc) sur un même terrain mais pas avec les mêmes règles – en termes de formation, de publicité, de régulation – trouve un écho très similaire outre-Atlantique (Walton, 2020).

Les professions de la santé évoluent et la physiothérapie avec elles. Les participants à cette étude en sont pleinement conscients et savent que toutes les évolutions ne seront pas alignées avec leurs souhaits personnels. Cependant la grande liberté que leur offre le champ des disciplines internes à la profession semble leur permettre d'envisager un avenir toujours possible. Cette logique se retrouve ailleurs dans des contextes de modification du cahier des charges non souhaité (Chen & Reay, 2021). Si ces changements sont au contraire souhaités ou vus comme positifs, les professionnels pourront les intégrer rapidement (Blumenthal et al., 2018) et modifier leur identité professionnelle de concert avec ces évolutions (Kyratsis et al., 2017). Mais ils peuvent aussi montrer plus de méfiance à l'égard de modifications qu'ils jugent peut-être utiles pour un temps – comme pendant la pandémie de COVID – mais renoncent à les garder ensuite (Rausch et al., 2021). La question du virage de l'actif qui ressort également des discours semble aussi être une préoccupation ailleurs (Killingback et al., 2022) et montre que les physiothérapeutes peuvent peiner à trouver leur juste place dans un rôle qui devient plus celui d'accompagnant que de thérapeute.

Dans tous les cas, les changements imposés génèrent plus de risques de perdre la motivation à s'engager dans sa profession et les transitions d'identité professionnelle peuvent prendre du temps (Chen & Reay, 2021). Pour soutenir les physiothérapeutes dans ces temps d'adaptation, différentes perspectives se retrouvent dans la littérature pour les amener à considérer leur identité professionnelle comme celle d'un caméléon (Petersen et al., 2022) ou à développer une épistémologie du bricoleur (Shaw & DeForge, 2012) pour ne pas limiter ses perspectives professionnelles et s'autoriser à embrasser plusieurs chemins de connaissance et de pratique.

Une autre zone de frontière qui se dévoile implicitement chez les participants est celle du partage de plusieurs rôles (responsable, référent, patron, etc). Les identités professionnelles d'un manager, d'un chercheur et d'un clinicien ne sont pas les mêmes mais peuvent – doivent parfois – coexister chez une même personne. Plusieurs chercheurs se sont penchés sur ces identités multiples et les défis qu'elles constituent nécessairement (Monrouxe, 2010; Rees & Monrouxe, 2018; Spehar et al., 2015). Pour sa part, Swaithes et al. (2021) valorisent cette zone de frontière car elle permet selon eux d'offrir une plus grande visibilité à la physiothérapie par le truchement de ceux qui s'y engagent. Ils recommandent ainsi aux filières de formation d'ouvrir des opportunité de stages hors de la

pratique pure pour les étudiants afin de les préparer au mieux à explorer les voies de la recherche dans leur carrière professionnelle (Swaithes et al., 2021).

6.3. Une profession évolutive et en cours de légitimation permanente

Thèmes : Non reconnaissance des régulateurs, difficultés communicationnelles, deuil

Les physiothérapeutes de cette étude ressentent une grande incompréhension de leur travail et de leurs réalités de la part du Conseil fédéral qui propose une modification de la structure sans vraiment en mesurer préalablement les impacts. Le sentiment de non-reconnaissance évoqué par les participants semble se confondre avec la méconnaissance ressentie de leur pratique par les régulateurs. La difficulté pour les non-professionnels de connaître et d'évaluer équitablement le travail professionnel est une réalité (Sandstrom, 2007). Et c'est d'autant plus probable pour une profession dont l'identité est considérée comme peu claire et la visibilité dans l'espace public insuffisante en Suisse (Schoeb et al., 2014).

Toutefois, le sentiment de non-reconnaissance semble être exagéré. Schoeb et al. (2014) ont donné la parole à des politiques et des représentants des caisses-maladies au sujet du développement de la profession, et ceux-ci disent être « convaincus que la physiothérapie joue un rôle important dans le système de santé actuel, particulièrement en considérant l'évolution démographique ». Ces paroles se sont par ailleurs incarnées en la personne d'une conseillère nationale présente lors de la manifestation du 17 novembre 2023 pour défendre la physiothérapie à Berne (Wyss, 2023).

Les participants semblent alors faire l'amalgame d'une non-reconnaissance généralisée des régulateurs. Cette globalisation de la non-reconnaissance peut trouver une explication en psychologie sociale des groupes minimaux (Tajfel, 1982), concept déjà mobilisé plus haut. D'autre part, cette non-reconnaissance qui s'exprime dans les discours des participants par des sentiments mêlés d'injustice, d'incompréhension, d'incohérence des mesures, peut être interprétée comme un sentiment d'être les victimes des mesures proposées. Le biais de supériorité illusoire peut amplifier l'effet d'injustice. Le phénomène d'auto-victimisation (Jacoby, 2015) peut devenir un point d'ancrage à la « formation d'une culture de groupe qui se perçoit comme une communauté de victime » (Bar-Tal et al. 2009 in Orkibi, 2019)). Orkibi (2019) note également que ce statut de *victimhood* peut servir à « la justification morale pour affronter un adversaire perçu comme un agresseur et conduire à la polarisation entre « eux » – agresseurs immoraux – et « nous » – victimes agressées ». Ces éléments permettent d'éclairer les processus qui conduisent les physiothérapeutes interviewés à placer tous les régulateurs dans le panier des « méchants », et ainsi justifier leur lutte auprès des patients et de la population.

Les éléments de la rhétorique de victimisation proviennent de contextes spécifiques, à la base criminels ou militaires. Toutefois, comme le statut de victime est une « construction sociale » (Orkibi

2019) l'utilisation du concept d'auto-victimisation peut être pertinent pour envisager une rhétorique de victimisation dans des contextes plus vastes. Dans les étapes de la création d'une identité de victime proposée par Jacoby (2014), on retrouve plusieurs phases de communication vers différents publics comme la population au sens large et le politique. La théorie de l'auto-efficacité tend également à justifier cet élan communicationnel par sa description des comportements typiques de personnes avec un haut sentiment d'auto-efficacité face à un environnement peu réceptif qui conduit à des revendications, des reproches et de l'activisme social (Lecomte, 2004).

Cette dialectique permet également de fédérer les physiothérapeutes autour d'un « ennemi commun », indépendamment de leurs éventuelles tensions préalables. La résistance entamée par le monde de la physiothérapie, et à des degrés divers par les participants, implique d'interagir et de communiquer avec différents destinataires. Les participants à cette étude en évoquent plusieurs et émettent des critiques quant à la communication au sein du groupe professionnel, envers les patients et la population, et doutent également des capacités de négociation des associations. La communication entre professionnels et les différentes parties prenantes de la régulation est régulièrement évoquée dans la littérature qui relève un besoin de contact régulier, voire plutôt augmenté, afin de démontrer les compétences et les atouts que la profession peut offrir à un système de santé (Sandstorm, 2007; Schoeb 2014).

Les participants qui expriment leurs craintes d'une profession devenue trop « large », ou de se faire délester de tâches au profit d'autres, exposent indirectement leur vision d'une physiothérapie pas (plus ou pas encore) complètement légitime. Cette interrogation sur la légitimité de la physiothérapie en Suisse romande est appuyée par les mêmes réflexions au Canada (Walton, 2020). Setchell (2017) relève que si la légitimité de la physiothérapie s'est acquise sur une forte orientation biomédicale, avec la multiplicité et l'évolution de la profession, elle encourage maintenant le politique à reconsidérer la physiothérapie comme étant plus que « biomédicale ». Cette position semble confortée par le fait que les qualités d'un « bon » physiothérapeute sont aujourd'hui majoritairement non-biomédicales (Kleiner et al., 2023). L'étude de Schoeb (2014) montre cependant que les politiques attendent des « preuves scientifiques » que la physiothérapie entraine moins de récidives, moins de consultations médicales, etc. Une partie de l'activité des physiothérapeutes vise parfois uniquement le maintien et la non-détérioration des conditions du patients (Flanagan & Green, 2000) et les effets des traitements peuvent être plus difficile à justifier (Flanagan et al., 2003). Ces dernières considérations – moins de biomédical ou un objectif de *maintenance physiotherapy* – tend à montrer que la tâche de la communication, tant sur le fond que sur la forme, avec le monde politique s'avère complexe et appuie les craintes des participants. Mais les physiothérapeutes suisses ne sont pas les seuls à lutter pour trouver la bonne voie de communication avec les régulateurs (Walton, 2020).

Schoeb et al. (2014) soulignent aussi le fait qu'il « ne semble pas suffisant [pour les physiothérapeutes] de traiter des patients avec efficacité et efficience mais que le lobbying et le

marketing sont des aspects qui ne doivent pas être négligés ». Ce conseil est particulièrement ambigu mais trouve un écho dans les données sur « qui doit faire ce lobbying ? ». Ceux qui traitent sont-ils les mêmes que ceux qui parlent ? Le niveau d'implication personnelle dans le lobbying est en effet très différent parmi les participants. La responsabilité de la communication semble incomber aux associations professionnelles. Cependant ces dernières regroupent toute la diversité des pratiques et des spécialités. D'autres associations représentant des professions fragmentées (médecine) se sont heurtées à ce casse-tête par le passé (Bergeron & Castel, 2022, p. 98).

Ces difficultés communicationnelles peuvent engendrer des écarts importants dans la vision des évolutions nécessaires des systèmes de santé, et requestionner les valeurs fondamentales des prestataires de soins. La littérature sur les menaces identitaires est dense, y compris dans la santé, et sur la base de la conception des menaces identitaires de Petriglieri (2011), le sentiment de non-reconnaissance des régulateurs rencontré ici et l'idée de se projeter dans des actions qui vont à l'encontre de ses propres valeurs peuvent effectivement être considérés comme de vraies menaces sur l'identité professionnelle.

Finalement, l'interprétation de la prise en compte de l'intervention tarifaire comme un processus de deuil, sur le modèle établi par Kübler-Ross en 1969, renseigne sur la profondeur du sentiment de menace sur le travail et l'identité des professionnels (Kübler-Ross, 2011). Malgré des discussions récentes sur la rigidité du modèle et de ses étapes (Friedman & James, 2008), ce dernier trouve tout de même un écho dans la littérature sur les changements d'identité professionnelle (Conroy & O'Leary-Kelly, 2014), ou est utilisé dans sa version originale (Barone & Ivy, 2004). D'autres ont aussi développé des modèles basés sur un certain nombre d'étapes – différentes en nombre mais similaires sur le fond – menant à l'acceptation du changement, y compris celui de son identité professionnelle (Chen & Reay, 2021).

6.4. Limites et forces de l'étude

Cette étude présente plusieurs limites qui incitent à considérer ses résultats avec les précautions qui s'imposent face à un échantillon peu nombreux. En effet, pour atteindre la saturation des données, il s'agit de récolter un matériau riche et nombreux, et avoir un guide d'entretien pas trop lâche pour que la cible reste stable (Flusch & Ness, 2015). Le chercheur, en tant qu'instrument de mesure, est également déterminant dans la détermination de la saturation.

Bien que le nombre de participant soit resté inférieur à mes attentes initiales, j'ai déjà pu constater après le troisième entretien qu'une partie des informations se recoupait déjà avec les deux précédents, en particulier sur la reconnaissance des patients, alors que j'avais à ce stade trois profils très différents. Un nombre plus conséquent de participants aurait permis de générer des résultats avec plus de nuances et de détails.

Une autre limite liée à la petite taille de l'échantillon, mais aussi au choix du critère d'exclusion, est que cette étude ne peut pas rapporter l'avis de la nouvelle génération. Les sept années d'expérience des plus jeunes participants sont courtes à l'échelle d'une vie professionnelle mais déjà relativement longue pour le monde de la santé. En effet, le taux de départ de la profession dans les premières années étant important, il est possible que des thèmes comme la vocation ou la liberté dans les marges ait une autre teneur chez des personnes qui ont quitté la profession après quelques années seulement. Les enjeux de communication et de la vision du monde de la physiothérapie comme un groupe uni ou divisé seraient certainement vu différemment par des jeunes physiothérapeutes qui n'ont pas vécu – et donc pas de souvenirs directs – les tensions qui ont pu exister entre physioswiss et l'ASPI dans les années 2012-2015.

Une autre limite est liée au biais de mémoire. Les entretiens s'étant déroulés plusieurs mois après le début de la consultation, l'affaiblissement de l'affect peut avoir minimisé les propos des participants quant aux émotions ressenties au plus près des différents événements qui ont jalonné ces mois-là.

Une dernière limite, est celle de mon inexpérience en recherche qualitative d'une part, et en sociologie d'autre part. Les entretiens en particulier auraient certainement pu explorer plus en profondeur le vécu des participants avec une plus grande expérience et habileté à rebondir sur des thèmes pertinents.

