

Appropriation professionnelle des médias sociaux : deux cas contrastés

*Ce cas est un extrait de la communication de F. Deltour, C. Dondeyne, N. Jullien au Congrès AIM 2020
La version complète est en ligne sur le site de l'AIM*

Contexte du cas

Par leurs fonctionnalités d'échange, de création et de partage des contenus en ligne, les réseaux sociaux numériques (RSN) grand public ont réussi à trouver une forte audience auprès des utilisateurs, aussi bien dans le milieu privé que professionnel. Une première modalité de cette diffusion professionnelle est la mise en place de réseaux sociaux d'entreprise (Enterprise Social Media) à l'intérieur des frontières de l'organisation sous le contrôle des organisations concernées. Une seconde modalité étudiée ici consiste pour des professionnels à directement utiliser les RSN grand public disponibles gratuitement et accessibles à tous, de manière autonome et souvent spontanée, hors des cadres institués dans le secteur professionnel.

Nous nous intéressons au cas de l'usage des RSN grand public dans une optique professionnelle. Cet usage peut par exemple prendre la forme d'un groupe Facebook ou LinkedIn ou d'un hashtag sur Twitter.

Malgré leurs fonctionnalités propres, chacun de ces réseaux présente une opportunité pour les groupes professionnels afin d'échanger et partager en ligne des contenus. Nous nous intéressons plus spécifiquement à des professions dont les membres exercent leur activité de façon isolée, c'est-à-dire en dehors d'une organisation qui agirait comme un cadre quotidien de travail et en l'absence de collègues directs dans l'exécution de l'activité. Les RSN grand public constituent alors une opportunité de mise en réseau de personnes isolées ayant des problématiques professionnelles similaires.

Notre ambition est de renforcer la démarche compréhensive de ce phénomène d'appropriation des médias sociaux en menant un travail de comparaison entre deux professions spécifiques : les **aides à domicile** et les **médecins généralistes**. Ces deux groupes professionnels présentent certains points communs (autonomie d'activité, service à la personne...) mais aussi de fortes différences (niveau de qualification, capital social...). Nous nous proposons alors de répondre à la question : dans quelle mesure et de quelle manière les réseaux sociaux numériques sont mobilisés par des acteurs de professions caractérisées par l'isolement du travail ?

Les RSN, du fait de leurs fonctionnalités (production de contenus, réactions, notifications...), offrent de multiples potentialités pour les personnes qui exercent seules des activités de soin. Parmi les facteurs spécifiques au secteur médical expliquant la mobilisation des RSN pour échanger, on peut identifier : la possibilité de réduire la surcharge informationnelle, la possibilité de se former, la possibilité de demander des conseils et de développer de la connaissance, la possibilité d'enrichir la compréhension du contexte global du soin et la perspective du patient, la possibilité de renforcer l'identité professionnelle.

Sur le plan de la reconnaissance et du statut social, les médecins généralistes et les aides à domicile constituent deux groupes professionnels diamétralement opposés. D'un côté on est dans le cadre de l'exercice libéral de l'autre, on a des salariés, soit d'associations, soit de particuliers, soit d'entreprises privées. De plus, leurs niveaux de qualification et de revenus, et partant le statut et le capital social se situent à deux extrémités. Les aides à domicile peuvent exercer sans diplôme (agents ou employés à domicile) ou avec un DEAVS (diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale) qui peut s'obtenir en partie par la VAE, et des salaires correspondant au niveau de qualification. À l'opposé, les médecins effectuent des études longues pour obtenir le titre de docteur. Les revenus des médecins, malgré leur disparité, restent beaucoup plus élevés et dans les fractions supérieures des niveaux de revenus.

En plus des recherches documentaires en ligne, les principales collectes sont ici des entretiens menés auprès de professionnels, ainsi que la collecte de traces textuelles sur les RSN. Le périmètre d'investigation retenu est celui de la France, afin d'offrir une homogénéité de cadre institutionnel et législatif, même si certaines spécificités locales peuvent exister (prépondérances d'association d'aides à domicile sur certains territoires en lien avec la politique sociale des collectivités locales concernées ; expérimentation de réseaux d'échange menée dans certaines régions par les Agences Régionales de Santé).

