

## Surveillance digitale dans les soins stationnaires et les soins de longue durée

### Prise de position de la Commission Centrale d'Éthique de l'ASSM

Les progrès technologiques et la numérisation ouvrent de nouvelles perspectives dans le domaine de la santé. Les applications destinées à faciliter les diagnostics, les thérapies et la prise en charge sont omniprésentes dans le quotidien clinique, à l'instar des systèmes de surveillance digitale. Employés depuis longtemps en soins intensifs et en médecine d'urgence, ils font désormais leur apparition dans les unités de lits et les soins de longue durée, portant en eux la promesse d'une sécurité et d'une efficacité accrues. Outre les bénéfices apportés, certains points critiques méritent réflexion, notamment lorsque les systèmes de surveillance sont utilisés de façon systématique et permanente.

La présente prise de position traite des questions médico-éthiques, analyse les bases juridiques et formule des recommandations visant à garantir une utilisation responsable de la surveillance digitale dans les soins stationnaires. Cette prise de position s'adresse plus particulièrement aux:

- responsables au sein des hôpitaux de soins aigus, des cliniques psychiatriques, des cliniques de réadaptation et des établissements de soins de longue durée<sup>1</sup>;
- aux responsables qualité ainsi qu'aux responsables et aux membres des infrastructures d'éthique clinique des établissements de soins;
- aux organismes responsables de ces établissements et à leurs associations;
- à la FMH et à ses organisations affiliées, à Alliance Care ainsi qu'à d'autres associations professionnelles, spécialisées et de patient.e.s ou groupes d'intérêts;
- aux cantons et aux communes en tant qu'autorités de surveillance;
- aux conseillers cantonaux et fédéraux<sup>2</sup> à la protection des données;
- aux entreprises développant et commercialisant des systèmes de surveillance pour les soins stationnaires.

#### L'essentiel en bref

Qu'ils soient audiovisuels ou autres, les systèmes de surveillance digitale peuvent **favoriser la sécurité** des patients et des résidents, **faciliter leur prise en charge** et **optimiser l'efficacité des soins**. Afin que leur utilisation soit médicalement appropriée, juridiquement admissible et éthiquement acceptable dans chaque cas particulier, certaines conditions doivent être respectées selon la technologie employée et le contexte d'application.

Les systèmes de surveillance digitale portent systématiquement atteinte **aux droits de la personnalité et à la sphère privée** des personnes concernées, qu'il s'agisse des patients et des résidents, mais aussi, lorsqu'ils sont enregistrés dans le système, de leurs proches, des visiteurs, ou encore des professionnels de santé et autres corps de métier. La gravité de l'atteinte

<sup>1</sup> Dans le présent texte, l'expression «établissement de soins de longue durée» comprend les établissements médico-sociaux (EMS) et les résidences pour personnes âgées, ainsi que les établissements accueillant et prenant en charge des personnes souffrant d'un handicap.

<sup>2</sup> Les chapitres sont rédigés en alternant le féminin et le masculin. L'ensemble des membres de tous les groupes de personnes mentionnés sont à chaque fois concernés.

dépend notamment de la technologie utilisée et de la durée de la surveillance. Elle dépend également de la capacité du système à accéder, le cas échéant («à la demande»), à des actes relevant de la sphère privée ou intime. Une surveillance permanente et non anonymisée par l'image et le son constitue l'atteinte la plus grave et peut difficilement se justifier au regard des droits fondamentaux de l'individu et de la législation sur la protection des données. Et même dans le cas de systèmes de surveillance moins intrusifs, le seul consentement des personnes concernées (si elles sont capables de discernement) est certes nécessaire, mais ne suffit pas. Par ailleurs, les principes relatifs à la protection de la personnalité et des données doivent toujours être respectés et ne peuvent être transgressés, même avec le consentement de la personne concernée, notamment en ce qui concerne l'adéquation, la nécessité et la proportionnalité de la mesure.

Au sein des établissements, le recours aux systèmes de surveillance digitale **ne doit pas être appliqué systématiquement** à l'ensemble des patients ou résidents, mais se limiter à **des cas individuels prédéfinis et justifiés**. La justification de l'utilisation d'un système de surveillance nécessite, dans chaque cas concret, une évaluation médico-éthique et une clarification des points suivants:

- but visé par la surveillance;
- indication (médicale);
- respect du principe de proportionnalité (choix de la mesure la moins invasive);
- transparence et information vis-à-vis de toutes les personnes concernées;
- consentement éclairé des personnes capables de discernement ou prescription médicale en cas d'incapacité de discernement (un consentement par procuration n'est généralement pas possible, cf. point 4.5.) et informations sur le droit de rétractation;
- protection des droits de la personnalité et de la sphère privée grâce à une collecte de données aussi limitée que possible<sup>3</sup>;
- limitation de l'utilisation des données aux fins indiquées ou autorisées;
- durée limitée de la surveillance;
- limitation des possibilités de consultation et des droits d'accès aux données collectées;
- traçabilité de l'accès aux données collectées;
- garantie de la sécurité des données et de l'information;
- respect des prescriptions légales applicables aux mesures restreignant la liberté de mouvement, dans la mesure où la surveillance s'apparente à une telle mesure;
- documentation minutieuse;
- réévaluation régulière de l'indication (médicale).

En cas de surveillance prolongée, il convient de vérifier en permanence si les exigences susmentionnées sont toujours remplies. Une attention et une prise en charge fiables et personnelles restent également indispensables. C'est la seule façon de tirer parti des possibilités offertes par les systèmes de surveillance digitale tout en préservant la qualité des traitements médicaux, le respect des principes éthiques fondamentaux et les droits de toutes les personnes concernées.

## 1. Systèmes de surveillance digitale dans les soins stationnaires

Dernièrement, divers établissements de soins ont introduit de nouveaux systèmes de surveillance digitale, ou planifient de le faire. Cette évolution reflète les tendances sociétales actuelles, marquées par des attentes accrues en matière de sécurité et d'efficacité, ainsi que par l'usage croissant de technologies de surveillance au quotidien (p. ex. trackers d'activité physique, montres connectées ou caméras intégrées aux sonnettes). Les progrès technologiques peuvent également encourager, au travers d'incitations économiques, les investissements ou la recherche de gains d'efficacité.

<sup>3</sup> Cela implique de ne collecter et de ne traiter que les données strictement nécessaires au but visé.

Dans le domaine des soins, les systèmes de surveillance digitale ont progressivement évolué, passant de la surveillance clinique des paramètres vitaux à des applications beaucoup plus larges, grâce aux progrès réalisés dans les domaines de la technologie des capteurs, du traitement des données et de l'intelligence artificielle (IA).<sup>4</sup> S'ils permettent aujourd'hui une surveillance plus continue et assistée sur le plan technique, ils induisent également une collecte de données qui dépasse largement le cadre de la surveillance des valeurs vitales d'une personne.

#### Que sont les systèmes de surveillance digitale?<sup>5</sup>

Les systèmes de surveillance digitale étudiés dans la présente prise de position sont des dispositifs d'observation assistés par la technologie, qui se distinguent aussi bien dans la **manière de recueillir les données** que dans celle de les évaluer. La présente prise de position porte notamment sur les appareils permettant une **surveillance** (permanente ou «à la demande»<sup>6</sup>) **des patientes ou des résidentes par l'image et le son**, incluant par exemple une transmission des données vers le bureau des infirmières. En fonction des systèmes, une communication dans les deux sens est possible, c'est-à-dire que la professionnelle de santé peut également prendre contact avec la patiente et discuter avec elle pour savoir de quoi elle a besoin. De tels systèmes peuvent être utilisés **avec ou sans stockage** des données.