Mais cette étude comporte aussi plusieurs forces qu'il convient de mettre en avant. La première est méthodologique, avec un guide d'entretien qui a été construit de manière à ne pas orienter les physiothérapeutes sur certaines réponses. S'ils savaient que la recherche portait sur l'identité professionnelle, aucune question n'articulait précisément ces mots afin de pouvoir réaliser un travail inductif.

Une autre force est que c'est, à ma connaissance, la première véritable étude sur l'identité professionnelle des physiothérapeutes en Suisse. L'étude de Schoeb et al., (2014) ciblait la manière donc les parties prenantes, ou *stakeholders*, voyaient la recherche en physiothérapie et sont arrivés indirectement sur l'identité de la profession, mais cependant pas sur celle des physiothérapeutes eux-mêmes.

Cette étude explore indirectement de manière scientifique et rigoureuse le vécu des physiothérapeutes durant la période de l'intervention tarifaire. Elle permet ainsi de mesurer l'impact psychologique et identitaire d'une mesure décidée unilatéralement par le politique chez les professionnels.

Une autre force, dans la perspective de Braun & Clarke qui valorise la subjectivité du chercheur, est qu'avec mes différentes casquettes, j'avais un regard pointu et une compréhension fine des enjeux au moment d'analyser les données des participants. L'analyse thématique réflexive encourage le

chercheur à questionner à chaque étape son propre statut vis-à-vis des données et son influence sur ces dernières. Dans ce cadre, ma connaissance préalable du terrain d'étude peut être considérée comme une force.

6.5. Implications pour la pratique

Cette étude génère plusieurs résultats qui peuvent se révéler utile pour la pratique, à différents niveaux. Premièrement, elle rend visible au monde politique à l'origine de cette proposition que des décisions imposées par en haut peuvent avoir un impact négatif conséquent sur l'identité professionnelle et ainsi amener une partie des professionnels concernés à quitter la profession. Ce résultat, en accord avec ceux de (Chen & Reay, 2021), doit inciter les décideurs et les acteurs des assurances-maladies à prendre cet élément en considération, d'autant plus dans un contexte de pénurie de personnel de santé.

D'autre part, les résultats de cette étude montrent une composante vocationnelle importante dans l'identité des professionnels interviewés. Une identité professionnelle forte permet non seulement d'augmenter la rétention et le recrutement de professionnel, mais également d'augmenter la satisfaction au travail, la qualité des soins et les capacités à prendre des décisions et rend les professionnels moins vulnérables dans les situations instables qui menacent leur professionnalisme (Fitzgerald, 2020), ce qui semble particulièrement actuel. Plusieurs auteurs insistent d'ailleurs sur le fait que l'identité professionnelle se construit – et ne s'acquiert pas uniquement – et que les filières de formations devraient prendre ce thème en considération dans la construction de leurs programmes de formation (Crigger & Godfrey, 2014; R. L. Cruess et al., 2015; Lockyer et al., 2016). Williamson et al. (2013) s'inscrit dans la même perspective et relève dans la conclusion de son étude que la « vocation » a été sous-estimée dans les discussions autour de la rétention, des étudiants en l'occurrence, et qu'un travail plus actif sur le renforcement de la vocation et du sentiment d'appartenance est important.

Une dernière implication possible concerne le monde associatif et de ses organes dirigeants. Les participants à cette étude montrent globalement du respect pour le travail des associations mais expriment aussi des divergences quant aux stratégies mises en place durant la période de consultation. Le principal enseignement de leurs discours est le besoin – le vœux pieu – d'une unité retrouvée. Mais la perspective mise en avant semble se rapprocher plutôt du modèle de la confrérie, avec une vision plus horizontale et où les sous-groupes sont aussi valorisés pour leurs initiatives, qu'une vision de type corporation avec une gestion plus directive, voire ordinale.

Sans porter de jugement sur un modèle ou sur un autre, la prise de conscience de cette vision, certes pas généralisable à toute la profession mais bien présente chez les six participants, permettra

aux associations professionnelles d'adapter leur stratégie de développement en tenant compte de cette perspective.

6.6. Implications pour la recherche

Cette étude étant la première à réellement s'intéresser à l'identité professionnelle chez les physiothérapeutes en Suisse romande, elle génère une série de nouvelles questions et de pistes pour des recherches futures.

Premièrement, il serait très intéressant de pouvoir confronter les résultats obtenus en Romandie avec les deux autres régions linguistiques et culturelles du pays. Le lien avec l'intervention tarifaire ferait certainement moins de sens, mais les différents thèmes générés dans cette étude pourraient servir de base à une exploration du même type en Suisse alémanique et au Tessin.

Deuxièmement, après l'exposition médiatique de la physiothérapie lors de cette période de consultation, mais aussi avec la pandémie de Covid qui a mis en lumière le rôle des physiothérapeutes dans les services de soins intensifs, une nouvelle étude sur la vision de la physiothérapie qu'ont les principales parties prenantes permettrait d'évaluer une différence ou non entre 2014 et l'étude de Schoeb et al. et 2024. Une telle étude permettrait aussi de mettre en regard le sentiment de non-reconnaissance des régulateurs exprimé par les participants avec une exploration du réel point de vue des principaux intéressés.

La partie de contexte et recension des écrits montre les différents niveaux d'*entry level* entre les différents pays et relève la forte part de personnel formé à l'étranger dans notre système de soins. Deux des six participants à cette étude provenaient d'ailleurs d'une telle filière, mais aucune question ne s'intéressait spécifiquement aux différences – perçues ou réelles – entre le contexte de travail dans le pays de formation et la Suisse. Plusieurs participants soulèvent la question de l'écart entre la formation et la pratique et il serait intéressant de questionner l'identité professionnelle de physiothérapeutes formés dans des pays ou leur champ de pratique est plus vaste qu'en Suisse.

Une autre question réside autour de la notion de vocation et est en lien avec une des faiblesses : comment se situe cette caractéristique chez les étudiants, chez les jeunes diplômés et ce qui serait encore plus intéressant, chez les physiothérapeutes qui ont quitté la profession. De futures recherches devraient s'intéresser à ces questions pour interroger le lien entre identité professionnelle et sortie de la profession en Suisse ; ou alors d'un retour dans le pays d'origine qui serait dû à des tensions identitaires.

Et finalement, les associations professionnelles contribuent à l'identité professionnelle, notamment au travers de l'identité de groupe. Cette étude révèle peut-être un écart entre les attentes des professionnels et ce que les associations faîtières, en particulier physioswiss et l'ASPI, leur donnent à voir. Des futures recherches devaient s'intéresser à ce potentiel écart de vision ou d'attentes des

rôles des associations professionnelles entre les physiothérapeutes et les membres des organes dirigeants de ces associations pour comprendre si, et si oui comment, ces associations contribuent à la construction de l'identité professionnelle.

7. Conclusion

L'identité professionnelle en physiothérapie est un sujet qui bénéficie d'une attention croissante dans la recherche et l'opportunité de profiter de la période de consultation de l'intervention tarifaire comme révélateur de ses dimensions s'est avéré fructueuse. La conduite de cette étude qualitative montre que ces questions identitaires sont également importantes au niveau des professionnels sur le terrain. Plusieurs participants se sont d'ailleurs montrés reconnaissant d'avoir pu réfléchir à ces questions profondes dans le cadre des entretiens.

La première question de recherche qui s'intéressait à savoir ce que les discours des physiothérapeutes sur de cette période d'incertitude pouvaient dire de leur identité professionnelle, s'est révélée féconde. En effet, dix thèmes qui permettent de décrire cette identité ont été générées. Ces thèmes ont ensuite été articulées avec les dimensions de l'identité professionnelles qui étaient déployés comme cadre théorique ad hoc pour cette recherche.

Cette articulation montre une partie d'identité professionnelle plus interne à la personne, portée par une forme de vocation première, de fortes convictions ou un haut niveau d'auto-efficacité et une reconnaissance quotidienne des patients. Ce monde plus « intime » fait face à celui plus « social » de leur identité professionnelle, qui est quant à lui marqué par un sentiment de non-reconnaissance des régulateurs. Les participants se sentent incompris et méconnus d'une partie du monde politique et des assurances à cause, entre autres, d'un champ professionnel peut-être trop large, ou du moins pas assez bien délimitée. Ces deux champs identitaires s'entremêlent dans l'interface que représente le travail au quotidien, dans leurs comportements et leurs activités. C'est à cette jonction qu'ils essaient de montrer leurs compétences et de faire valoir les plus-values qu'ils sont convaincus d'apporter au système de santé en jouant avec les libertés et l'autonomie dont ils peuvent bénéficier. Mais c'est également là, dans une logique purement interactionniste, qu'ils semblent peiner à se faire entendre et comprendre par les régulateurs, faute selon eux d'un manque d'une voix unifiée du monde de « la » physiothérapie.

Au travers de cette apparente incompréhension mutuelle, les participants ne parviennent pas à se sentir complètement légitimés dans le système de santé, et ressentent la proposition de modification comme une attaque existentielle, semblant entamer un processus de deuil pour leur permettre de la surmonter. Néanmoins, leur expérience d'une pratique variée et d'une profession dont la nature évolutive est peut-être le seul élément stable, leur permet de continuer à se projeter dans un métier

qui leur est très cher, tant que les tensions identitaires ne se révèlent pas trop fortes pour les faire basculer sur le chemin de la rupture.

8. Bibliographie

Accès direct à la physiothérapie, Parlement suisse (2012). https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20123574

Abichandani, D., & Radia, V. (2015). Awareness of various aspects of physiotherapy among medical residents. *International Journal of Science and Research, 4*(10), Article 10. https://doi.org/10/SUB159055.pdf

Adams, K., Hean, S., Sturgis, P., & Clark, J. M. (2006). Investigating the factors influencing professional identity of first-year health and social care students. *Learning in Health and Social Care, 5*(2), 55-68. https://doi.org/10.1111/j.1473-6861.2006.00119.x

Albert, E., Bournois, F., Duval-Hamel, J., Rojot, J., Roussillon, S., & Sainsaulieu, R. (2006). *Pourquoi j'irais travailler* (2ème éd.). Eyrolles.

Allen, L. M., Palermo, C., Armstrong, E., & Hay, M. (2019). Categorising the broad impacts of continuing professional development: A scoping review. *Medical Education, 53*(11), 1087-1099. https://doi.org/10.1111/medu.13922

Allet, L., Bürge, E., & Monnin, D. (2008). ICF: Clinical relevance for physiotherapy? A critical review. *Advances in Physiotherapy*. https://doi.org/10.1080/14038190802315941

Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. https://doi.org/10.1080/1364557032000119616

Atkinson, R., & McElroy, T. (2016). Preparedness for physiotherapy in private practice: Novices identify key factors in an interpretive description study. *Manual Therapy, 22*, 116-121. https://doi.org/10.1016/j.math.2015.10.016

Ayache, M., & Dumez, H. (2011). Le codage dans la recherche qualitative: Une nouvelle perspective ?. *Le Libellio d'AEGIS, 7*(2 - Été), 33-46. https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00657490

Barone, J. E., & Ivy, M. E. (2004). Resident work hours: The five stages of grief. *Academic Medicine, 79*(5), 379-380. https://doi.org/10.1097/00001888-200405000-00002

Barradell, S. (2017). Moving forth: Imagining physiotherapy education differently. *Physiotherapy Theory and Practice, 33*(6), 439-447. https://doi.org/10.1080/09593985.2017.1323361

Bennell, K. L., & Hinman, R. S. (2011). A review of the clinical evidence for exercise in osteoarthritis of the hip and knee. *Journal of Science and Medicine in Sport, 14*(1), 4-9. https://doi.org/10.1016/j.jsams.2010.08.002

Bergen, N., & Labonté, R. (2020). “Everything is perfect, and we have no problems”: Detecting and limiting social desirability bias in qualitative research. *Qualitative Health Research, 30*(5), 783-792. https://doi.org/10.1177/1049732319889354

Berger, P. L., & Luckmann, T. (2022). *La construction sociale de la réalité*. Armand Colin.

Bergeron, H., & Castel, P. (2022). *Sociologie politique de la santé*. Presses Universitaires de France.

