



## Modes d'acceptabilité de la vidéo-vigilance en EHPAD : formes primaires et éthique d'organisation

**Didier Tsala Effa**

CeReS  
Faculté des Lettres et des Sciences Humaines (FLSH)  
Université de Limoges (France)

Professeur des Universités en Sémiotique et communication. Membre du Centre de recherches sémiotiques, il est actuellement Directeur du Master de sémiotique et stratégies et Directeur scientifique de l'axe « Recherche qualitative » de la chaire d'excellence universitaire « E-santé, bien vieillir et autonomie ». Après avoir exploré les processus de signification et d'interactions dans l'univers du marketing et de la communication, il étend ses recherches, depuis plusieurs années, aux objets d'aide à la personne âgée en perte d'autonomie (robots humanoïdes, objets intelligents, dispositifs domotiques). Ses propositions portent sur la théorie et la méthode de la 'singularité' et de l'individuation des objets et des contenus d'analyse.

didier.tsala-effa@unilim.fr

---

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/1211>

DOI : 10.25965/trahs.1211

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

---

Le texte est la transcription d'une **étude exploratoire**<sup>1</sup> pour comprendre les enjeux éthiques liés à la présence de dispositifs de vidéo-vigilance dans les EHPADs. L'analyse permet d'établir que ces enjeux se résolvent dans la mesure où l'acceptabilité de la vidéo-vigilance traduit, d'abord, individuellement les positions d'intérêt des différents acteurs en EHPAD : les médecins coordonnateurs, les aides-soignants, les aidants proches et les résidents eux-mêmes. Ces positions sont non convergentes, à l'image du mode d'être de la forme primaire des EHPADs, une organisation mue (d'abord) par la régénération des zones d'intérêt de chacun de ses acteurs.

Mots-clés : acceptabilité, éthique d'organisation, état primaire, position d'intérêt, EHPAD

Nuestro texto es la transcripción de un estudio exploratorio enfocado a la comprensión de las cuestiones éticas relacionadas con la presencia de dispositivos de vigilancia por video en Establecimientos para Adultos Mayores Dependientes (EHPAD). Nuestro análisis permite definir que se resuelven dichas cuestiones en la medida en que la aceptación de la vigilancia por video traduce, primero, de manera individual, las posturas e intereses de los diferentes actores en los EHPAD : los médicos coordinadores, los cuidadores, los auxiliares cercanos, los mismos residentes. No convergen dichas posturas, conforme con el modo de ser de la forma primaria de los EHPADs, una organización movida (primero) por la regeneración de las zonas de interés de cada uno de los actores.

Palabras clave: aceptación, ética organizacional, estado primario, postura de interés, Establecimientos para Adultos Mayores Dependientes (EHPAD)

---

<sup>1</sup> L'étude a été réalisée au printemps 2016 dans trois Ehpads en région parisienne. Voir conditions et méthodologie en Annexe.

O presente texto é uma transcrição direta de um **estudo exploratório** que visa compreender as questões éticas ligadas a presença de dispositivos de vídeo monitoramento nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). Tal análise permite determinar que estes problemas éticos são resolvidos na medida em que a aceitabilidade do vídeo monitoramento traduz as posições de interesse dos diferentes atores da ILPI tomados individualmente, como por exemplo, os médicos responsáveis, os auxiliares de enfermagem, outros colaboradores próximos e os próprios residentes. Estas posições são não convergentes e se desdobram cada uma à sua maneira. Esse é assim, o modo de ser das ILPIs, uma organização movida, sobretudo, pela recuperação dos estados primários dos atores que a compõem.

Palavras-chave: aceitabilidade, ética organizacional, etapa primária, posição de interesse, casa de repouso

The paper transcribes exploratory research about how to understand ethical issues related to the use of vigilance video in retirement homes. The result brings us to know that these issues are possible only if the acceptability of the vigilance video translates the self-position of each actor in charge of these retirement homes : doctors, caregivers, helpers and residents themselves. These positions don't converge, thanks to the structure of the retirement homes as organizations where the most important seems to maintain first the primary state of the actors that constitute it.

Keywords: acceptability, organizational ethics, primary state, the position of interest, retirement home

Le texte qui suit est la **transcription d'une réflexion** issue **d'une étude exploratoire** en vue de comprendre les enjeux liés à l'installation de la vidéo-vigilance dans les Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPADs). C'était la commande d'une caisse de retraite. Alors qu'elle se posait la question de savoir s'il y avait un risque à généraliser la présence de caméras de veille pour personnes en autonomie limitée dans les chambres de l'ensemble de ses établissements, elle a choisi parmi différentes méthodologies d'opter pour une étude ethnologique.

Cette étude a été menée dans le cadre de la Chaire d'excellence universitaire « E-santé, bien vieillir et autonomie » de l'université de Limoges. Elle consistait à observer et à interroger différents acteurs impliqués dans trois EHPADs de standing déjà équipés de la vidéo-vigilance en région parisienne, dans l'Essonne et dans les Yvelines.