Résultats

Nos premiers résultats nous amènent à supposer deux formes dominantes d'appropriation distinctes selon les groupes professionnels étudiés : la revendication et l'autorégulation.

1. Aides à domiciles : la revendication comme forme dominante d'appropriation

Les investigations menées mettent en lumière deux principaux résultats enchâssés : premièrement, une segmentation se dessine entre deux catégories d'aides à domicile, professionnellement plus ou moins fortement « intégrées » ; deuxièmement, les RSN sont essentiellement investis par la catégorie des aides à domicile les moins intégrées, selon un mode principalement revendicatif.

Au-delà des caractéristiques d'un métier de service précaire, peu qualifié et qui a connu depuis plus d'une décennie un phénomène de professionnalisation, nous mettons au jour une segmentation du marché du travail. Cette segmentation se fait entre les aides à domicile les plus intégrées professionnellement et celles qui le sont moins. Le sens conféré à l'activité distingue les deux segments. Les aides à domicile « **intégrées** », sont âgées au moins de 40 voire plus, diplômées, témoignent d'un fort attachement au métier et mettent en avant la relation d'aide, le soin, le souci d'autrui au principe d'un métier ancré dans le social, avec une dimension éthique très présente, au bénéfice des personnes aidées. Cela n'évacue pas les pénibilités de l'activité, mais les conditions d'emplois sont satisfaisantes de leur point de vue et leur niveau de rémunération s'approche du salaire médian (1600 € net à temps plein). Le second segment identifie les aides à domicile « **à la périphérie** » qui subit de manière contrainte la pénibilité des conditions d'emplois, avec des plannings qui changent, qui se sentent corvéables ou considérées comme des femmes de ménage. Il y a une dévalorisation du métier.

Sur les RSN grand public, Twitter est peu investi à l'exception de certains comptes des structures du secteur. C'est Facebook qui est utilisé et qui accueille surtout les aides à domicile « **à la périphérie** », leur offrant un lieu réceptacle des questionnements, dénonciations, partages, demandes d'aides... Le groupe Facebook devient ainsi une tribune pour dénoncer les difficultés d'exercice, ainsi que les défauts de régulation professionnelle et de contrôle sur les conditions d'emploi, voire le respect du B.A.BA du contrat de travail. Les conditions de travail et les conditions d'emploi sont au coeur des revendications et dénonciations. Il arrive régulièrement que des tensions s'expriment en ligne entre les segments de la profession : les aides à domicile qui dénoncent, étalent ou vilipendent des situations de travail se retrouvent elles-mêmes vilipendées par d'autres aides à domicile qui considèrent que les premières sont indignes de la profession en ne respectant pas l'éthique de la profession. Des formules comme « tu n'es pas faite pour cela », « change de métier » sont alors employées, mettant en lumière la récrimination d'incompétence ou de manque supposé de vocation des aides à domicile revendicatives.

2. Médecins généralistes : l'autorégulation comme principale forme d'appropriation

Les investigations auprès des médecins généralistes permettent également d'avancer deux résultats.

Tout d'abord, elles mettent en lumière les effets du capital social élevé et des réseaux multiples des médecins généralistes dans l'exercice du métier : les RSN ne sont qu'un dispositif supplémentaire s'additionnant aux réseaux antérieurs, dans un effet d'empilement. D'où un usage peu développé dans la profession des RSN, ceux-ci étant utilisés par la part la plus connectée des médecins généralistes. Deuxièmement, les investigations montrent une appropriation fortement auto-régulée, c'est-à-dire transposant sur les RSN les pratiques déjà adoptées et admises hors ligne.