Bernhardsson, S., Larsson, M. E. H., Johansson, K., & Öberg, B. (2017). “In the physio we trust”: A qualitative study on patients’ preferences for physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice, 33*(7), 535-549. https://doi.org/10.1080/09593985.2017.1328720

Best, S., & Williams, S. (2019). Professional identity in interprofessional teams: Findings from a scoping review. *Journal of Interprofessional Care, 33*(2), 170-181. https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1536040

Biernacki, P., & Waldorf, D. (1981). Snowball sampling: Problems and techniques of chain referral sampling. *Sociological Methods & Research, 10*(2), 141-163. https://doi.org/10.1177/004912418101000205

Blumenthal, J., Wilkinson, A., & Chignell, M. (2018). Physiotherapists’ and physiotherapy students’ perspectives on the use of mobile or wearable technology in their practice. *Physiotherapy Canada, 70*(3), 251-261. https://doi.org/10.3138/ptc.2016-100.e

Booth, J., & Hewison, A. (2002). Role overlap between occupational therapy and physiotherapy during in-patient stroke rehabilitation: An exploratory study. *Journal of Interprofessional Care, 16*(1), 31-40. https://doi.org/10.1080/13561820220104140

Boutin, G. (2018). *L’entretien de recherche qualitatif* (2ème éd.). Presses universitaires du Québec.

Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE Publications Ltd. http://digital.casalini.it/9781526417305

Caldwell, K., & Atwal, A. (2003). The problems of interprofessional healthcare practice in hospitals. *British Journal of Nursing, 12*(20), 1212-1218. https://doi.org/10.12968/bjon.2003.12.20.11844

Cameron, A. (2011). Impermeable boundaries? Developments in professional and inter-professional practice. *Journal of Interprofessional Care, 25*(1), 53-58. https://doi.org/10.3109/13561820.2010.488766

Chen, Y., & Reay, T. (2021). Responding to imposed job redesign: The evolving dynamics of work and identity in restructuring professional identity. *Human Relations, 74*(10), 1541-1571. https://doi.org/10.1177/0018726720906437

Conroy, S. A., & O'Leary-Kelly, A. M. (2014). Letting go and moving on: Work-related identity loss and recovery. *Academy of Management Review, 39*(1), 67-87. https://doi.org/10.5465/amr.2011.0396

Cook, C. E., Denninger, T., Lewis, J., Diener, I., & Thigpen, C. (2021). Providing value-based care as a physiotherapist. *Archives of Physiotherapy, 11*(1), 12. https://doi.org/10.1186/s40945-021-00107-0

Cornett, M., Palermo, C., & Ash, S. (2023). Professional identity research in the health professions—A scoping review. *Advances in Health Sciences Education, 28*(2), 589-642. https://doi.org/10.1007/s10459-022-10171-1

Cotton, A.-M. (2017). Qu'apporte l'identité collective des associations professionnelles à la construction de l'identité professionnelle du responsable de la communication? *Question(s) de management, n° 16*(1), 15-36. https://doi.org/10.3917/qdm.171.0015

Cournoyer, L., & Turcotte, M. (2016). La construction sociohistorique d'une identité de profession chez les conseillers d'orientation québécois sous la perspective des interactions entre l'ordre professionnel et les acteurs du milieu. *Revue canadienne de counseling et de psychothérapie, 50*(3), 240-258.

Crampton, J. S., O'Brien, S., & Heathcote, K. (2018). Recreational exercise during pregnancy: Attitudes and beliefs of midwives and physiotherapists. *British Journal of Midwifery, 26*(7), 455-461. https://doi.org/10.12968/bjom.2018.26.7.455

Crigger, N., & Godfrey, N. (2014). From the inside out: A new approach to teaching professional identity formation and professional ethics. *Journal of Professional Nursing, 30*(5), 376-382. https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2014.03.004

Cruess, R. L., Cruess, S. R., Boudreau, J. D., Snell, L., & Steinert, Y. (2015). A schematic representation of the professional identity formation and socialization of medical students and residents: A guide for medical educators. *Academic Medicine, 90*(6), 718-725. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000700

Cruess, S. R., Cruess, R. L., & Steinert, Y. (2019). Supporting the development of a professional identity: General principles. *Medical Teacher, 41*(6), 641-649. https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1536260

Dahl-Michelsen, T., Nicholls, D. A., Messel, J., & Groven, K. S. (2021). Boundary work: The Mensendieck system and physiotherapy education in Norway. *Physiotherapy Theory and Practice, 37*(3), 420-431. https://doi.org/10.1080/09593985.2021.1887063

Draper-Rodi, J., Delion, T., MacMillan, A., Storey, A. I., Spadaccini, J., Jebi, W., Thomson, O. P., & Hohenschurz-Schmidt, D. (2024). Primary and secondary prevention of musculoskeletal pain and disability in chiropractic, osteopathy, and physiotherapy: A scoping review. *International Journal of Osteopathic Medicine*. https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2024.100725

Dubar, C. (2022). *La socialisation* (5e éd.). Armand Colin.

Dubar, C., Tripier, P., & Boussard, V. (2015). *Sociologie des professions* (4ème éd.). Armand Colin.

Dumez, H. (2021). *Méthodologie de la recherche qualitative. Toutes les questions clés de la démarche* (3ème éd.). Vuibert.

Eijsink, J. F. H., Fabian, A. M., Vervoort, J. P. M., Al Khayat, M. N. M. T., Boersma, C., & Postma, M. J. (2023). Value-based health care in Western countries: A scoping review on the implementation of patient-reported-outcomes sets for hospital-based interventions. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research, 23*(1), 1-13. https://doi.org/10.1080/14737167.2023.2136168

Eliassen, M., & Moholt, J.-M. (2023). Boundary work in task-shifting practices – A qualitative study of reablement teams. *Physiotherapy Theory and Practice, 39*(10), 2106-2119. https://doi.org/10.1080/09593985.2022.2064380

Emerson, C. (2017). Calling to Nursing: Concept Analysis. *Advances in Nursing Science, 40*(4), 384-394. https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000185

Erichsen Andersson, A., Bååthe, F., Wikström, E., & Nilsson, K. (2015). Understanding value-based healthcare – an interview study with project team members at a Swedish university hospital. *Journal of Hospital Administration, 4*(4), 64. https://doi.org/10.5430/jha.v4n4p64

Eversole, J., Grimm, A., Patel, N., John, K., & Garcia, A. N. (2021). Why Measure Patient Experience in Physical Therapy? *Archives of Physiotherapy, 11*(1), 11. https://doi.org/10.1186/s40945-021-00105-2

Fitzgerald, A. (2020). Professional identity: A concept analysis. *Nursing Forum, 55*(3), 447-472. https://doi.org/10.1111/nuf.12450

Flanagan, T., Coburn, P., Harcourt, P., Zylinski, M., & Jull, G. (2003). Justifying the on-going physiotherapy management of long-term patients. *Manual Therapy, 8*(4), 254-256. https://doi.org/10.1016/S1356-689X(03)00055-9

Flanagan, T., & Green, S. (2000). The concept of maintenance physiotherapy. *Australian Journal of Physiotherapy, 46*(4), 271-278. https://doi.org/10.1016/S0004-9514(14)60288-9

Fusch, P. I., & Ness, L. R. (2015). Are We There Yet? Data Saturation in Qualitative Research. *The Qualitative Report, 20*(9), 1408-1416.

Forbes, R., & Ingram, M. (2021). New-graduate physiotherapists' readiness for practice and experiences of managing chronic pain; a qualitative study. *Physiotherapy Theory and Practice, 37*(11), 1177-1184. https://doi.org/10.1080/09593985.2019.1692394

Friedman, R., & James, J. W. (2008). The myth of the stages of dying, death and grief. *Skeptic (Altadena, CA), 14*(2), 37-42.

Froment, F. P., Olson, K. A., Hooper, T. L., Shaffer, S. M., Sizer, P. S., Woodhouse, L. J., & Brismée, J.-M. (2019). Large variability found in musculoskeletal physiotherapy scope of practice throughout WCPT and IFOMPT affiliated countries: An international survey. *Musculoskeletal Science and Practice, 42*, 104-119. https://doi.org/10.1016/j.msksp.2019.04.012

Fuente-Vidal, A., March-Amengual, J.-M., Bezerra De Souza, D. L., Busquets-Alibés, E., Sole, S., Cañete, S., & Jerez-Roig, J. (2021). Factors influencing student choice of a degree in physiotherapy: A population-based study in Catalonia (Spain). *PeerJ, 9*, e10991. https://doi.org/10.7717/peerj.10991

Gotlib, J., Białoszewski, D., Opavsky, J., Garrod, R., Fuertes, N. E., Gallardo, L. P., Lourido, B. P., Monterde, S., Serrano, C. S., Sacco, M., & Kunicka, I. (2012). Attitudes of European physiotherapy students towards their chosen career in the context of different educational

systems and legal regulations pertaining to the practice of physiotherapy: Implications for university curricula. *Physiotherapy, 98*(1), 76-85. https://doi.org/10.1016/j.physio.2011.02.003

Groupe Mutuel. (2021). Le Groupe Mutuel, l'Hôpital universitaire de Bâle et l'Hôpital de La Tour développent une tarification fondée sur la qualité et la plus-value des soins. https://www.groupemutuel.ch/doc/jcr:a77e8a1e-05b2-48db-9b0a-0895d29d8bc1/2021.09.13%20-%20Le%20Groupe%20Mutuel,%20l%E2%80%99H%C3%B4pital%20universitaire%20de%20B%C3%A2le%20et%20l%E2%80%99H%C3%B4pital%20de%20La%20Tour%20d%C3%A9veloppent%20une%20nouvelle%20tarification.pdf/lang:fr/2021.09.13%20-%20Le%20Groupe%20Mutuel,%20l%E2%80%99H%C3%B4pital%20universitaire%20de%20B%C3%A2le%20et%20l%E2%80%99H%C3%B4pital%20de%20La%20Tour%20d%C3%A9veloppent%20une%20nouvelle%20tarification.pdf

Haddow, G., Watts, R., & Robertson, J. (2005). Effectiveness of a pelvic floor muscle exercise program on urinary incontinence following childbirth. *International Journal of Evidence-Based Healthcare, 3*(5), 103-146. https://doi.org/10.1111/j.1479-6988.2005.00023.x

Haenni, M., & Verra, M. (2023). Physiotherapie: Einheit durch Vielfalt. https://www.linkedin.com/feed/update/urn:li:activity:7135319215657369600/

Hansen, E. C. (2020). *Successful qualitative health research: A practical introduction*. Routledge, Taylor & Francis Group.

Hasler, V. (2011). La physiothérapie en Suisse romande au cours du XXe siècle. *Mains Libres, 6*, 6.

Hasler, V. (2018a). *Gymnastes médicales, masseurs, physiothérapeutes, généalogie d'une profession (Suisse romande 20e siècle)* [Sciences sociales et politiques]. Université de Lausanne.

Hasler, V. (2018b). La reconnaissance des professions: La physiothérapie, la chiropratique et l'ostéopathie en Suisse de l'entre-deux-guerres à aujourd'hui. *Mains Libres, 3*, 55-57.

Hasler, V., & Welti, S. (2019). *Point d'inflexion*. Stämfli AG. www.physioswiss.ch

Harrison, J. E., Weber, S., Jakob, R., & Al., E. (2021). ICD-11: An international classification of diseases for the twenty-first century. *BMC Medical Informatics and Decision Making, 21*(Suppl 6), 206. https://doi.org/10.1186/s12911-021-01534-6

Heldal, F., Kongsvik, T., & Håland, E. (2019). Advancing the status of nursing: Reconstructing professional nursing identity through patient safety work. *BMC Health Services Research, 19*(1), 418. https://doi.org/10.1186/s12913-019-4222-y

Higgs, J., Smith, M., Webb, G., Skinner, M., & Croker, A. (2009). *Contexts of physiotherapy practice*. Elsevier.