Dans le cas des **systèmes de surveillance basés sur l'IA**, diverses données, notamment radar ou visuelles, sont collectées. À partir de celles-ci, des schémas de mouvement, des indicateurs de risque de chute ou d'éventuels problèmes médicaux peuvent être transmis aux infirmières. Les **systèmes basés sur des caméras** (p. ex. caméras infrarouges ou RVB<sup>7</sup>) génèrent des images en temps réel et, par conséquent, des données d'image personnelles, même si seuls les contours des personnes sont transmis aux utilisatrices après traitement. Les **capteurs radar**, quant à eux, enregistrent les données de mouvement et de position dans l'espace. En règle générale, ces données ne révèlent pas directement de caractéristiques physiques, comme la couleur des cheveux, de la peau ou le sexe. Elles font néanmoins l'objet d'un traitement pseudonymisé, via le numéro de chambre ou de l'attribution du lit. Il existe également des **modèles hybrides** équipés de capteurs radar qui déclenchent une surveillance par l'image et le son lors d'événements prédéfinis. Des systèmes basés sur l'IA sont de plus en plus utilisés pour **l'analyse des données brutes**.

Ces différences concernent principalement la conception technique des systèmes et ne sont prises en compte dans la présente prise de position que dans la mesure où elles sont pertinentes pour l'évaluation médico-éthique.<sup>8</sup>

La présente prise de position se concentre sur l'utilisation de systèmes de surveillance digitale dans les services de soins stationnaires, en particulier **dans les hôpitaux de soins aigus et les hôpitaux psychiatriques, les cliniques de réadaptation et les établissements de soins de**

<sup>4</sup> Cf. des réflexions fondamentales et des informations complémentaires sur les thèmes de la numérisation et de la surveillance dans le domaine de la santé: Angerer A, Stahl J. Das smarte Spital der Zukunft – Eine lohnenswerte Transformationsreise. In: Fasnacht, D (Hrsg.) Smart Health. Wiesbaden: Springer Gabler; 2025:199–232; Angerer A, Berger S, Kurpat L et al. Der konkrete Nutzen von Digital-Health-Lösungen in der Schweiz. Winterthur: ZHAW School of Management and Law; 2024; Ab-ernethy A, Adams L, Barrett M et al. The promise of digital health: then, now, and the future. NAM perspect. Jun 27;2022;10.31478; Lahr J, Schulze N, Wüst LN et al. Ethics of Sensor-Based Surveillance of People with Dementia in Clinical Practice. Sensors. 2025;25(7):2252.

<sup>5</sup> Les systèmes présentés ici sont mentionnés à titre d'exemple et ne forment pas une liste exhaustive, l'évolution technologique étant très rapide dans ces domaines.

<sup>6</sup> L'expression «à la demande» signifie que les professionnelles de santé peuvent, en cas de besoin, accéder aux données vidéo ou audio de la chambre de la patiente, en activant un système depuis le bureau des infirmières, par exemple. Ce qui est déterminant ici, c'est la possibilité d'avoir accès à tout moment à des situations privées, même s'il n'y a pas de surveillance permanente.

<sup>7</sup> Une caméra RVB produit des images en couleur en enregistrant la lumière à travers les longueurs d'onde du rouge, du vert et du bleu.

<sup>8</sup> La présente prise de position n'aborde pas en détail les aspects technologiques des systèmes de surveillance numérique, tels que leur architecture, le traitement des données ou les procédés fondés sur l'intelligence artificielle.

**longue durée.**<sup>9</sup> La surveillance dans les soins stationnaires pour des raisons médicales<sup>10</sup> peut contribuer à **atteindre les objectifs suivants**:

- détection précoce des (risques de) chutes, des crises d'ordre médical ou des comportements dangereux pour la personne, permettant la mise en place d'interventions adéquates;
- établissement rapide et pratique de la communication entre les patientes ou les résidentes et les professionnelles de santé;
- soulagement, aide et, dans certains cas, remplacement du personnel présent au chevet du patient (p. ex. les veilleuses);
- détection des comportements dangereux pour les autres chez les patientes ou les résidentes.

Les systèmes de surveillance digitale sont très appréciés dans le quotidien médical. Cependant, le remplacement d'une professionnelle de santé par ces systèmes peut **nuire à la qualité du traitement et des soins**, comme le montrent les réflexions ci-après:

- La présence humaine est essentielle dans les situations de crise et de stress. De nombreuses patientes et résidentes ressentent de l'insécurité et de la peur (p. ex. dans les situations d'urgence, les crises psychiques ou en cas de démence et de délire). Une attention personnelle favorise l'orientation tout en ayant un effet apaisant et préventif contre le délire. Cette approche contribue à la guérison et à la qualité de la prise en charge.
- Certaines complications médicales ne sont détectables qu'au contact direct de la personne, notamment la subtile dégradation des capacités mentales en cas d'hémorragie cérébrale ou de début d'épisode délirant. On ne sait pas dans quelle mesure les systèmes de surveillance par l'image ou le son peuvent détecter des signes cliniques aussi subtils.
- Les situations de santé aiguës nécessitent une intervention immédiate des professionnelles de santé; une surveillance exclusivement réalisée à distance risque donc d'entraîner des retards inacceptables.
- Lorsqu'une professionnelle de santé surveille plusieurs personnes simultanément par voie numérique, se posent les questions de la «fatigue liée aux alarmes»<sup>11</sup>, de la gestion d'alertes erronées ou négligées, ainsi que de la responsabilité si des complications ne sont pas détectées ou ne le sont pas à temps malgré l'alerte du système. D'une manière générale, il convient de garder à l'esprit que les dysfonctionnements peuvent également présenter des risques pour la sécurité des patientes.
- Les systèmes de surveillance digitale visent en partie à réduire les déplacements et à optimiser les processus. Dans le quotidien clinique, il convient toutefois de vérifier si la surveillance de plusieurs personnes à partir d'un écran garantissant une qualité constante de la prise en charge est réellement plus efficace sur le plan économique que des visites régulières dans les chambres, lesquelles pourraient s'avérer tout aussi utiles, voire plus judicieuses.
- Le contact direct avec la patiente reste indispensable pour juger de son état général. Les systèmes de surveillance digitale peuvent compléter cette approche, mais pas la remplacer.

Selon la situation, l'utilisation de systèmes de surveillance digitale soulève des questions non seulement médicales, mais aussi éthiques et juridiques.

<sup>9</sup> Elle n'aborde pas la surveillance à la maison, notamment par les proches, les services d'aide et de soins à domicile ou les systèmes «hospital-at-home». La télémédecine ne fait pas non plus partie des thèmes abordés, car il s'agit d'une transmission d'images et de sons à court terme avec un champ d'application clairement limité. La surveillance des valeurs vitales clairement associée à une personne sans transmission d'images ni de sons ne sera pas détaillée ici. Ce procédé ne pose généralement aucun problème légal ou éthique, s'il est justifié sur le plan médical et si la personne concernée en est informée, comme c'est le cas pour le suivi des troubles du rythme cardiaque à l'aide de dispositifs cardiaques.

<sup>10</sup> Le terme «médical» est utilisé dans ce texte de manière générique et comprend les activités des médecins, des infirmières et des thérapeutes.

<sup>11</sup> Cf. Michels EAM, Van den Bossche J, Van Rompaey B et al. Alarm fatigue in healthcare: a scoping review of definitions, influencing factors and mitigation strategies. *BMC Nursing*. 2025;24(1):664.