Le capital social élevé reconnu chez les médecins généralistes se traduit par de multiples réseaux dans lesquels chacun s'inscrit et qu'il peut mobiliser. Certains réseaux sont formalisés et inscrits dans des réseaux de santé institutionnalisés, mis en place par les agences de régulation du secteur de la santé, en vue d'une meilleure coordination des soins, tandis que d'autres restent informels. Les RSN s'inscrivent dans les réseaux informels entre médecins. En cela, ils ne sont qu'un **dispositif supplémentaire** s'additionnant aux réseaux antérieurs. Certains outils permettent la constitution de groupes informels restreints, comme, par exemple, des groupes Whatsapp entre professionnels ayant des liens plus ou moins proches (anciens camarades d'études, praticiens d'un même territoire...). Les réseaux grand public sont également investis, comme Facebook et Twitter.

Pour l'activité sur Twitter que nous avons pu étudier, nous avons pu identifier plusieurs dizaines de comptes de médecins généralistes, ce qui reste très minime en rapport aux environ 100 000 médecins généralistes installés en France. Les pratiques relevées en ligne sont en accord avec les catégories mises en évidence dans la typologie des contenus d'échanges qui distingue les tweets de diagnostic et thérapie, procédures administratives, éthique et médico-légal, et enfin les tweets de recherche scientifique. En définitive, c'est un effet d'empilement qui est mis en évidence, où les RSN ne sont qu'un moyen possible sous le contrôle des organisations concernées d'échange professionnel parmi d'autres, existants depuis plus ou moins longtemps.

Les investigations montrent une appropriation fortement auto-régulée des RSN. Les publications sur Twitter liées à des demandes de pratique médicale, comme de l'aide au diagnostic ou à la thérapeutique, peuvent paraître « disruptives ». Pourtant, elles s'inscrivent dans les pratiques de la profession, en particulier le respect des règles de déontologie et d'anonymat. La perception de ce que l'on peut ou ne peut pas écrire en ligne a déjà été reconnu comme influencé par le facteur âge des médecins. Cet effet générationnel semble effectivement jouer sur les outils récents comme les RSN. Mais ces outils continuent de répondre à des pratiques établies dans la profession, comme les règles de disponibilité entre confrères (se rendre des services mutuels), l'identification de confrères réputés pour la qualité de leurs avis (d'où une certaine fiabilisation des échanges sur Twitter), les rites d'interaction (folklore carabin qui se transpose en ligne mais dans les espaces strictement fermés comme la page Facebook « Le divan des médecins »). L'appropriation des RSN est donc essentiellement « utilitariste », avec un mécanisme de **transposition** en ligne des pratiques hors ligne.

Éléments de discussion

Questionner la notion d'isolement ?

La notion d'isolement de l'exercice du métier a été initialement postulée comme critère préalable à la sélection des deux groupes professionnels étudiés. C'est dans le but de rompre cet isolement supposé que les RSN avaient a priori un intérêt. L'étude et la comparaison des deux groupes professionnels, diamétralement opposés sur l'échelle des qualifications, nous montre que l'isolement n'est pas systématique : du côté des aides à domicile, certaines personnes ont l'occasion d'échanger et se coordonner, notamment lorsqu'elles s'occupent d'un même bénéficiaire ; du côté des médecins généralistes, ceux-ci pratiquent de plus en plus l'exercice de groupe avec des confrères ou s'installent dans des maisons de santé pluri-professionnelles avec d'autres professions médicales ou paramédicales. L'isolement des aides à domicile serait plutôt à rapprocher de celui des travailleurs « atomisés », comme on le retrouve pour les salariés de la propreté qui travaillent en sous-traitance ou pour les chauffeurs de VTC qui travaillent en indépendants. Ces travailleurs « atomisés » ou « invisibles » sont décrits comme ayant peu de moyens d'action collective.

Questionner les communautés de pratiques ?

La littérature a déjà mis en évidence depuis longtemps la notion de « Communauté virtuelle de pratique (VCoP) », mais ces communautés caractérisées par « le faire » ont des périmètres de participants souvent restreints et la participation de ses membres, même en ligne, traduit un engagement mutuel, un objectif commun, ainsi que des répertoires partagés. Ces critères s'avèrent difficilement applicables à l'ensemble d'une profession, d'autant plus lorsqu'il s'agit de s'appuyer sur les RSN grand public.