Hills, R., & Kitchen, S. (2007). Toward a theory of patient satisfaction with physiotherapy: Exploring the concept of satisfaction. *Physiotherapy Theory and Practice, 23*(5), 243-254. https://doi.org/10.1080/09593980701209394

Hoorens, V. (1993). Self-enhancement and Superiority Biases in Social Comparison. *European Review of Social Psychology, 4*(1), 113-139. https://doi.org/10.1080/14792779343000040

Hunt, A., Adamson, B., & Harris, L. (1998). Physiotherapists' perceptions of the gap between education and practice. *Physiotherapy Theory and Practice, 14*(3), 125-138. https://doi.org/10.3109/09593989809057157

Jacoby, T. A. (2015). A Theory of Victimhood: Politics, Conflict and the Construction of Victim-based Identity. *Millennium: Journal of International Studies, 43*(2), 511-530. https://doi.org/10.1177/0305829814550258

Jull, G., & Moore, A. (2012). Hands on, hands off? The swings in musculoskeletal physiotherapy practice. *Manual Therapy, 17*(3), 199-200. https://doi.org/10.1016/j.math.2012.03.009

Jull, G., & Moore, A. (2013). Physiotherapy's identity. *Manual Therapy, 18*(6), 447-448. https://doi.org/10.1016/j.math.2013.09.006

Karazivan, P., Dumez, V., Flora, L., Pomey, M.-P., Del Grande, C., Ghadiri, D. P., Fernandez, N., Jouet, E., Las Vergnas, O., & Lebel, P. (2015). The Patient-as-Partner Approach in Health Care: A Conceptual Framework for a Necessary Transition. *Academic Medicine, 90*(4), 437-441. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000603

Kell, C., & Owen, G. (2008). Physiotherapy as a profession: Where are we now? *International Journal of Therapy and Rehabilitation, 15*(4), 158-167. https://doi.org/10.12968/ijtr.2008.15.4.29034

Keller, F., Allet, L., Meichtry, A., Scascighini, L., Scheermesser, M., Wirz, M., & Nast, I. (2023). Diagnostic and decision-making abilities of Swiss physiotherapists in a simulated direct access setting. *Physiotherapy Theory and Practice, 39*(11), 2336-2351. https://doi.org/10.1080/09593985.2022.2077269

Kharel, P., Zadro, J., & Maher, C. (2021). Physiotherapists can reduce overuse by Choosing Wisely. *Journal of Physiotherapy, 67*, 151-155. https://doi.org/10.1016/j.jphys.2021.06.006

Kharel, P., Zadro, J. R., Sundaram, C. S., McCaffery, K., Dodd, R. H., McLennan, C., & Maher, C. G. (2022). Physiotherapists' attitudes, views, and beliefs about Choosing Wisely

recommendations: A qualitative study. *Musculoskeletal Science and Practice, 61*, 102610. https://doi.org/10.1016/j.msksp.2022.102610

Killingback, C., Thompson, M., Chipperfield, S., Clark, C., & Williams, J. (2022). Physiotherapists' views on their role in self-management approaches: A qualitative systematic review. *Physiotherapy Theory and Practice, 38*(12), 2134-2148. https://doi.org/10.1080/09593985.2021.1911011

Kleiner, M. J., Kinsella, E. A., Miciak, M., Teachman, G., McCabe, E., & Walton, D. M. (2023). An integrative review of the qualities of a 'good' physiotherapist. *Physiotherapy Theory and Practice, 39*(1), 89-116. https://doi.org/10.1080/09593985.2021.1999354

Koh, E. Y. H., Koh, K. K., Renganathan, Y., & Krishna, L. (2023). Role modelling in professional identity formation: A systematic scoping review. *BMC Medical Education, 23*(1), 194. https://doi.org/10.1186/s12909-023-04144-0

Kübler-Ross, E. (2011). *Les derniers instants de la vie*. Labor et Fides.

Kyratsis, Y., Atun, R., Phillips, N., Tracey, P., & George, G. (2017). Health Systems in Transition: Professional Identity Work in the Context of Shifting Institutional Logics. *Academy of Management Journal, 60*(2), 610-641. https://doi.org/10.5465/amj.2013.0684

L'ASP-APA. (s. d.). Association suisse des professionnel.le.s en activités physiques. Consulté 1 juin 2024, à l'adresse https://asp-apa.ch/lasp-apa/

Lecomte, J. (2004). Les applications du sentiment d'efficacité personnelle: Savoirs, Hors série(5), 59-90. https://doi.org/10.3917/savo.hs01.0059

Lingard, L., Reznick, R., DeVito, I., & Espin, S. (2002). Forming professional identities on the health care team: Discursive constructions of the 'other' in the operating room: Forming professional identities. *Medical Education, 36*(8), 728-734. https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2002.01271.x

Lluch Girbés, E., Meeus, M., Baert, I., & Nijs, J. (2015). Balancing "hands-on" with "hands-off" physical therapy interventions for the treatment of central sensitization pain in osteoarthritis. *Manual Therapy, 20*(2), 349-352. https://doi.org/10.1016/j.math.2014.07.017

Lockyer, J., Groot, J. de, & Silver, I. (2016). Professional identity formation, the practicing physician, and continuing professional development. In R. L. Cruess, S. R. Cruess, & Y. Steinert (Éds.), *Teaching Medical Professionalism* (2e éd., p. 186-200). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9781316178485.015

Mackey, H. (2007). ?Do not ask me to remain the same?: Foucault and the professional identities of occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal, 54*(2), 95-102. https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2006.00609.x

Mak, S., Hunt, M., Boruff, J., Zaccagnini, M., & Thomas, A. (2022). Exploring professional identity in rehabilitation professions: A scoping review. *Advances in Health Sciences Education, 27*(3), 793-815. https://doi.org/10.1007/s10459-022-10103-z

Masso, M., Sim, J., Halcomb, E., & Thompson, C. (2022). Practice readiness of new graduate nurses and factors influencing practice readiness: A scoping review of reviews. *International Journal of Nursing Studies, 129*, 104208. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104208

MAXQDA. (2023). [Logiciel]. VERBI Software. www.maxqda.com

McEvoy, M. P., Lewis, L. K., & Luker, J. (2018). Changes in physiotherapy students' knowledge and perceptions of EBP from first year to graduation: A mixed methods study. *BMC Medical Education, 18*(1), 109. https://doi.org/10.1186/s12909-018-1212-4

McNeil, K. A., Mitchell, R. J., & Parker, V. (2013). Interprofessional practice and professional identity threat. *Health Sociology Review, 22*(3), 291-307. https://doi.org/10.5172/hesr.2013.22.3.291

Merçay, C., Grünig, A., & Dolder, P. (2021). *Personnel de santé en Suisse – Rapport national 2021* (03/2021; p. 115). Observatoire suisse de la santé.

Microsoft Teams (24102.2223.2870.9480). (2023). [Logiciel]. Microsoft Corporation. https://www.microsoft.com/fr-ch/microsoft-teams/group-chat-software/

Mitchell, R. J., Parker, V., & Giles, M. (2011). When do interprofessional teams succeed? Investigating the moderating roles of team and professional identity in interprofessional effectiveness. *Human relations, 64*(10), 1321-1343.

Moffat, M. (2003). The History of Physical Therapy Practice in the United States. *Journal of Physical Therapy Education, 17*(3), 15-25.

Moffat, M. (2012). A History of Physical Therapist Education Around the World: *Journal of Physical Therapy Education, 26*(1), 13-23. https://doi.org/10.1097/00001416-201210000-00005

Monet, J. (2003). *Emergence de la Kinésithérapie en France à la fin du XIXème et au début du XXème siècle*. Sorbonne.

Monrouxe, L. V. (2010). Identity, identification and medical education: Why should we care?: Identity, identification and medical education. *Medical Education, 44*(1), 40-49. https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03440.x

Moore, A., & Jull, G. (2013). It is not all hands on, nor should it be: Some thoughts on the contextual nature of learning and practice in manual therapy. *Manual Therapy, 18*(6), 465-466. https://doi.org/10.1016/j.math.2013.10.004

Moore, J. S., Perry, M. A., Devan, H. A., & Dierick-van Daele, A. T. M. (2022). Physiotherapy extended scope of practice: What does this mean in a publicly funded health service? A qualitative study. *Physiotherapy Theory and Practice, 38*(13), 2254-2264. https://doi.org/10.1080/09593985.2021.1934515

Morris, J., & Stew, G. (2007). Collaborative goal planning in mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14*(6), 532-538. https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01119.x

Niemi, P. M. (1997). Medical students' professional identity: Self-reflection during the preclinical years. *Medical Education, 31*(6), 408-415. https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.1997.00697.x

Nixon, S. A., Lee, K., Bhutta, Z. A., Blanchard, J., Habib, S., Hoffman, S. J., & Tugwell, P. (2018). Canada's global health role: Supporting equity and global citizenship as a middle power. *The Lancet, 391*(10131), 1736-1748. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30322-2

Noblet, T. D., Marriott, J. F., & Jones, T. (2017). Extended roles for allied health professionals: an updated systematic review of the evidence. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, 10*, 205-222. https://doi.org/10.2147/JMDH.S137115

Norris, C., Moran, M., & Root, J. (2021). Physiotherapists' perceptions of cultural competency and the impact on clinical practice: A grounded theory study. *Physiotherapy Theory and Practice, 37*(12), 1334-1343. https://doi.org/10.1080/09593985.2020.1723404

Noyes, J., Booth, A., Flemming, K., Garside, R., Harden, A., Lewin, S., Pantoja, T., Cargo, M., Hannes, K., & Harris, J. (2019). Cochrane qualitative and implementation methods group guidance series—Paper 3: Methods for assessing methodological limitations, data extraction and synthesis, and confidence in synthesized qualitative findings. *Journal of Clinical Epidemiology, 97*, 49-58. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.06.020

reMarkable. (2021). *reMarkable 2 [Appareil électronique]*. https://remarkable.com

Rossettini, G., Latini, T. M., Palese, A., Jack, S. M., Ristori, D., Gonzatto, S., & Testa, M. (2020). Determinants of patient satisfaction in outpatient musculoskeletal physiotherapy: A systematic, qualitative meta-summary, and meta-synthesis. *Disability and Rehabilitation, 42*(4), 460-472. https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1501102

Sandstrom, R. W. (2007). The meanings of autonomy for physical therapy. *Physical Therapy, 87*(1), 98-106. https://doi.org/10.2522/ptj.20050245

Schoeb, V., Rau, B., Nast, I., Schmid, S., Barbero, M., Tal, A., & Kool, J. (2014). How do patients, politicians, physiotherapists and other health professionals view physiotherapy research in Switzerland? A qualitative study. *Physiotherapy Research International, 19*(2), 79-92. https://doi.org/10.1002/pri.1560

Schoenstein, M., Ono, T., & Lafortune, G. (2016). Skills use and skills mismatch in the health sector: What do we know and what can be done? (pp. 163-183). OCDE. https://doi.org/10.1787/9789264239517-9-en

Schot, E., Tummers, L., & Noordegraaf, M. (2020). Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care, 34*(3), 332-342. https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007

Schubert, S., Buus, N., Monrouxe, L. V., & Hunt, C. (2023). The development of professional identity in clinical psychologists: A scoping review. *Medical Education, 57*(7), 612-626. https://doi.org/10.1111/medu.15082

Schwab, S. M., Andrade, V., Santos Moreira, T., Cavanaugh, J. T., Vaz, D. V., & Silva, P. L. (2023). Narrowing the physiotherapy knowledge-practice gap: Faculty training beyond the health sciences. *Physiotherapy Theory and Practice, 39*(4), 675-689. https://doi.org/10.1080/09593985.2022.2027585

Scurlock-Evans, L., Upton, P., & Upton, D. (2014). Evidence-based practice in physiotherapy: A systematic review of barriers, enablers and interventions. *Physiotherapy, 100*(3), 208-219. https://doi.org/10.1016/j.physio.2014.03.001

Setchell, J., Nicholls, D. A., & Gibson, B. E. (2018). Objecting: Multiplicity and the practice of physiotherapy. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine, 22*(2), 165-184. https://doi.org/10.1177/1363459316688519

Shaw, J. A., & DeForge, R. T. (2012). Physiotherapy as bricolage: Theorizing expert practice. *Physiotherapy Theory and Practice, 28*(6), 420-427. https://doi.org/10.3109/09593985.2012.676941

Shipton, E. A. (2018). Physical therapy approaches in the treatment of low back pain. *Pain and Therapy, 7*(2), 127-137. https://doi.org/10.1007/s40122-018-0105-x

Sim, J. (1985). Physiotherapy: A professional profile. *Physiotherapy Practice, 1*(1), 14-22.

Smith, S., Roberts, P., & Balmer, S. (2000). The role overlap and professional boundaries: Futures implications for physiotherapy and occupational therapy in the NHS. *Physiotherapy, 86*(8), 397-400. https://doi.org/10.1016/S0031-9406(05)60828-0

Snell, R., Fyfe, S., Fyfe, G., Blackwood, D., & Itsiopoulos, C. (2020). Development of professional identity and professional socialisation in allied health students: A scoping review. *Journal of Medical Education and Curricular Development, 21*(1).