## 2. Réflexions éthiques

L'usage des systèmes de surveillance digitale s'inscrit dans un champ de tensions éthiques. Il confronte le **besoin de protection et d'assistance**, ainsi que des critères d'efficacité, au droit des personnes concernées **à l'autodétermination et à l'autonomie**. Les questions éthiques qui en découlent peuvent être classées en cinq catégories.

### 2.1. Protection de la sphère privée

En entrant dans un établissement de soins, les patients et les résidents se voient privés de leur espace de vie personnel de façon temporaire ou définitive. Le droit à la sphère privée («right to privacy») s'applique également aux établissements de soins stationnaires, mais il est limité par les processus institutionnels (p. ex. exigences de sécurité, qualité des processus, efficacité) et les contraintes spatiales. L'utilisation de systèmes de surveillance digitale accentue ce **dilemme éthique**, car elle constitue une atteinte supplémentaire à la sphère privée, non seulement pour les patients et les résidents, mais aussi pour leurs proches, les visiteurs, les professionnels de la santé et d'autres corps de métier. Le **devoir éthique et juridique de protection de la sphère privée** impose donc une **réduction de la surveillance digitale au strict nécessaire** (cf. également les exemples au point 4.4.). La gravité de l'atteinte dépend entre autres:

- des informations collectées;
- du caractère permanent (p. ex. 24 heures sur 24) ou temporaire (p. ex. la nuit) de la surveillance;
- de la personne à qui les informations sont transmises et du lieu où elles sont transférées;
- du degré d'anonymisation ou de pseudonymisation des données;
- de l'endroit et de la durée du stockage;
- de la mise en œuvre ou non des principes de «Privacy by Design» (protection de la vie privée dès la conception);
- de l'éventuelle possibilité de choix offerte et de la forme de consentement prévue (opt-out ou opt-in<sup>12</sup>);
- de la réaction prévue face à un comportement observé dans un cas particulier.

Une surveillance (permanente ou à la demande) par le son et l'image constitue une atteinte particulièrement grave à la sphère privée. Elle perturbe non seulement les conversations privées, mais aussi l'intimité de la personne ainsi que l'exercice de ses pratiques religieuses ou spirituelles et peut concerner des situations particulièrement intimes (p. ex. les soins corporels, des crises émotionnelles ou la fin de vie). Au-delà de la protection des données personnelles, il importe également de veiller au **respect de la dignité humaine**, en tenant compte de nuances fondamentales pertinentes dans le ressenti subjectif de celle-ci et dans l'importance normative qu'on lui accorde.<sup>13</sup> Soulignons qu'également la sphère privée des collaborateurs ou des tierces personnes présentes dans la pièce est affectée. De plus, la confidentialité des échanges soumis au secret professionnel peut être compromise, tant pour les acteurs de santé que pour les autres intervenants comme les agents pastoraux.

L'ensemble des points évoqués ci-dessus nécessite un examen attentif, aussi bien au niveau institutionnel qu'au cas par cas. D'un point de vue éthique et légal, il est préférable d'opter pour des systèmes offrant une possibilité de choix uniquement activable par un «opt-in» de la personne capable de discernement et informée (pour les aspects juridiques relatifs au consentement, voir le point 4.5.). Un refus ne doit en aucun cas entraîner de désavantage dans le traite-

<sup>12</sup> Le terme «opt-out» signifie qu'un système est activé par défaut, tout en laissant à la personne concernée la possibilité de le refuser; à l'inverse, le terme «opt-in» implique que le système n'est activé qu'après avoir obtenu un consentement préalable et explicite.

<sup>13</sup> Cf. Lambertson C, Ruster L, Ghai S et al. Dignity, properly used, could be a useful construct in AI ethics. Patterns. 2025;6(11):101396.

ment ou la prise en charge. Toutes les personnes concernées doivent être informées du système, de l'objectif de son utilisation, de la nature et de l'étendue du transfert de données ainsi que, le cas échéant, du stockage et de l'évaluation des données (cf. point 4.8.).

## 2.2. Forme de la prise en charge

Les systèmes de surveillance digitale influencent la nature de la prise en charge, car ils modifient l'interaction directe entre les professionnels de santé et les personnes concernées. Variant selon le système de surveillance et le domaine d'application, l'ampleur de cette influence s'avère difficile à prévoir. Une bonne pratique éthique exige d'intégrer les systèmes de surveillance digitale aux processus existants, afin de soutenir la prise en charge sans jamais évincer la relation thérapeutique ou la proximité humaine. Du point de vue de l'assistance à la personne, **la prise en charge humaine et l'attention demeurent indispensables**. Elles font partie intégrante des soins médicaux responsables et globaux et ne doivent pas être remplacées par des mesures organisationnelles ou technologiques. Cela vaut en particulier dans les situations où les patients requièrent une présence humaine accrue, une attention personnelle et un accompagnement empathique, par exemple en cas de crise (suicidaire), dans des états délirants ou psychotiques ou en fin de vie. Dans ces configurations, les systèmes de surveillance digitale peuvent contribuer à alléger la charge des professionnels dans les situations peu critiques, leur permettant ainsi de focaliser leur attention sur les cas exigeant une présence physique. Une analyse critique est nécessaire pour déterminer si ces effets d'allègement se concrétisent réellement et profitent au renforcement de la prise en charge individuelle, les données actuelles ne permettant pas de trancher sur ce point (cf. point 2.3.).

D'un **point de vue éthique et organisationnel**, il convient d'exiger que les systèmes de surveillance digitale ne soient pas utilisés comme un simple moyen de remédier au manque de personnel, de diminuer les effectifs ou d'accroître l'efficacité. L'attention et la prise en charge personnelles ne doivent en aucun cas être limitées, au risque de violer le principe des soins médicaux centrés sur la personne. Par souci d'équité, il importe de veiller à ce que les systèmes de surveillance digitale ne ciblent pas de manière disproportionnée les personnes vulnérables, dont la capacité à défendre leurs propres intérêts est limitée.

## 2.3. Utilisation centrée sur la personne et fondée sur des preuves

La décision de recourir à un système de surveillance digitale doit être prise au cas par cas et en fonction de la personne concernée. Le respect, la bienveillance, l'ouverture d'esprit et la tolérance envers les personnes concernées sont essentiels, tout comme la prise en compte des préférences, des modes de vie et des besoins individuels. Il ne suffit donc pas de vérifier si l'utilisation de systèmes de surveillance est médicalement indiquée et proportionnée ou s'il existe des alternatives moins invasives. Il faut également s'assurer qu'elle **contribue concrètement au bien-être de la personne concernée**. Le simple fait de se référer à la routine générale ne doit pas se substituer à une évaluation individuelle. La perspective d'une rémunération supérieure pour l'établissement<sup>14</sup> ne doit pas non plus entrer en ligne de compte.