Spehar, I., Frich, J. C., & Kjekshus, L. E. (2015). Professional identity and role transitions in clinical managers. *Journal of Health Organization and Management, 29*(3), 353-366. https://doi.org/10.1108/JHOM-03-2013-0047

Standal, Ø. F., Nyquist, T. E. H., & Mong, H. H. (2018). Adapted physical activity professionals in rehabilitation: An explorative study in the Norwegian context. *Adapted Physical Activity Quarterly, 35*(4), 458-475. https://doi.org/10.1123/apaq.2017-0128

Steenhuis, S., Groeneweg, N., Koolman, X., & Portrait, F. (2017). Good, better, best? A comprehensive comparison of healthcare providers' performance: An application to physiotherapy practices in primary care. *Health Policy, 121*(12), 1225-1232. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.09.021

Stucki, G., Ewert, T., & Cieza, A. (2002). Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. *Disability and Rehabilitation, 24*(17), 932-938. https://doi.org/10.1080/09638280210148594

Swaithes, L., Walsh, N., & Quicke, J. G. (2021). Are physiotherapists too bound to be boundary spanning? *Musculoskeletal Care, 19*(4), 550-554. https://doi.org/10.1002/msc.1544

Synnott, A., O'Keeffe, M., Bunzli, S., Dankaerts, W., O'Sullivan, P., & O'Sullivan, K. (2015). Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back pain and psychosocial factors that influence recovery: A systematic review. *Journal of Physiotherapy, 61*(2), 68-76. https://doi.org/10.1016/j.jphys.2015.02.016

Tajfel, H. (1982). Social psychology of intergroup relations. *Annual Review of Psychology, 33*(1), 1-39. https://doi.org/10.1146/annurev.ps.33.020182.000245

Terlouw, T. J. A. (2007). Roots of physical medicine, physical therapy, and mechanotherapy in the Netherlands in the 19th century: A disputed area within the healthcare domain. *Journal of Manual & Manipulative Therapy, 15*(2), 23E-41E. https://doi.org/10.1179/jmt.2007.15.2.23E

Thomson, O. P., Petty, N. J., & Moore, A. P. (2014). Osteopaths' professional views, identities and conceptions – A qualitative grounded theory study. *International Journal of Osteopathic Medicine, 17*(3), 146-159. https://doi.org/10.1016/j.ijosm.2013.12.002

Toloui-Wallace, J., Forbes, R., Thomson, O. P., & Costa, N. (2024). Fluid professional boundaries: Ethnographic observations of co-located chiropractors, osteopaths and physiotherapists. *BMC Health Services Research, 24*(1), 344. https://doi.org/10.1186/s12913-024-10738-1

Tong, R., Brewer, M., Flavell, H., & Roberts, L. D. (2020). Professional and interprofessional identities: A scoping review. *Journal of Interprofessional Care, 1-9. https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1713063

Urits, I., Burshtein, A., Sharma, M., Testa, L., Gold, P. A., Orhurhu, V., Viswanath, O., Jones, M. R., Sidransky, M. A., Spektor, B., & Kaye, A. D. (2019). Low back pain, a comprehensive review: Pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Current Pain and Headache Reports, 23*(3), 23. https://doi.org/10.1007/s11916-019-0757-1

Van Den Ende, C. H. M., Steultjens, E. M. J., Bouter, L. M., & Dekker, J. (2006). Clinical heterogeneity was a common problem in Cochrane reviews of physiotherapy and occupational therapy. *Journal of Clinical Epidemiology, 59*(9), 914-919.e2. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2005.12.014

Van Doormaal, M. C. M., Meerhoff, G. A., Vliet Vlieland, T. P. M., & Peter, W. F. (2020). A clinical practice guideline for physical therapy in patients with hip or knee osteoarthritis. *Musculoskeletal Care, 18*(4), 575-595. https://doi.org/10.1002/msc.1492

Varghese, B., Rengaramanujam, K., Swaminathan, N., Vishal, K., & Romer, M. (2012). Knowledge and perception of physiotherapy by final year students of various health care professions. *International Journal of Therapy and Rehabilitation, 19*(11), 613-617. https://doi.org/10.12968/ijtr.2012.19.11.613

VERBI Software. (2021). *MAXQDA 2022 [Logiciel]*. https://www.maxqda.com

Walder, K., Bissett, M., Molineux, M., & Whiteford, G. (2022). Understanding professional identity in occupational therapy: A scoping review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 1-23. https://doi.org/10.1080/11038128.2021.1974548

Walker, W. R., & Skowronski, J. J. (2009). The Fading affect bias: But what the hell is it for? *Applied Cognitive Psychology, 23*(8), 1122-1136. https://doi.org/10.1002/acp.1614

Walton, D. M. (2020). Physiotherapists' Perspectives on the Threats Facing Their Profession in the Areas of Leadership, Burnout, and Branding: A Pan-Canadian Perspective from the Physio Moves Canada Project, Part 3. *Physiotherapy Canada, 72*(1), 43-51. https://doi.org/10.3138/ptc-2018-0061

Welti, S. (1997). *Massage und Heilgymnastik in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts: Zur Professionalisierung der Physiotherapie*. SPV.

Wikström-Grotell, C., & Eriksson, K. (2012). Movement as a basic concept in physiotherapy – A human science approach. *Physiotherapy Theory and Practice, 28*(6), 428-438. https://doi.org/10.3109/09593985.2012.692582

Wiles, R., & Barnard, S. (2001). Physiotherapists and Evidence Based Practice: An Opportunity or Threat to the Profession? *Sociological Research Online, 6*(1), 62-74. https://doi.org/10.5153/sro.575

Williamson, G. R., Health, V., & Proctor-Childs, T. (2013). Vocation, Friendship and Resilience: A Study Exploring Nursing Student and Staff Views on Retention and Attrition. *Journal of Clinical Nursing, 22*(7-8), 149-156.

Wyss, S. (2023, novembre 17). Für eine starke Physiotherapie. *Sarah Wyss*. https://sarahwyss.ch/2023/11/17/fuer-eine-starke-physiotherapie/

Yerxa, E. J. (1998). Occupation: The Keystone of a Curriculum for a Self-Defined Profession. *The American Journal of Occupational Therapy, 52*(5), 365-372. https://doi.org/10.5014/ajot.52.5.365

Zaninetti-Schaerer, A., Mateoiu, O. I., Dominicé-Dao, M., & Rossier, J.-L. (2011). Prescription de physiothérapie au cabinet médical. *Revue Médicale Suisse, 310*(34), 1852-1857.

9. Annexes

9.1. Annexe A

Formulaire de consentement éclairé

Titre du projet
Dynamiques identitaires chez les physiothérapeutes de Suisse romande (provisoire)

Chercheur de l'étude
Sébastien Gattlen, Physiothérapeute Bsc, MscSa candidate, employé du cabinet Medsport SA Sion, membre du comité central de physioswiss.
Téléphone : 0041 78 889 63 17; courriel : sebastien.gattlen@master.hes-so.ch

Codirection de l'étude
Nicolas Kühne, PhD, ergothérapeute, professeur à la HETSL.
Courriel : nicolas.kuhne@hetsl.ch

Véronique Hasler, PhD, physiothérapeute et historienne, professeure à HESAV.
Courriel : veronique.hasler@hesav.ch

Source de financement
Cette étude est réalisée dans le cadre d'un travail de Master et ne bénéficie d'aucune source de financement externe.

Invitation à participer
Nous vous invitons à participer à une recherche sur l'identité professionnelle chez les physiothérapeutes de Suisse romande. La décision de participer ou non vous appartient entièrement. Si vous décidez de ne pas participer, il n'y aura aucun impact négatif sur votre relation avec le chercheur. L'information fournie dans ce formulaire vous renseigne sur les aspects de la recherche, sur ce qui vous sera demandé et sur les risques ou avantages potentiels. Veuillez lire attentivement ce formulaire, prendre tout le temps nécessaire et poser toutes les questions que vous pourriez avoir.

But de la recherche
La question de l'identité professionnelle est un champ de recherche relativement récent dans l'univers de la physiothérapie et aucune étude n'y a encore porté un focus spécifique en Suisse romande. Cette identité est sociologiquement décrite comme dynamique et évolutive et il nous semble légitime de penser que les physiothérapeutes romands puissent développer des identités professionnelles différentes selon leurs formations de base et continues, les contextes de travail ou encore les domaines de spécialité. Si les identités professionnelles sont multiples et diverses au sein de la profession, il est probable que chacune et chacun adopte des postures différenciées face à un événement comme la mise en consultation de l'intervention tarifaire du Conseil fédéral en 2023.
Cette recherche s'intéresse au discours produit par les physiothérapeutes autour cette période et de ses différentes incarnations physiques pour éclairer les phénomènes et dynamiques identitaires en jeu chez les physiothérapeutes de Suisse romande.

Voici ce que vous devrez faire :
Si vous décidez de participer à cette recherche, il vous sera demandé de participer à un entretien avec le chercheur. Cet entretien d'une durée approximative d'une heure et aura lieu en principe sur votre lieu de travail ou un autre lieu déterminé par vous-même. L'entretien portera sur votre parcours professionnel, ainsi que votre appréciation et compréhension des enjeux et événements en lien avec l'intervention tarifaire du Conseil fédéral mise en consultation entre le 16 août et le 17 novembre.
Avec votre autorisation, la séance de discussion sera enregistrée, puis retranscrite, afin de consigner avec précision vos points de vue et opinions. Si vous préférez que la séance de discussion ne soit pas enregistrée, seules des notes écrites seront prises.

Qui peut participer à l'étude de recherche?
Pour participer à cette étude, vous devez pratiquer actuellement la physiothérapie en Suisse romande.

Risques : Comme la séance de discussion sera axée sur le ressenti de votre activité et sur l'évolution de la physiothérapie, il est possible qu'elle suscite des questions ou des sentiments profonds en lien avec votre identité de thérapeute. Vous n'êtes pas tenu de répondre aux questions qui vous gênent et vous pouvez quitter la séance de discussion à tout moment.

Avantages : Vous ne tirerez pas directement profit de votre participation à cette étude hormis le fait de contribuer à faire avancer la compréhension des dynamiques d'identité professionnelle parmi les physiothérapeutes de Suisse romande.

Indemnisation/remboursement
Aucune indemnisation de participation ne sera versée dans le cadre de cette étude.

Protection des renseignements personnels et confidentialité
Tous les documents et enregistrements seront identifiés uniquement par un numéro de code et conservés en local dans l'ordinateur du chercheur, ainsi qu'une sauvegarde dans un disque dur externe. Votre nom ne sera mentionné ni dans les enregistrements, ni dans la retranscription de l'entretien.Les éventuelles notes prises durant l'entretien sur une tablette ReMarkable II, seront enregistrées en PDF au même endroit que les retranscriptions elles-mêmes. Les personnes interviewées ne seront identifiées par leur nom dans aucun des rapports de l'étude réalisée.

Tous les renseignements personnels recueillis dans le cadre de ce projet de recherche sont traités conformément à la nouvelle loi fédérale sur la protection des données (nLPD). Cette étude ne tombe pas sous le coup de la loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain (LRH), et ne nécessite pas l'approbation d'une commission d'éthique.

Communication des résultats
Les résultats de cette recherche pourront faire l'objet de publications scientifiques, d'articles et seront consultables comme tout travail de Master de la HES-SO. Toute citation demeurera anonyme. Si vous souhaitez recevoir personnellement les résultats de la recherche, veuillez l'indiquer sur la page de signature ci-après.

Retrait de l'étude

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire, et rien ne vous oblige à y participer. En cas de participation, vous pourrez changer d'idée en cours de route, vous serez libre de vous retirer du processus à tout moment, sans devoir subir de conséquences. Votre décision de vous retirer du processus n'influera en rien sur votre relation avec le chercheur. Si vous décidez de vous retirer pendant l'entretien, celui-ci ne sera pas utilisé pour l'étude et les données récoltées seront immédiatement effacées. Une fois l'entretien terminé et sauvegardé, ce dernier sera immédiatement anonymisé et les données ne pourront plus être retirées de l'étude.

Conflits d'intérêts
Le chercheur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts par rapport à cette étude.

Questions et coordonnées
Si vous avez des questions au sujet de l'étude, veuillez communiquer avec :

Sébastien Gattlen, 0041 78 889 63 17, sebastien.gattlen@master.hes-so.ch

Page de signatures

Titre du projet :
Dynamiques identitaires chez les physiothérapeutes de Suisse romande (provisoire)

Chercheur principal :
Sébastien Gattlen

Consentement
Par ma signature, je reconnais ce qui suit :

- l'étude m'a été expliquée et que j'ai obtenu réponse à toutes mes questions;
- j'ai été informé que mes renseignements personnels resteront confidentiels.
-

De plus, je comprends :

- que j'ai le choix de participer à cette étude, que je peux cesser d'y participer à n'importe quel moment, et que je peux refuser d'y participer sans devoir subir de conséquences;
- que je peux décider de ne pas répondre à certaines questions;
- que je suis libre de poser des questions concernant l'étude, dès maintenant et plus tard;
- qu'aucun renseignement pouvant permettre de m'identifier ne sera communiqué ou imprimé sans mon consentement préalable et que je recevrai une copie signée du présent formulaire.
-

Et j'accepte :

- que mon entretien soit enregistré sur une bande sonore oui / non
- qu'on me cite directement et anonymement oui / non
-

_____ _____ _____
Nom Signature Date

Veuillez indiquer une adresse de courriel ci-dessous si vous souhaitez recevoir les résultats de l'étude.
Adresse de courriel : _____

Signature de la personne obtenant le consentement
En signant ce formulaire, j'atteste que :

- j'ai expliqué l'étude à la personne participant à l'étude;
- j'ai répondu à toutes ses questions;
- j'ai fourni une copie de ce formulaire de consentement à cette personne;
-

_____ _____ _____
Nom Signature Date

9.2. Annexe B

Grille d’entretien semi-directif

Introduction :

1. Présentation de l’étude et de son contexte.
2. Explication du déroulement de l’entretien (enregistrement, liberté de réponse aux questions, etc)
3. Entretien en 3 phases :
    a. Parcours professionnel
    b. Vécu de la consultation
    c. Conséquences d’une entrée en vigueur

Parcours professionnel

1. Pouvez-vous me parler en quelques minutes de votre parcours professionnel en tant que physiothérapeute ?
2. Et demain, comment vous voyez-vous évoluer dans cette profession ?
3. Comment pensez-vous que la profession va se développer d’une manière générale en Suisse (romande) dans les prochaines années ?
4. Et quel serait le gap entre votre vision (idéaliste) de la profession et ce que vous venez de décrire ?

Vécu de la période de consultation

1. Comment avez-vous appris/pris connaissance de cette proposition du CF ?
2. Et quels ont été vos premiers sentiments et réactions face à ces propositions tarifaires ?
3. Pouvez-vous décrire vos actions et engagements pendant cette période ?
4. Est-ce que vous étiez présent lors de la manifestation du 17 novembre sur la place fédérale ?
    a. Si oui, qu’est-ce qui a fondé cette décision de participer à la manifestation ?

b. Si non, qu'est-ce qui a contribué à ce choix de ne pas vous déplacer à Berne ?

5. Au moment du bilan, on constate un écart entre la volonté de contrôle ou de restriction du CF et le soutien massif de la population à la physiothérapie au travers de la pétition ? Qu'est-ce que ça vous dit ?

Conséquences si entrée en vigueur

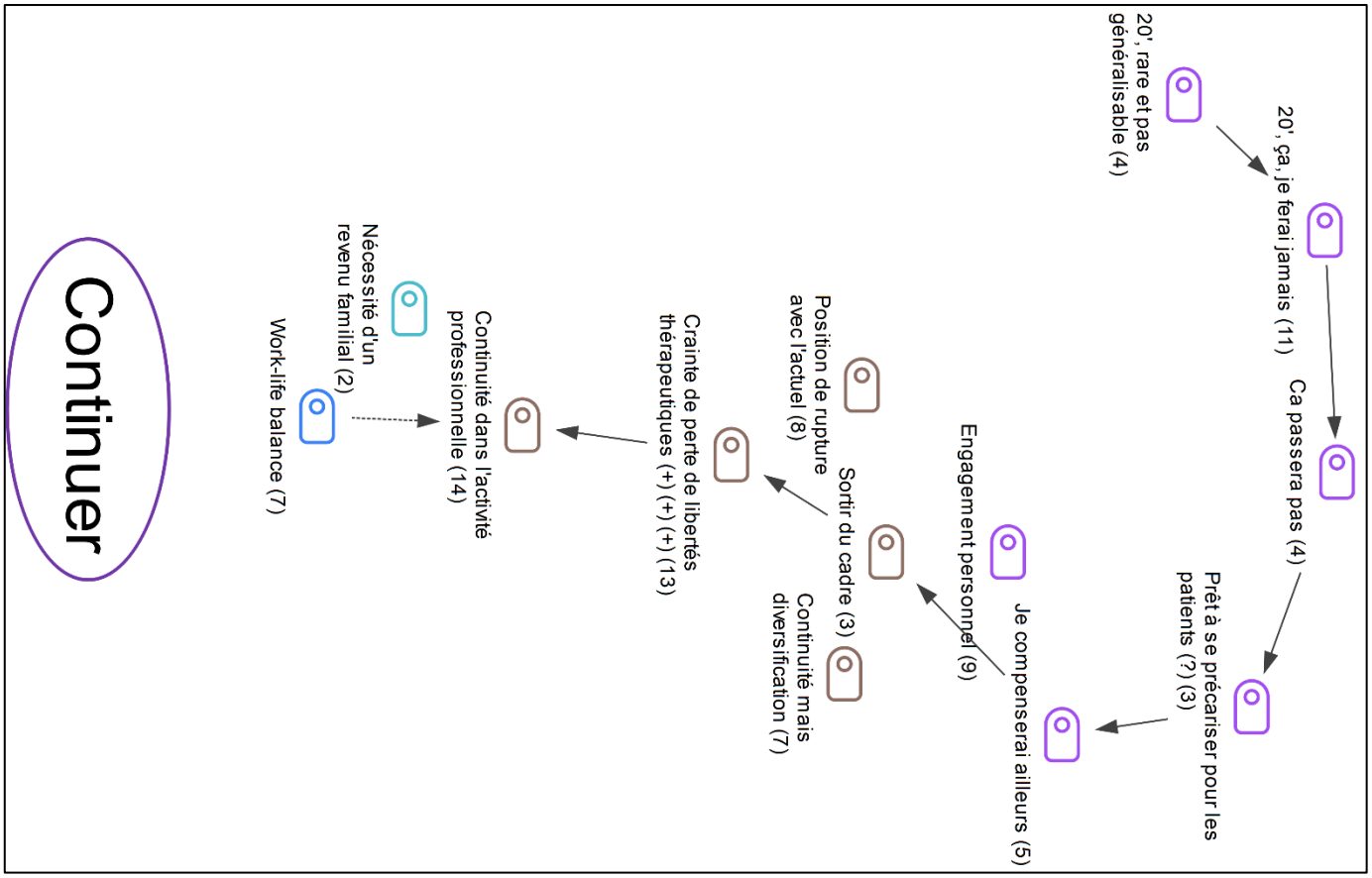
(Pendant la période de consultation, on a beaucoup parlé de surcharge administrative, de qualité des traitements, de viabilité financière des cabinets, etc.) A dire ou pas ? Ca aiguille mais est-ce que ça influence trop les réponses potentielles ?

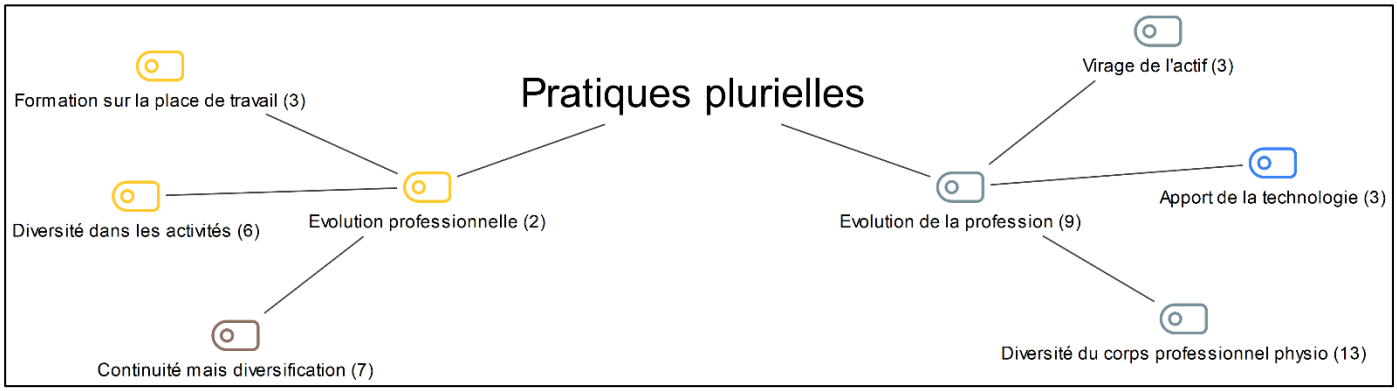
1. Si les modifications proposées entre en vigueur sans autre aménagement de la structure tarifaire, quel serait l'impact concret sur votre quotidien de physiothérapeute ?
2. Et à quel point cela affecterait votre « vous physiothérapeute » au-delà des aspects purement pratiques, administratifs et organisationnels ? Qu'est-ce que ça remettrait en question chez vous ?
3. Encore deux questions, on l'a vu durant cette « campagne médiatique », plusieurs voix se sont exprimées au sein du monde professionnel. On a eu physioswiss, et de ses associations cantonales qui ont déposé officiellement la pétition le 17 novembre. Mais on a aussi eu le groupe informel #jesuisphysio et l'ASPI en CHR, et une configuration un peu similaire avec physiostimm et swissODP en CHD et finalement un groupe d'alliance de défense de la physiothérapie qui regroupaient les précédents (sauf swissODP) avec d'autres partenaires associatif, académiques ou encore MedBase, filiale santé de la Migros. Quelle lecture vous faites de ce contexte ?
4. Et une dernière question, la FMH et H+ ont rendu des réponses à la consultation qui vont clairement dans le sens des revendications des physiothérapeutes, à savoir contre cette proposition de modification tarifaire. Qu'est-ce que cela vous inspire ?

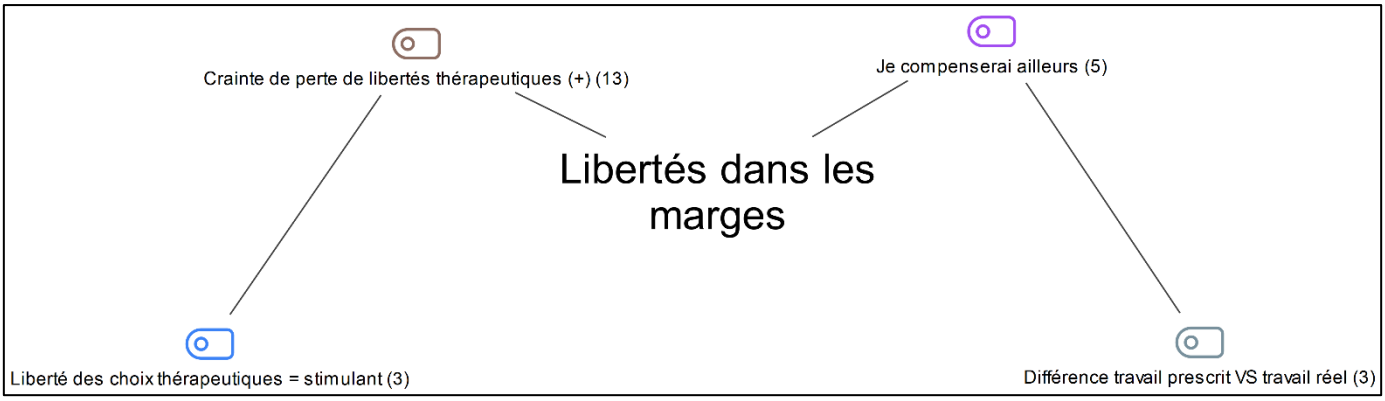
Merci pour ce moment d'échange, est-ce qu'il y aurait encore un thème en lien avec cette période de mouvement ou l'intervention tarifaire en elle-même que vous souhaiteriez aborder ou des compléments à apporter sur un point ?