Au niveau institutionnel, il convient d'évaluer, **sur la base de preuves**, les avantages promis par les systèmes de surveillance digitale, comme la réduction des chutes ou l'allègement de la charge de travail du personnel. Les décideurs ne devraient pas se baser sur les seules informations fournies par les fabricants ou sur des expériences de cas individuels, mais plutôt sur des connaissances scientifiques soigneusement étayées. Les données actuellement disponibles sont toutefois encore limitées, car il n'existe que peu d'études à long terme ou randomisées, dont les résultats pourraient être appliqués de manière pertinente aux groupes cibles dans le contexte

<sup>14</sup> Cf., p. ex., la rémunération plus élevée dans le cas d'un AVC lorsqu'une surveillance fine des signaux vitaux fait partie intégrante du traitement neurologique complexe. Si l'établissement traitant renonce à cette surveillance dans une situation palliative ou pour éviter de provoquer un délire, la rémunération pour le traitement est nettement plus basse. Cf. Pondération des cas dans les DRG «Catalogue des forfaits par cas – Version de planification». Swiss DRG (2024/2025) & CHOP-Code 2025, [www.medcode.ch/ch/fr/chops/CHOP%202025/99.BA.2](http://www.medcode.ch/ch/fr/chops/CHOP%202025/99.BA.2)

helvétique.<sup>15</sup> De nombreuses publications sont des rapports d'expérience rédigés par des spécialistes et/ou des proches.<sup>16</sup>

L'évaluation des preuves doit déjà commencer lors du processus d'acquisition des systèmes de surveillance digitale. Plutôt que de se limiter à des produits précis, cet examen doit porter sur le domaine d'application visé, ainsi que sur la nature de la technologie sous-jacente. Les décisions relatives aux achats doivent résulter d'une démarche interdisciplinaire. Au-delà des considérations techniques et cliniques, elles doivent impérativement s'appuyer sur des expertises en matière d'éthique et de protection des données.<sup>17</sup> En l'absence de preuves, face à des expériences contradictoires ou en cas de conflits d'intérêts, une éthique institutionnelle responsable impose une certaine retenue lors de la mise en place du système. Une telle démarche nécessite un contrôle systématique ou un déploiement progressif, guidé par des indicateurs de qualité précis, une surveillance de la sécurité et une évaluation éthique continue durant toute la période d'exploitation.

#### 2.4. Atteintes à la liberté de mouvement

Qu'il remplace des barrières de lit, un tapis-sonnette ou des veilleurs, un système de surveillance digitale utilisé comme **mesure limitant les mouvements et la liberté**, à l'instar du «télé-sitting»<sup>18</sup>, est soumis aux mêmes exigences médico-éthiques que toute autre mesure de contrainte médicale.<sup>19</sup> Les aspects à prendre en compte sont la personnalisation de la prescription, la vérification de proportionnalité, la documentation, les réévaluations et la discussion consécutive. Cela vaut également lorsque les personnes concernées considèrent qu'une mesure de surveillance digitale restreignant la liberté est moins contraignante que des alternatives non numériques comme la présence d'un veilleur. Afin de préserver l'autonomie du patient, les mesures limitant ses mouvements ne doivent être autorisées que pour écarter un danger grave pour lui-même ou pour mettre fin à une perturbation majeure de la vie communautaire. Selon le contexte de prise en charge, p. ex. en psychiatrie ou dans les soins de longue durée, il convient en outre de respecter les dispositions légales en vigueur (cf. point 4.6.).

#### 2.5. Protection de l'intégrité professionnelle

Les systèmes de surveillance digitale ont également un impact sur les collaborateurs. La surveillance visuelle et/ou sonore des patients et des résidents implique également une **surveillance du personnel**. Au-delà des questions relevant du droit du travail (cf. point 4.7.), il importe de prendre en compte les répercussions sur la sphère privée ainsi que l'impact sur l'intégrité professionnelle et la culture de la confiance, de l'erreur et de l'équipe. Ces dernières ont un impact direct sur la marge de manœuvre professionnelle ainsi que sur la perception de l'éthique dans la pratique médicale. Une surveillance permanente peut fragiliser la cohésion au sein de l'équipe et rompre le lien de confiance entre les collaborateurs et l'établissement, créant un climat de contrôle plutôt que de coopération. De même, la culture d'ouverture vis-à-vis des erreurs, indispensable à la sécurité des patients et à l'apprentissage, risque d'être compromise. Les systèmes de surveillance digitale ont une incidence sur l'**intégrité professionnelle**, car les actes médicaux et infirmiers reposent sur l'autonomie professionnelle, l'évaluation des situations et la création de

<sup>15</sup> Cf. Cameron EJ, Bowles SK, Gard Marshall E et al. Falls and long-term care: a report from the care by design observational cohort study. *BMC Family Practice*; 2018;19:73; Morris ME, Webster K, Jones C et al. Interventions to reduce falls in hospitals: a systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*; 2022;51(5); Campollo-Duquela ME, Castro-Vilela ME, Skoumal M et al. Evaluating the evidence for sensor-based technologies and medical devices in fall prevention among hospitalized older adults: A systematic review. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2025;60(6):101718; Appenzeller YE, Appelbaum PS, Trachsel M. Ethical and Practical Issues in Video Surveillance of Psychiatric Units. *Psychiatr Serv*; 2020;71(5):480–486.

<sup>16</sup> Cf. Woltsche R, Mullan L, Wynter K et al. Preventing Patient Falls Overnight Using Video Monitoring: A Clinical Evaluation. *Int. J. Environ. Res. Public Health*; 2022;19(21):13735.

<sup>17</sup> Cf. Albrecht JN, et al. Digitale Überwachung von Patient:innen: Ethische Leitfragen. *NOVAcura*; 2026;57(3):21-12, [www.hogrefe.com/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=21074&token=11c5816cddeeca912b340201a8d560171a5c23c2](http://www.hogrefe.com/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=21074&token=11c5816cddeeca912b340201a8d560171a5c23c2)

<sup>18</sup> Le «télé-sitting» consiste à assurer une surveillance continue des patients à distance, au moyen d'une transmission vidéo et d'une surveillance centralisée assurée par des professionnels de santé.

<sup>19</sup> Cf. «Mesures de contrainte en médecine», Directives médico-éthiques de l'ASSM (2015).

liens, qui peuvent être limités ou faussés par la surveillance. Du **point de vue de l'éthique organisationnelle**, il importe donc de vérifier avec soin si, et à quelles conditions, l'usage de tels systèmes favorise ou, au contraire, altère la qualité de la collaboration et des soins médicaux.

### 3. Réflexions d'ordre médical sur certains champs de pratique

Les systèmes de surveillance digitale sont utilisés entre autres dans les hôpitaux de soins aigus, les cliniques de réadaptation, les cliniques psychiatriques et les établissements de soins de longue durée. Dans certains champs de pratique, il convient de prendre en compte des constellations particulières.

#### 3.1. Services d'urgence

Les services d'urgence accueillent des personnes présentant des symptômes plus ou moins aigus, dont la gravité médicale n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation définitive. Dans ce contexte, la surveillance par l'image permet, d'une part, de déceler le plus rapidement possible toute **dégradation soudaine de l'état de santé** d'une patiente en attente de prise en charge. Elle pallie, d'autre part, l'impossibilité d'évaluer immédiatement les **risques pour des personnes en situation de détresse** (p. ex. les personnes souffrant d'une intoxication alcoolique ou médicamenteuse grave). De plus, les besoins de protection des autres patientes, de leur entourage et du personnel ne peuvent pas toujours être satisfaits par le personnel de sécurité présent. Dans de telles conditions, la surveillance par l'image (sans le son) peut être envisagée dans le secteur des urgences pour des raisons de sécurité, même en l'absence d'indication médicale individuelle.<sup>20</sup> La surveillance par l'image doit être signalée de manière bien visible.

#### 3.2. Unités de soins intensifs

Dans les unités de soins intensifs, une **surveillance étroite**, notamment des paramètres vitaux, est pratiquement toujours indispensable du point de vue médical. En effet, elle permet de déceler immédiatement toute détérioration de l'état de santé de la patiente et d'y apporter une réponse thérapeutique appropriée. La possibilité d'une surveillance par l'image (sans le son) fait également partie des pratiques courantes. La certification d'une unité de soins intensifs par la Société Suisse de Médecine Intensive (SSMI) exige qu'une surveillance par l'image (sans le son) puisse être activée en tout temps en cas de besoin, lorsque les infirmières ne sont plus présentes au chevet de la patiente.<sup>21</sup> Dans les situations de danger aigu, par exemple en cas de risque d'auto-extubation ou de valeurs vitales critiques, une professionnelle de santé doit pouvoir intervenir immédiatement; une simple surveillance par l'image à distance peut entraîner **un retard inacceptable** sur le plan médical.