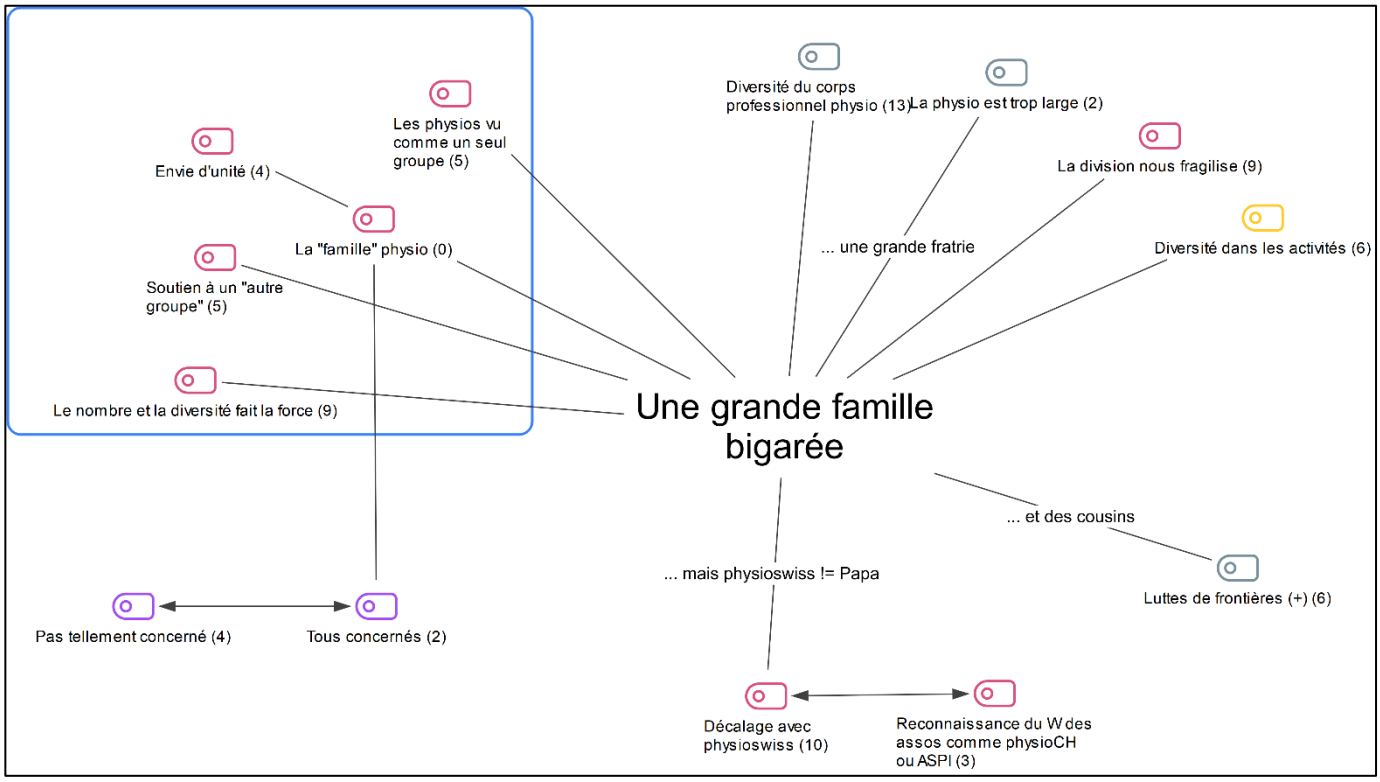
9.3. Annexe C

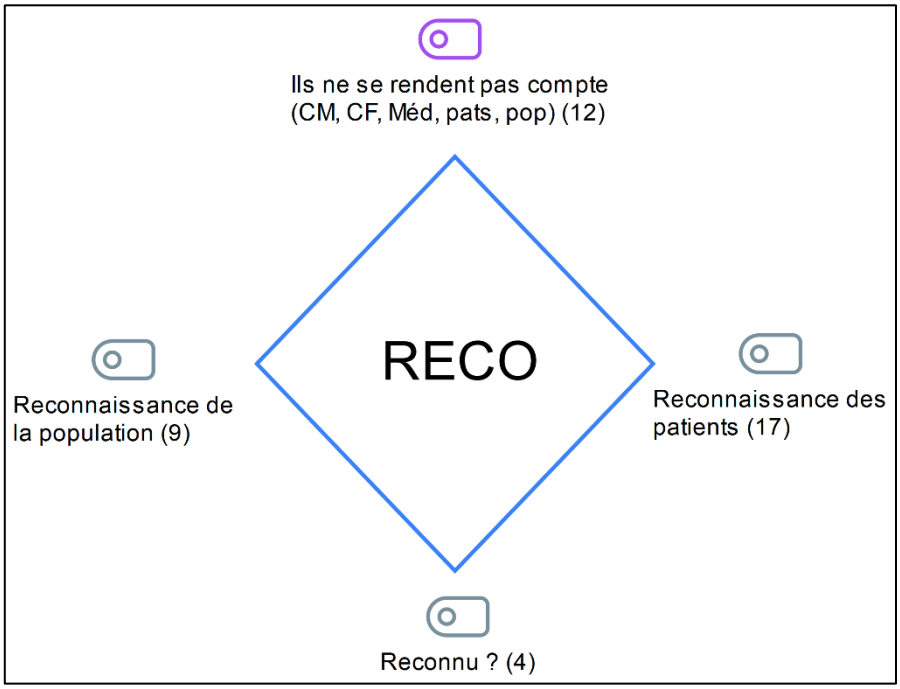
Cartes conceptuelles de développement des thèmes / *Mindmaps*