#### 3.3. Psychiatrie

Dans les unités de soins aigus de psychiatrie, des systèmes de surveillance digitale peuvent être utilisés à titre temporaire et spécifique pour **protéger les patientes suicidaires**. Ils peuvent également servir à **protéger les professionnelles de santé**, par exemple contre l'agressivité que peuvent manifester certaines patientes en raison de leur maladie; les données empiriques démontrant une amélioration corrélative de la sécurité demeurent limitées à ce jour (cf. point 2.3.). Dans ce contexte, le recours aux mesures de surveillance doit aussi se limiter au strict nécessaire. Une porte munie d'une lucarne ou l'activation momentanée de la caméra est, par exemple, suffisante s'il s'agit simplement de vérifier la position et l'état psychique d'une patiente avant d'entrer dans sa chambre.

<sup>20</sup> Dans ce scénario, la surveillance n'a pas de visée médicale, mais répond à la nécessité d'assurer la sécurité des autres personnes présentes ainsi que du personnel soignant. Lorsque des mesures moins contraignantes s'avèrent insuffisantes, cela peut constituer un motif légitime justifiant la vidéosurveillance, dans le respect du principe de proportionnalité (cf. point 4.4.).

<sup>21</sup> Cf. annexe I Critères de qualité relatifs aux «Directives pour la certification des unités de soins intensifs (USI)», Société Suisse de Médecine Intensive (2025), cf. [www.swiss-icu-cert.ch/fr/directives](http://www.swiss-icu-cert.ch/fr/directives)

### 3.4. Psychiatrie de la personne âgée, gériatrie aiguë et réadaptation gériatrique

Dans les établissements de psychiatrie de la personne âgée, de gériatrie aiguë et de réadaptation gériatrique, la surveillance est souvent axée sur le **risque de chute**. Pour les patientes présentant un risque de chute momentanément élevé lié à une pathologie aiguë ou aux effets secondaires d'un traitement, des systèmes de surveillance digitale sont utilisés pour prévenir les chutes ou intervenir rapidement en cas d'urgence. L'utilisation de capteurs (p. ex. radars ou images thermiques) est de plus en plus répandue et permet d'alerter l'équipe soignante lorsqu'une patiente présentant un risque de chute se lève. L'efficacité de cette mesure pour réduire les chutes n'est toutefois pas encore établie (cf. point 2.3.). Contrairement aux attaches et autres dispositifs similaires, les systèmes basés sur des vidéos ou des capteurs n'empêchent pas directement les mouvements; ils sont donc souvent perçus comme moins contraignants. Sur le plan juridique, ils sont toutefois assimilés à des **mesures médicales de contrainte** (cf. point 2.4.). Les personnes accueillies dans ces établissements n'ont souvent **pas la capacité de discernement nécessaire** pour évaluer le risque de chute qui les menace, ni pour percevoir la présence de systèmes de surveillance. Pour les personnes incapables de discernement, les systèmes numériques ne peuvent être utilisés que sur prescription médicale (plan de traitement). Il n'est pas rare que les proches soutiennent, voire réclament, des systèmes de surveillance digitale, en raison de l'importance primordiale qu'ils accordent à la sécurité. Les proches ou les personnes de confiance doivent être consultées et informées, mais elles ne peuvent pas décider par procuration de l'utilisation des systèmes de surveillance (cf. point 4.5.).

### 3.5. Établissements de soins de longue durée

Les systèmes de surveillance digitale sont également de plus en plus utilisés dans les établissements de soins de longue durée, afin de garantir la **sécurité des résidentes**, l'objectif étant d'éviter que des personnes ne disposant pas de leur capacité de discernement se retrouvent dans des situations périlleuses. Les systèmes de surveillance digitale peuvent, dans certaines circonstances, diminuer le nombre de situations dangereuses ainsi qu'augmenter la vitesse d'intervention en cas d'urgence. Cela peut contribuer à alléger la charge du personnel soignant et répond souvent aux attentes des proches. Il importe toutefois de souligner que l'établissement de soins de longue durée est le domicile des personnes concernées et que leur séjour n'est donc pas temporaire, contrairement à l'hôpital. La **perte de la sphère privée**, tant pour les résidentes que pour les visiteuses, est d'autant plus significative.

## 4. Réflexions juridiques

### 4.1. Réflexions d'ordre général

La sphère privée et les données personnelles de chaque individu sont protégées par la Constitution fédérale (art. 13, Cst.) et par le droit civil (art. 28 ss, CC). De même, le droit à la liberté personnelle, y compris la liberté de mouvement, est garanti par la Constitution fédérale (art. 10, al. 2, Cst.). La surveillance digitale, en particulier par l'image et le son, constitue **une atteinte grave aux droits de la personnalité et aux droits fondamentaux** de la personne surveillée. L'observation ciblée restreint la liberté de la personne concernée de mener sa vie comme elle l'entend et porte atteinte à sa sphère privée et à son droit à l'autodétermination informationnelle. Si la personne concernée (potentiellement incapable de discernement) n'est pas en mesure de se rendre compte qu'elle est surveillée, cela conduit à un comportement fondé sur des prémisses erronées. Cette situation constitue aussi une atteinte grave à la liberté individuelle.

L'importance capitale de l'autodétermination informationnelle pour l'épanouissement personnel se reflète dans la loi fédérale sur la protection des données ainsi que dans les **lois cantonales sur la protection des données**. La restriction de la liberté de mouvement dans les établissements de longue durée fait également l'objet d'une réglementation spécifique (cf. point 4.6.). Il convient en outre de tenir compte des dispositions du droit du travail (cf. point 4.7.).

Selon le contexte, différentes normes doivent être respectées. Il est notamment important de savoir si c'est le **droit public** (cantonal), et notamment le droit cantonal sur la protection des données, ou le **droit privé** qui s'applique.<sup>22</sup> Les principes juridiques énoncés ci-après, inscrits dans la Constitution fédérale (et généralement renforcés par la législation cantonale), doivent être observés en tout temps. Les lois cantonales sur la protection des données diffèrent sur certains points, mais les conditions fondamentales pour la légalité du traitement des données restent pour l'essentiel identiques.<sup>23</sup>

#### 4.2. Gravité de l'atteinte aux droits de la personnalité et aux droits fondamentaux

La gravité de l'atteinte aux droits de la personnalité et aux droits fondamentaux est toujours déterminée par rapport à une mesure concrète de surveillance. La **surveillance permanente ou «à la demande» par le son et l'image** constitue une atteinte particulièrement grave aux droits de la personnalité et aux droits fondamentaux du patient (cf. point 2.1.). **D'autres systèmes de surveillance digitale** attentent moins gravement aux droits de la personnalité, en particulier ceux qui, sans stockage de données, ne montrent au professionnel de santé chargé de la surveillance qu'une **silhouette** schématisée des patients ou qui, grâce à une analyse de l'image par l'IA, ne lui transmettent qu'une **alarme sans représentation visuelle** pour lui signaler un risque (de chute).