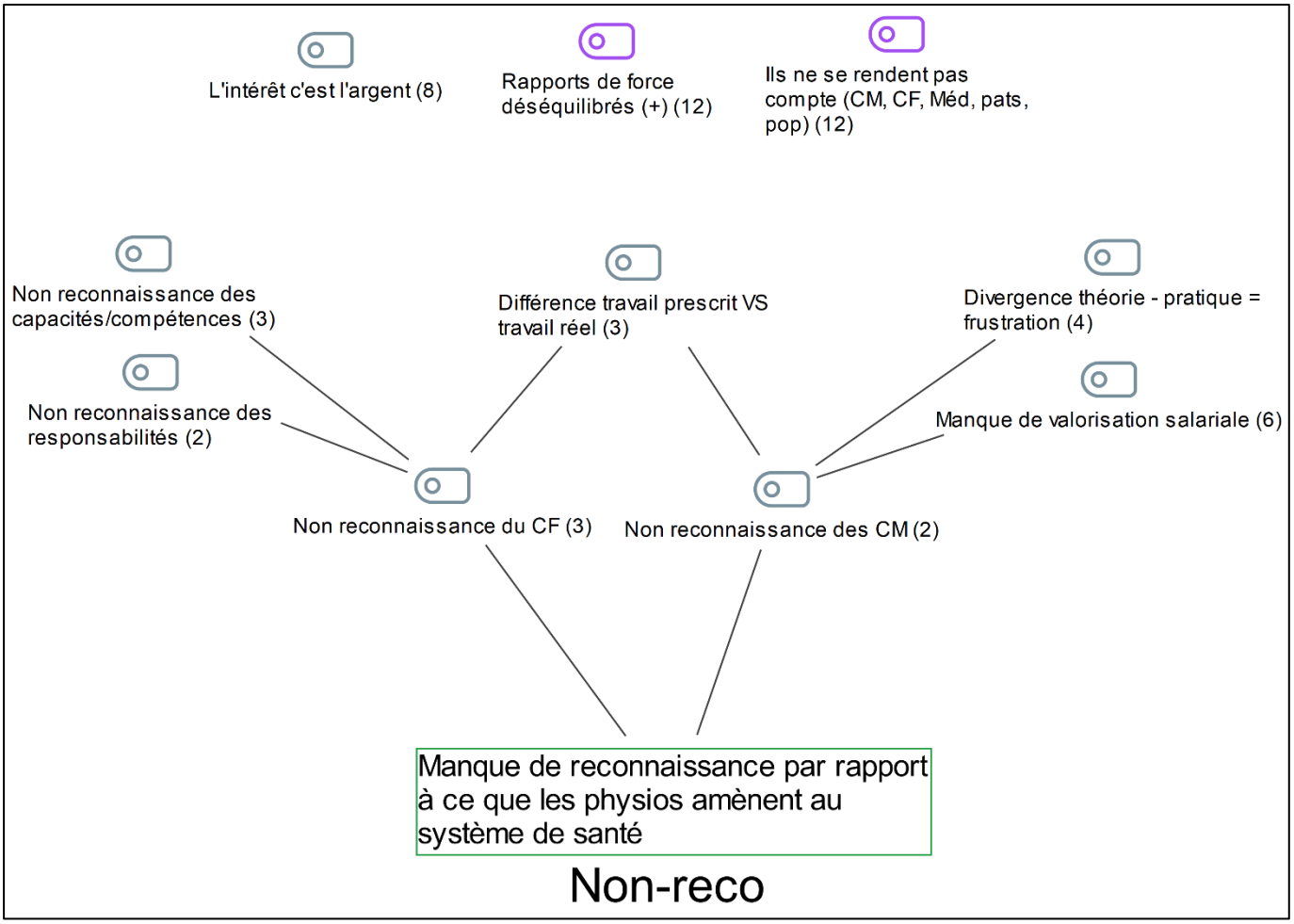


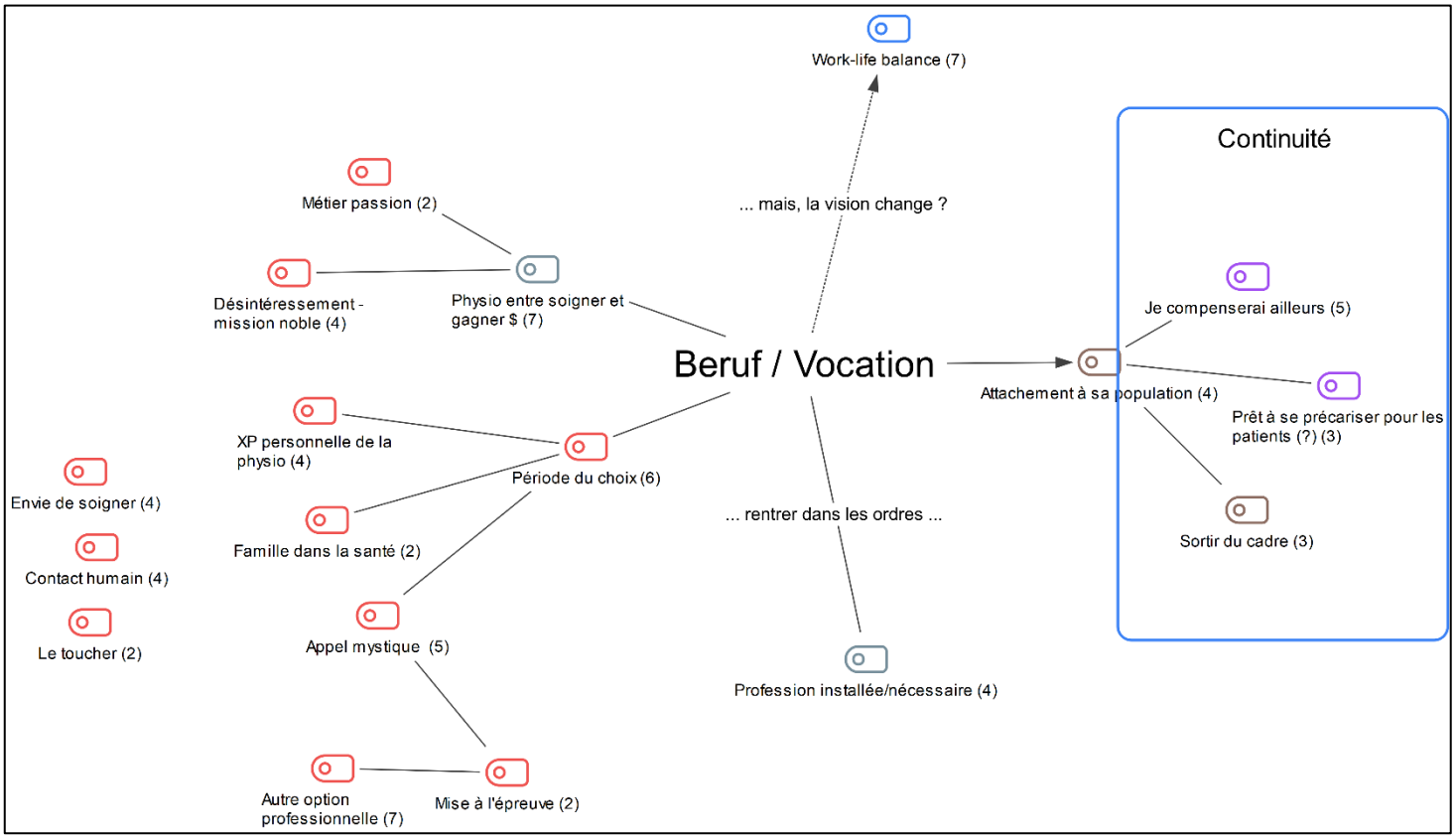


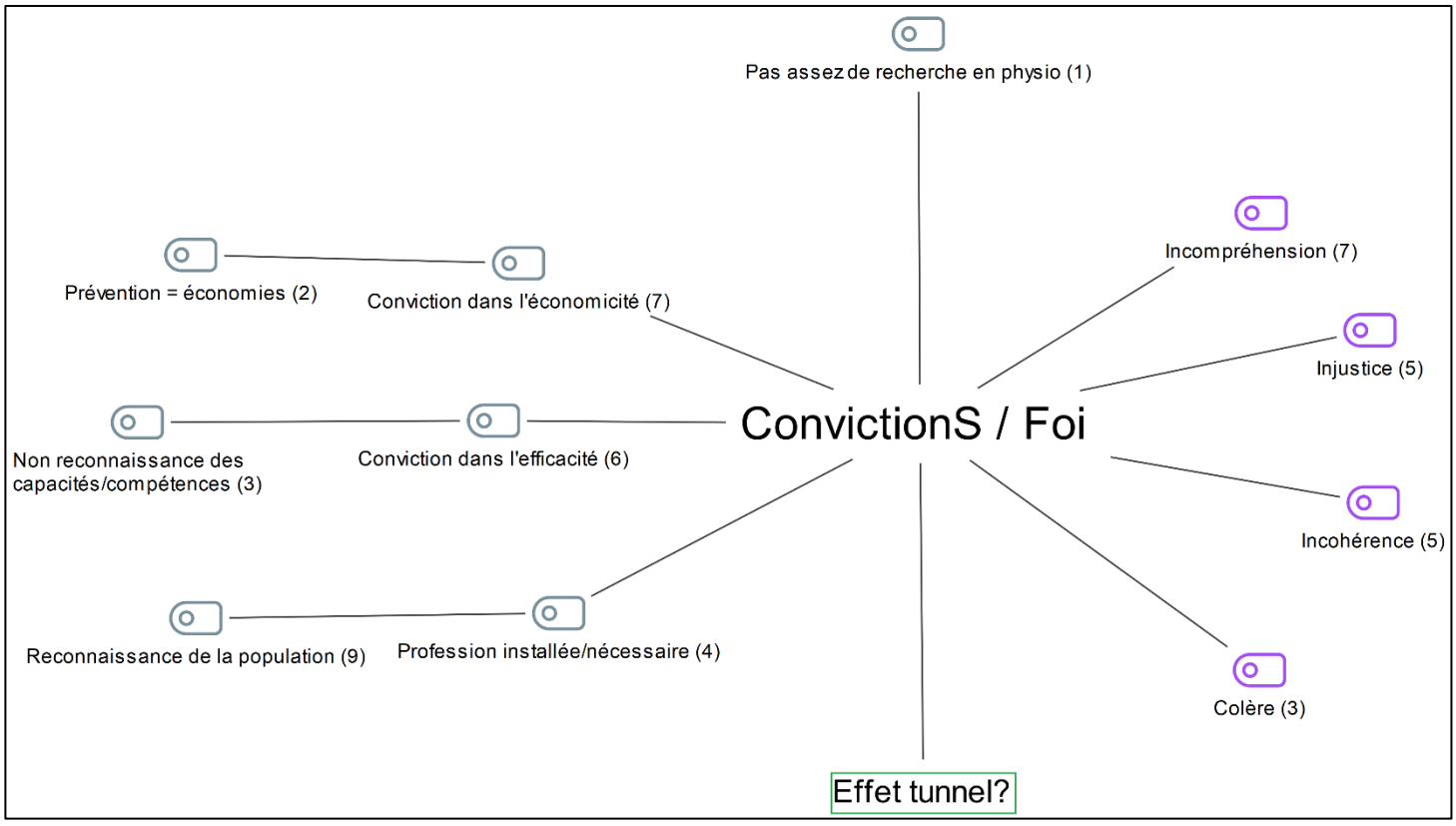

Crainte de perte de libertés thérapeutiques (+) (13)
Je compenserai ailleurs (5)
Libertés dans les marges
Liberté des choix thérapeutiques = stimulant (3)
Différence travail prescrit VS travail réel (3)

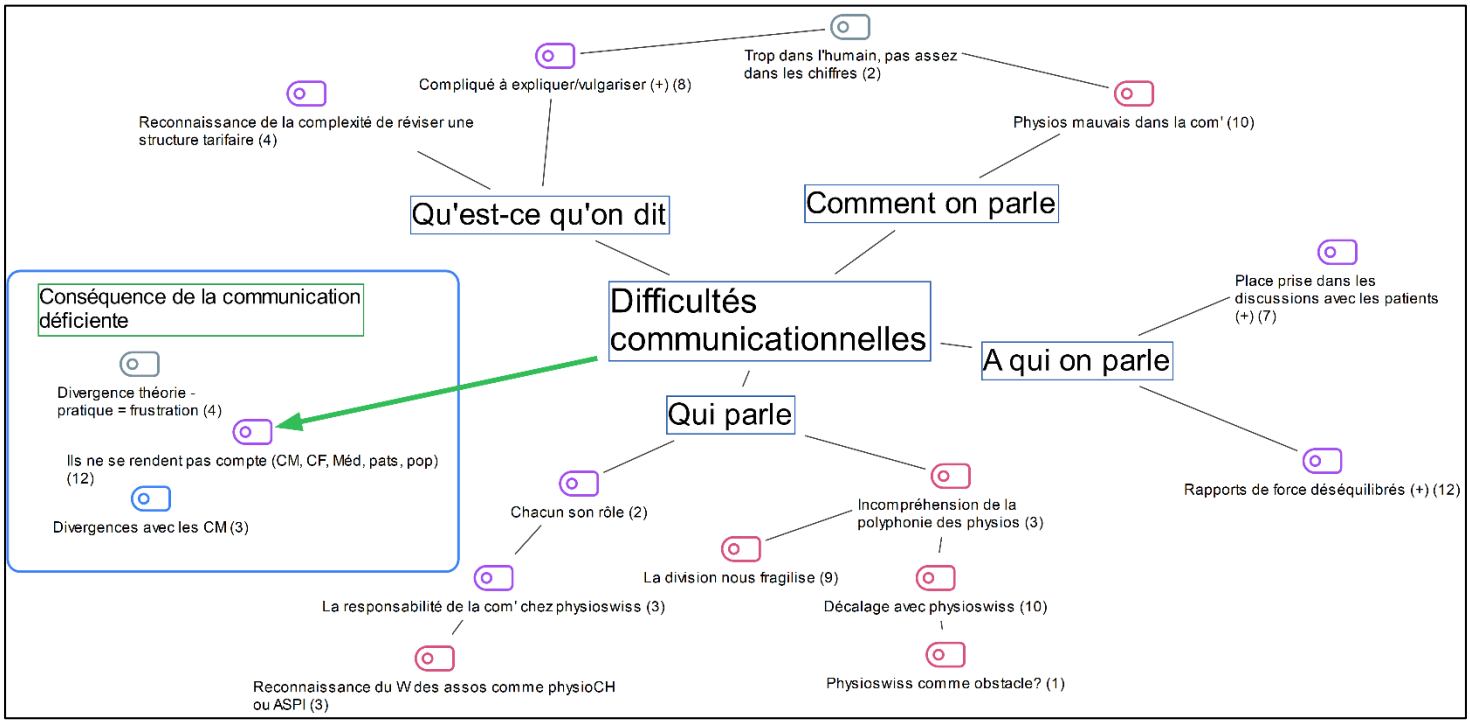

Les physios vu comme un seul groupe (5)
Envie d'unité (4)
La "famille" physio (0)
Soutien à un "autre groupe" (5)
Le nombre et la diversité fait la force (9)
Pas tellement concerné (4)
Tous concernés (2)
Diversité du corps professionnel physio (13)
La physio est trop large (2)
La division nous fragilise (9)
... une grande fratrie
Diversité dans les activités (6)
Une grande famille bigarée
... et des cousins
... mais physioswiss != Papa
Luttes de frontières (+) (6)
Décalage avec physioswiss (10)
Reconnaissance du W des assos comme physioCH ou ASPI (3)

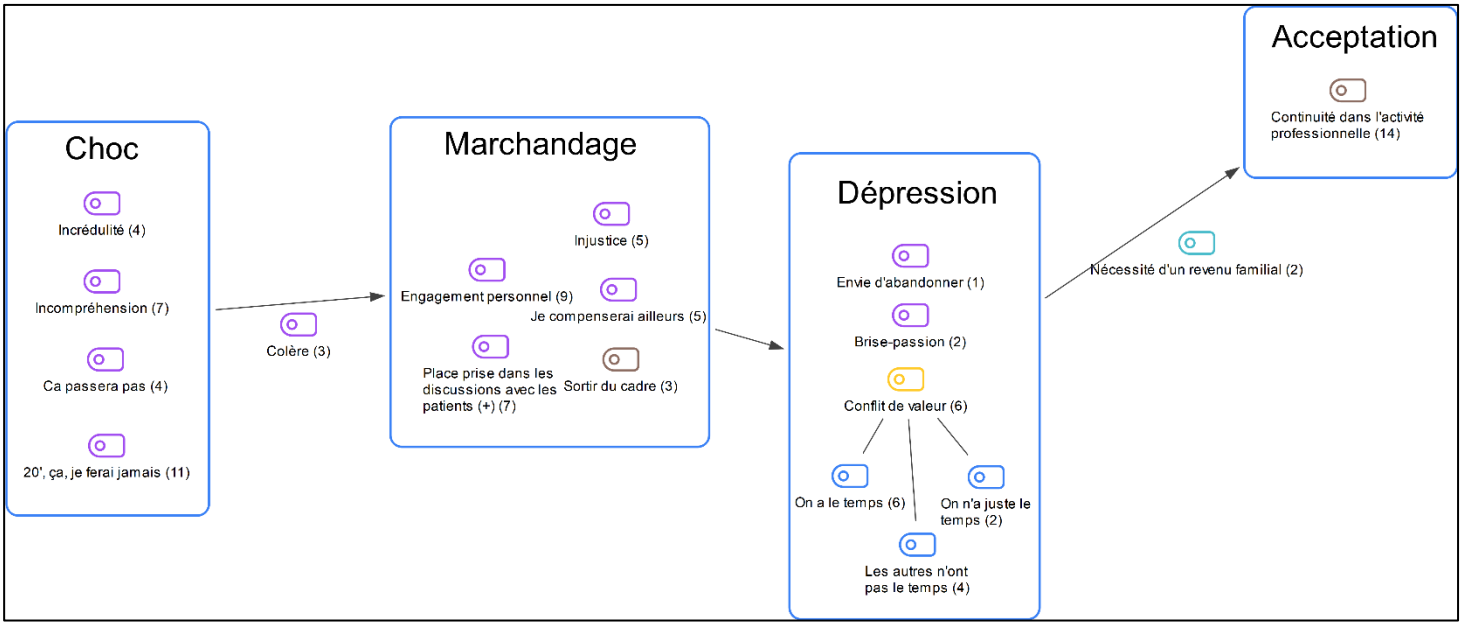

Ils ne se rendent pas compte (CM, CF, Méd, pats, pop) (12)
RECO
Reconnaissance de la population (9)
Reconnaissance des patients (17)
Reconnu ? (4)


L'intérêt c'est l'argent (8)
Rapports de force déséquilibrés (+) (12)
Ils ne se rendent pas compte (CM, CF, Méd, pats, pop) (12)
Non reconnaissance des capacités/compétences (3)
Différence travail prescrit VS travail réel (3)
Divergence théorie - pratique = frustration (4)
Non reconnaissance des responsabilités (2)
Manque de valorisation salariale (6)
Non reconnaissance du CF (3)
Non reconnaissance des CM (2)
Manque de reconnaissance par rapport à ce que les physios amènent au système de santé
Non-reco


Work-life balance (7)
Continuité
Métier passion (2)
... mais, la vision change ?
Je compenserai ailleurs (5)
Désintéressement - mission noble (4)
Physio entre soigner et gagner $ (7)
Beruf / Vocation
Attachement à sa population (4)
Prêt à se précariser pour les patients (?) (3)
XP personnelle de la physio (4)
Période du choix (6)
Envie de soigner (4)
... rentrer dans les ordres ...
Sortir du cadre (3)
Famille dans la santé (2)
Contact humain (4)
Le toucher (2)
Appel mystique (5)
Profession installée/nécessaire (4)
Autre option professionnelle (7)
Mise à l'épreuve (2)


Pas assez de recherche en physio (1)
Incompréhension (7)
Prévention = économies (2)
Conviction dans l'économicité (7)
Injustice (5)
Non reconnaissance des capacités/compétences (3)
Conviction dans l'efficacité (6)
ConvictionS / Foi
Incohérence (5)
Reconnaissance de la population (9)
Profession installée/nécessaire (4)
Colère (3)
Effet tunnel?


Trop dans l'humain, pas assez dans les chiffres (2)
Compliqué à expliquer/vulgariser (+) (8)
Reconnaissance de la complexité de réviser une structure tarifaire (4)
Physios mauvais dans la com' (10)
Qu'est-ce qu'on dit
Comment on parle
Conséquence de la communication déficiente
Divergence théorie - pratique = frustration (4)
Ils ne se rendent pas compte (CM, CF, Méd, pats, pop) (12)
Divergences avec les CM (3)
Difficultés communicationnelles
Place prise dans les discussions avec les patients (+) (7)
A qui on parle
Qui parle
Rapports de force déséquilibrés (+) (12)
Chacun son rôle (2)
Incompréhension de la polyphonie des physios (3)
La division nous fragilise (9)
La responsabilité de la com' chez physioswiss (3)
Décalage avec physioswiss (10)
Reconnaissance du W des assos comme physioCH ou ASPI (3)
Physioswiss comme obstacle? (1)


Choc
Incrédulité (4)
Incompréhension (7)
Ca passera pas (4)
20', ça, je ferai jamais (11)
Colère (3)
Marchandage
Injustice (5)
Engagement personnel (9)
Je compenserai ailleurs (5)
Place prise dans les discussions avec les patients (+) (7)
Sortir du cadre (3)
Dépression
Envie d'abandonner (1)
Brise-passion (2)
Conflit de valeur (6)
On a le temps (6)
On n'a juste le temps (2)
Les autres n'ont pas le temps (4)
Nécessité d'un revenu familial (2)
Acceptation
Continuité dans l'activité professionnelle (14)