Plus l'atteinte aux droits de la personnalité et aux droits fondamentaux est grave, plus les risques liés au traitement des données personnelles sont élevés. L'utilisation de systèmes de surveillance digitale basés sur l'IA aggrave encore ces risques, car le traitement des données personnelles est plus complexe. Par conséquent, tout établissement de santé doit, préalablement au déploiement de tels systèmes, réaliser une **analyse d'impact relative à la protection des données personnelles** (AIPD) et la soumettre à l'autorité de contrôle chargée de la protection des données. Outre la qualification des risques, l'AIPD permet de définir les mesures appropriées pour garantir la protection des données personnelles.

#### 4.3. Conditions légales autorisant la surveillance digitale

Les atteintes aux droits fondamentaux ne sont autorisées, sans exception aucune, que si plusieurs conditions sont remplies de manière cumulative. Premièrement, les atteintes aux droits fondamentaux doivent toujours être justifiées par un **intérêt public**.<sup>24</sup> La sécurité des patients et la qualité des soins médicaux peuvent constituer un intérêt public suffisant pour justifier des atteintes aux droits fondamentaux. Deuxièmement, l'atteinte aux droits fondamentaux doit être couverte par une **base légale**. Du point de vue des droits fondamentaux et de la législation sur la protection des données, il convient de rappeler que la collecte de données personnelles particulièrement sensibles, comme celles obtenues par la surveillance visuelle et sonore, nécessite en règle générale une base légale formelle, laquelle doit être d'autant plus concrète que l'atteinte est grave. Dans le cadre du traitement des patients, il peut suffire (suivant la loi cantonale sur la protection des données ou la loi cantonale sur la santé) que le traitement des données fasse partie d'une tâche décrite dans une loi formelle. Troisièmement, le principe de **proportionnalité** doit toujours être respecté; cette exigence sera examinée plus en détail ci-après.

<sup>22</sup> Selon l'opinion dominante, un traitement prodigué dans un hôpital public ou dans un hôpital privé chargé d'une mission de service public relève du **droit public**; dès lors, les droits fondamentaux de la personne surveillée et le droit cantonal de la protection des données prévalent. En dehors de ces secteurs, par exemple dans un établissement de soins de longue durée privé qui n'est pas chargé d'une mission de service public ou pour les cas de traitements prodigués dans une clinique privée sans mission cantonale de service public, c'est le **droit privé** qui s'applique. Par voie de conséquence, la protection de la personnalité au sens du CC et la loi fédérale sur la protection des données (LPD) sont déterminantes.

<sup>23</sup> Cf. en matière de droit sur la protection des données, en particulier la nouvelle loi fédérale (LPD), voir les documents y relatifs de la FMH: [www.fmh.ch/fr/themes/ehealth/protection-donnees-securite/protection-des-donnees-la-loi-.cfm](http://www.fmh.ch/fr/themes/ehealth/protection-donnees-securite/protection-des-donnees-la-loi-.cfm)

<sup>24</sup> Cf. à titre d'exemple ATF/BGE 146 I 11 E. 3.3.2.

#### 4.4. À propos de la proportionnalité

Du point de vue des droits fondamentaux et de la protection des données, un système de surveillance digitale doit **toujours** être conçu de manière à **respecter le principe de proportionnalité**. Cela signifie que :

- la surveillance doit être **adaptée** à sa finalité, à savoir le traitement médical ou la prise en charge en soins infirmiers (cf. point 3.),
- la surveillance doit être **nécessaire** à sa finalité (ce qui implique l'absence d'autres mesures de surveillance moins invasives),
- la pesée des intérêts entre le gain apporté par la surveillance digitale (y compris le gain d'efficacité) et les atteintes à la personnalité qui en résultent doit conclure à un **équilibre raisonnable**.

Les systèmes de surveillance digitale peuvent offrir des avantages déterminants pour la **sécurité des patients**. De plus, dans certaines situations, un **gain d'efficacité** ou une réduction des coûts peut être attendu. Cela ne dispense pas de vérifier si des **alternatives** moins intrusives (du point de vue de la protection de la personnalité et des données) sont disponibles, ou si les avantages escomptés sont trop limités pour justifier l'atteinte à la sphère privée induite par la surveillance digitale.

Le principe de **minimisation des données** est étroitement lié à celui de la proportionnalité : les systèmes de surveillance digitale ne doivent recueillir ou stocker que les informations nécessaires au but visé. C'est pourquoi la technologie utilisée doit être mise en œuvre dans sa forme la plus respectueuse («**Privacy by Design**» ; protection des données dès la conception). Conformément au principe de minimisation des données, les systèmes de surveillance qui ne fonctionnent pas avec des données visuelles (mais par exemple avec des radars) doivent être privilégiés. Les technologies modernes d'image permettent de traiter les données dès la prise de vue, grâce à des filtres de confidentialité. Cela permet de réduire la référence directe à une personne ou la quantité de données personnelles collectées. Enfin, il faut veiller à cadrer la prise de vue de manière à ne saisir que les données personnelles nécessaires au but visé (p. ex. un focus sur le lit et non une surveillance de la chambre entière).

Les mesures de surveillance doivent être **contrôlées par des professionnels de santé**. Les systèmes complètement automatisés, qui saisissent des données personnelles 24 heures sur 24 sans aucune supervision du personnel médical, ne sont pas proportionnés.

Le principe de proportionnalité doit également être pris en compte lors de la **réglementation de l'accessibilité ou de l'accès** aux données. Toute diffusion, dans des espaces accessibles au public, des images ou des sons collectés est interdite. Une restriction des possibilités de consultation et d'accès est également nécessaire, afin que seuls les collaborateurs ayant impérativement besoin des données pour exécuter leur tâche puissent y accéder (principe du besoin d'en connaître). Afin de vérifier si les droits d'accès sont respectés, il convient de tenir des protocoles documentant à quel moment une personne s'est connectée au système et quelles données elle a consultées.

#### Exemples pratiques illustrant l'évaluation de la proportionnalité :

- Une surveillance par l'image et/ou le son dans la chambre du patient n'est généralement pas nécessaire lorsqu'un professionnel de santé se trouve dans la pièce ; c'est pourquoi le système doit être désactivé pendant ce laps de temps.
- En règle générale, la présence de tiers (personnel hospitalier, proches, agent pastoral, etc.) rend la surveillance digitale superflue (des exceptions sont envisageables, entre autres dans les unités de soins intensifs). Le système doit donc être temporairement désactivé lors de ces visites.

- Un système servant à optimiser la planification des ressources ne saurait justifier, par effet collatéral, une surveillance permanente des patients. Des alternatives nettement moins invasives doivent être envisagées, telles que la possibilité pour le patient de prendre contact acoustiquement avec le bureau des infirmiers (p. ex. par téléphone).
- La surveillance visuelle continue d'un patient à mobilité réduite ne se justifie que s'il n'a pas la capacité de se manifester par d'autres moyens, comme avec un détecteur de mouvement actionnable de manière autonome. S'il a cette possibilité, il devrait pouvoir décider lui-même du moment où il souhaite se manifester. Si un système audio suffit pour la prise de contact, une surveillance additionnelle par l'image ne se justifie pas (et inversement).
- Si les systèmes de surveillance ne permettent pas d'empêcher ou de réduire considérablement la mise en danger, et notamment le risque de chute (cf. point 2.3.), cela a des conséquences sur l'examen de la proportionnalité, car le bénéfice escompté s'en trouve clairement diminué.
- Dans le domaine des soins de longue durée, la surveillance digitale ne se justifie que s'il existe un risque concret (p. ex. des chutes répétées); cette mesure doit constituer la solution la moins invasive possible, être limitée dans le temps, faire l'objet d'un réexamen régulier et être consignée dans le plan de soins.
- L'atteinte à la sphère privée est plus grave lorsque les données sont non seulement suivies en temps réel, mais en plus stockées (temporairement, voire durablement). Le stockage n'étant généralement pas nécessaire<sup>25</sup> au but visé par la surveillance, il est d'emblée non autorisé.

#### 4.5. Limites de l'accord donné par les personnes concernées

La surveillance digitale n'est autorisée que si les conditions susmentionnées sont remplies. Ces exigences ne sauraient être écartées, même avec le consentement des personnes concernées, et ce pour les raisons suivantes:

En droit public, c'est-à-dire dans **les hôpitaux publics, les hôpitaux privés ou d'autres établissements de soins chargés par le canton d'une mission de service public**, le consentement de la personne concernée ne suffit pas à légitimer le traitement des données. Il faut en outre disposer d'une base légale et respecter en tout temps les exigences et les principes de protection des données, en particulier le principe de proportionnalité (cf. point 4.4.). Si par exemple une mesure de surveillance n'est pas nécessaire pour le but concret recherché ou si une mesure moins lourde suffirait, **le consentement au type de surveillance digitale concrètement proposé ne suffit pas** à lui seul **comme motif justificatif**. Il ne peut se substituer aux bases juridiques.

Dans le champ d'application du droit privé, par exemple dans les **établissements de soins de longue durée privés** sans mission cantonale de service public, le consentement peut dans certaines circonstances constituer un motif justificatif suffisant selon l'art. 28, al. 2, CC et l'art. 31, al. 1, LPD. Le consentement doit être exprimé de manière expresse par la personne (art. 6, al. 7, let. a, LPD), librement et après avoir été dûment informée, et s'appliquer à une mesure spécifique de surveillance. La personne concernée doit être capable de discernement et doit pouvoir retirer son consentement à tout moment. **Celui de toutes les autres personnes touchées par la surveillance est également requis.**

Les patients des hôpitaux de soins aigus, des cliniques psychiatriques et des établissements de soins de longue durée sont particulièrement vulnérables à cause de leur état de santé physique

<sup>25</sup> Il serait imaginable, par exemple, d'utiliser des enregistrements pour entraîner individuellement des applications d'IA, afin d'adapter spécifiquement la prévision du risque de chute à un patient particulier. Cette possibilité ne sera pas traitée plus en détail dans le présent contexte. Dans le secteur des urgences, la sécurité des utilisateurs peut nécessiter une sauvegarde des données limitée dans le temps; cette question ne sera pas non plus abordée plus avant dans la présente prise de position.

et psychique. Parfois, leur capacité de discernement est également altérée. La plupart du temps, ils ne peuvent pas d'eux-mêmes se soustraire à un traitement ou à une prise en charge; pour les résidents d'établissements de soins de longue durée, l'institution est aussi le lieu de domicile (cf. point 3.5). Pour toutes ces raisons, on ne peut généralement **pas** considérer qu'il s'agit d'un **consentement juridiquement valide**. C'est d'autant plus le cas, lorsque le recours à la surveillance n'est pas proposé comme une option volontaire, mais est justifié par son efficacité, le soulagement procuré au personnel et le gain de sécurité escompté, si bien qu'une certaine pression est exercée (même involontairement).

Les proches ou les représentants légaux ne peuvent pas consentir à une surveillance par procuration pour le compte d'un patient incapable de discernement. En effet, le **droit de représentation** légal ne s'applique **qu'aux mesures médicales**, et ne s'étend pas à d'autres types de décisions. Par conséquent, ce droit ne peut être invoqué que si la surveillance sert directement au traitement médical et se trouve couverte par le consentement donné par le représentant (cf. art. 377/378, CC). Il importe de souligner que certains proches accordent davantage d'importance à la sécurité qu'à la sphère privée. Néanmoins, l'utilisation de systèmes de surveillance ne peut être justifiée par l'argument selon lequel les proches l'auraient souhaitée ou l'auraient exigée pour protéger le patient.

Il convient de rappeler que le système de surveillance saisit également les données des **visiteurs**. Le seul consentement du patient n'est donc pas suffisant (concernant la saisie des données du personnel de santé cf. point 4.7.).

#### 4.6. Limitation de la liberté de mouvement

Les systèmes de surveillance digitale peuvent aussi être utilisés pour limiter la **liberté de mouvement** de certains patients (entre autres les patients psychiatriques dans le cadre d'un placement à des fins d'assistance) ou résidents d'établissement de soins de longue durée (cf. également point 2.4). Il s'agit de mesures de contrainte médicale dont la justification ne découle pas directement du traitement et des soins, mais doit être démontrée séparément.

Le législateur a édicté des dispositions spécifiques pour les personnes **incapables de discernement résidant dans un établissement médico-social** (EMS) dans les art. 383 ss, CC. Les motifs justificatifs de la restriction de la liberté de mouvement peuvent être de «prévenir un grave danger menaçant la vie ou l'intégrité corporelle de la personne concernée ou d'un tiers» ou de «faire cesser une grave perturbation de la vie communautaire». Les mesures de surveillance digitale peuvent conduire à une limitation de la liberté de mouvement au sens de ces dispositions légales, lorsqu'elles éveillent chez la personne concernée l'impression d'être enfermée ou limitée dans ses mouvements.<sup>26</sup> Selon la loi, de telles mesures ne peuvent être ordonnées que de manière individuelle et lorsque des mesures moins rigoureuses semblent insuffisantes. En outre, il existe des obligations d'informer de manière étendue tant la personne concernée que la personne chargée de la représenter. Un protocole détaillé des mesures prises doit être tenu.<sup>27</sup>

Les dispositions citées pour les résidents d'EMS s'appliquent aussi, en substance, aux personnes **placées à des fins d'assistance** (art. 438, CC, en lien avec art. 383, CC).

#### 4.7. Limites posées à la surveillance relevant du droit du travail

Les systèmes de surveillance digitale enregistrent également les données du personnel en contact avec les patients. Les systèmes destinés à surveiller les employés ne sont pas **fondamentalement interdits** uniquement pour des raisons de protection de la personnalité et des données, mais aussi en vertu du droit du travail, et ce indépendamment de la nature du contrat de travail,

<sup>26</sup> Cf. également le Message du Conseil fédéral, FF 2006, 6635 ss, p. 6673, selon lequel la limitation de la liberté de mouvement doit être comprise dans un sens large et recouvre aussi les mesures de surveillance électronique.

<sup>27</sup> Cf. pour les détails, se référer à la littérature s'y rapportant; «Mesures de contrainte en médecine». Directives médico-éthiques de l'ASSM (2015), [samw.ch/fr/Publications/Directives.html](http://samw.ch/fr/Publications/Directives.html)

de droit privé ou public (cf. art. 328 et 328b, CO (loi fédérale complétant le Code civil suisse, livre cinquième: droit des obligations) et l'art. 26, OLT3 (ordonnance 3 relative à la loi sur le travail)).<sup>28</sup>

Une **surveillance continue** de la chambre des patients **par l'image et le son** exerce une pression sur les collaborateurs et porte atteinte à leur santé. De plus, elle ne respecte pas le principe de proportionnalité, car lorsque le professionnel de santé est présent dans la chambre, une surveillance par le son et l'image n'est plus nécessaire (cf. point 4.3.). Des mesures doivent être prises, afin de protéger les droits de la personnalité des collaborateurs, notamment par la **désactivation du système en présence d'un professionnel de santé**, ainsi que par **l'anonymisation ou la pseudonymisation** des données.

#### 4.8. Sécurité de l'information

Une gestion responsable des données issues des systèmes de surveillance digitale nécessite de garantir leur sécurité technique et organisationnelle, tout en informant les personnes concernées de manière transparente. Les données et les informations générées par les systèmes de surveillance digitale doivent être hautement sécurisées et protégées, afin de prévenir tout accès ou prise de connaissance par des tiers non autorisés. Pour y parvenir, des mesures organisationnelles et techniques appropriées doivent être prises. Leur nature est déterminée par le type d'informations concernées, les modalités et les finalités de l'utilisation du système, ainsi que par l'état actuel de la technique. Les systèmes de surveillance connectés à Internet sont particulièrement sensibles en ce qui concerne la protection de la personnalité et des données, car ils sont davantage exposés au risque de piratage informatique. Une **protection contre les accès abusifs** est impérative en raison du caractère particulièrement sensible du matériel audio et vidéo.

#### 4.9. Transparence

Les **informations** relatives aux systèmes de surveillance utilisés **doivent être mises à la disposition** de toutes les personnes concernées **de manière transparente et compréhensible**. Les patients et les résidents doivent notamment être informés de la finalité du système (p. ex. sécurité, aide au diagnostic ou surveillance clinique), de la nature des données collectées ainsi que de leurs possibilités d'opposition ou de retrait. Les visiteurs, quant à eux, doivent être informés de toute collecte de données par une signalétique appropriée, placée notamment à l'entrée des zones concernées. Les professionnels de santé doivent être informés du fonctionnement des systèmes ainsi que de leur cadre juridique et éthique, et formés en conséquence. Il convient de préciser que les données collectées servent en principe à des fins de traitement et de prise en charge et non au contrôle de l'activité professionnelle. Une information transparente contribue à renforcer la confiance et à préciser que les systèmes de surveillance digitale constituent un simple soutien au traitement et à la prise en charge et ne sont pas destinés à remplacer la présence humaine.

#### 4.10. Législation sur les dispositifs médicaux

Les systèmes de surveillance à visée médicale, tels que les systèmes de surveillance basés sur l'intelligence artificielle (comme pour la détection des chutes), doivent être considérés comme des **dispositifs médicaux**. À ce titre, ils doivent satisfaire aux exigences de la législation sur les dispositifs médicaux, en particulier celles de l'ordonnance sur les dispositifs médicaux (ODim; RS 812.213), en ce qui concerne leur mise sur le marché, leur mise en service, l'observation desdits dispositifs et leur utilisation.

<sup>28</sup> Cf. commentaire de l'ordonnance 3 relative à la loi sur le travail, art. 26, [www.seco.admin.ch/dam/seco/fr/dokumente/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Arbeitsgesetz%20und%20Verordnungen/Wegleitungen/Wegleitungen%203/ArGV3\\_art26.pdf.download.pdf/ArGV3\\_art26\\_fr.pdf](http://www.seco.admin.ch/dam/seco/fr/dokumente/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Arbeitsgesetz%20und%20Verordnungen/Wegleitungen/Wegleitungen%203/ArGV3_art26.pdf.download.pdf/ArGV3_art26_fr.pdf)

## 5. Conclusion

Les systèmes de surveillance digitale sont appelés à se généraliser dans le domaine de la santé. Ils peuvent contribuer à améliorer les traitements et les soins, à condition qu'ils soient soigneusement intégrés aux processus existants et que leurs effets soient contrôlés en permanence.

Sur le plan éthique, la protection de la sphère privée ainsi qu'une attention et une prise en charge personnelles et fiables restent des valeurs centrales. D'un point de vue juridique, il est essentiel que les droits fondamentaux, les dispositions relatives à la protection des données et, en particulier, le principe de proportionnalité soient systématiquement respectés. Si l'utilisation de systèmes de surveillance digitale est, dans certains cas justifiée, médicalement utile, juridiquement admissible et éthiquement acceptable, elle ne doit jamais s'exercer de manière systématique.

Il incombe aux établissements de ne pas considérer l'acquisition et l'utilisation de systèmes de surveillance digitale comme une simple question technique ou organisationnelle. Il est indispensable d'établir des critères médico-éthiques transparents, de définir des responsabilités claires, d'informer de manière adéquate toutes les personnes concernées et de maintenir une réflexion continue au sein des équipes, par exemple dans le cadre des structures d'éthique clinique. C'est la seule façon de tirer pleinement parti des avantages et des possibilités offerts par les systèmes de surveillance digitale, tout en préservant la qualité des soins, la prise en charge des patientes et des résidentes, l'intégrité professionnelle des collaboratrices et les droits de toutes les parties concernées.

## 6. Informations sur l'élaboration de cette prise de position

La Commission Centrale d'Éthique de l'ASSM (CCE) a pris la décision d'élaborer cette prise de position le 19 juin 2025 et mis sur pied un groupe de travail dirigé par la Prof. Dre iur. Regina Aebi-Müller de Lucerne. La prise de position a été soumise à une consultation d'experts externes du 16 février au 9 mars 2026, adoptée par la Commission Centrale d'Éthique de l'ASSM (CCE) le 28 avril 2026 et approuvée par le Comité de direction de l'ASSM le 18 mai 2026.

Vous trouverez des informations sur le contexte ainsi que sur les personnes à contacter si vous avez des questions à propos du contenu sur [assm.ch/surveillance-digitale](https://assm.ch/surveillance-digitale).

### Membres du groupe de travail

Prof. Dr iur. Regina Aebi-Müller, membre de la CCE de l'ASSM, Luzern, droit (Présidence)

Dr iur. Dominika Blonski, Zürich, droit

Dr méd. Rebecca Dreher, membre de la CCE de l'ASSM, Morges, gériatrie

Dr méd. Antje Heise, membre de la CCE de l'ASSM, Thun, soins intensifs

Dr sc. méd. Manya Hendriks, ASSM, Bern (ex officio), éthique

Dr iur. Iris Herzog-Zwitter, membre de la CCE de l'ASSM, Bern, déléguée de la FMH

Prof. Dr méd. Stefan Klöppel, Bern, psychiatrie de la personne âgée

Prof. Dr méd. Tanja Krones, Zürich, éthique

Bianca Schaffert-Witvliet, Vice-présidente de la CCE de l'ASSM, Schlieren, IPA/APN en médecine, soins de longue durée

### Autres experts consultés

Prof. Dr Alfred Angerer, Winterthur, Digital Health

Dr méd. Tosca Bizzozzero, Morges, gériatrie/soins de longue durée

Michael Döring, Luzern, soins intensifs

Prof. Dr rer. medic. Manuela Eicher, Lausanne, soins en recherche

Barbara Fischer & Ursina Baumgartner, Liebefeld, Conseil suisse des aînés

PD Dr Wolfgang Hasemann, Basel, gériatrie/sciences infirmières

Anna Jörger & Dr. phil. Reka Schweighoffer, Bern, fédération Artiset des associations de branche CURAVIVA, INSOS et YOUVITA

Prof. Dr méd. Dagmar Keller, Samedan, médecine d'urgence

Prof. Dr méd. Matthias Kopp, Bern, pédiatrie

Prof. Michael Lehmann, Bern, informatique médicale

Prof. Dr méd. Christian Lovis, Genève, sciences de l'information médicale

lic. iur. Natascha Ofner, Luzern, droit

Dr phil. Simone Romagnoli, Genève, éthique/soins de longue durée

Dr méd. Marco Rusca, Lausanne, médecine intensive

Prof. Dr iur. Bernhard Rütsche, Luzern, droit

Daniel Spichty, MSc, Luzern, IT

Dr Jean-Daniel Strub, Zürich/Zollikerberg, éthique/numérisation

Prof. Dr méd. Dr phil. Manuel Trachsel, Basel, psychiatrie/éthique

Pierre-André Wagner, LL.M., Bern, droit/soins