Les résultats obtenus ont conduit à la conclusion d'un dispositif parfaitement intégré, accepté, et qui ne suscite plus de résistance ; il « fait partie des meubles ». En somme, étant déjà installées dans les chambres, il est apparu que les caméras n'étaient plus réellement questionnées par les différents acteurs : les résidents, les médecins, les aides-soignants et les aidants proches. Bien plus ou plutôt lorsqu'ils en parlent, en général, c'est surtout pour en conforter l'existence. Restaient les arguments pour le soutenir. C'est de ce point de vue qu'est intervenue la part éthique induite par un tel dispositif, à savoir celle qui engage résolument la posture des uns et des autres. L'idée dans ce texte est de faire un point pour en présenter les différents partis pris.

## I- Une acceptabilité au gré des statuts particuliers des acteurs

La vidéo-vigilance, telle qu'elle existe et telle qu'elle est commentée dans les EHPADs, par l'ensemble des parties prenantes, paraît fondamentalement contrainte par la position d'intérêt de chacun des profils d'acteurs. Qu'il s'agisse des particularités matérielles et techniques, qu'il s'agisse de ses impacts, ce qui en ressort est une description à chaque fois individuée, au gré des statuts particuliers de chacun : les médecins coordonnateurs, les aides-soignants, les aidants proches et les résidents eux-mêmes.

En creux, il en résulte quatre prismes, comme autant d'indicateurs, permettant d'établir les conditions d'acceptabilité de ce dispositif. Les médecins y voient un dispositif conçu et administré principalement à la faveur de différents enjeux organisationnels ; pour les aides-soignants, ce qui paraît important concerne d'abord la conformité réelle de ce dispositif avec les objectifs effectivement promis (ce qui n'est pas toujours le cas) ; pour les aidants proches (la famille, les relations), c'est surtout l'efficacité du suivi de leur proche qui prime (caméra ou pas caméra) ; enfin pour les résidents eux-mêmes, que des caméras aient été installées ainsi dans les chambres traduit surtout l'attention portée à des résidents en attente d'une vigilance plus accrue : soit autant de grilles qui éclairent encore plus finement les présupposés qui contraignent l'acceptabilité de la vidéo-vigilance en tant que dispositif d'accompagnement et de veille auprès des personnes en autonomie réduite.

### I-1 – Un prisme managérial

Nous proposons d'appeler « prisme managérial » le prisme en lien avec les médecins coordonnateurs. Pour ces derniers, si la vidéo-vigilance est évidemment bienvenue, par sa part médicalisée (prévenir du risque de chutes), elle est surtout l'occasion d'exprimer leur perception des initiatives managériales des tutelles et/ou des responsables des établissements. De leur point de vue,

- certes, la vidéo-vigilance est un outil essentiel face aux risques de chute : « Dernièrement, il y a une famille qui a refusé, il a fallu que j'argumente et que je leur dise que c'est aberrant et qu'il faut absolument accepter parce que c'est primordial face au risque de chute » ;

- certes, elle est un outil d'aide pour les aides-soignants : « Ce n'est pas un outil de réduction RH, ce n'est pas fait pour remplacer l'aide humaine, bien au contraire, ça a une fonction d'aide à l'aide humaine » ;
- elle pourrait être outil de communication pour mieux comprendre ce qu'est vivre en EHPAD : « Pourquoi y a-t-il de la vidéo-vigilance en Ehpads ? on pourrait dire que parce que ça permet d'avoir moins de complication » ;
- elle pourrait être un moyen de valorisation du personnel :
  - Il faut chercher les veilleuses qui veulent bosser. Il faut expliquer à ces veilleuses que c'est elles qui vont porter ce projet, il faut les accompagner, les former et s'assurer qu'elles ont bien compris. Il faudrait qu'elles soient mieux payées, c'est vrai qu'elles ont des responsabilités énormes ;
- elle peut servir de garantie en cas d'incident ou dans le cas d'accusations, fondées ou non :
  - La première fois que les images ont été levées, c'était parce qu'une résidente disait qu'il y avait une aide-soignante qui lui avait réalisé des attouchements sexuels. En fait la résidente était totalement délirante. Les soignants, ça les a totalement apaisés.

Ce qui pose problème est la manière dont les tutelles et les dirigeants des établissements l'envisagent en tant que projet avenant. Parmi les griefs qu'ils y opposent, les médecins coordonnateurs retiennent :

- l'insuffisance des explications ayant accompagné l'avènement de ce dispositif. La vidéo-vigilance n'a pas été suffisamment expliquée, ni en soi, ni du point de vue des aides-soignants, ce qui en compromet l'appropriation. Son avènement n'a pas été accompagné par de véritables délibérations avec les acteurs de terrain.
- Ils retiennent aussi l'ambiguïté de son statut : de quoi s'agit-il ? un produit ? une solution ? dans quel sens ? Il est reproché aux managers une tendance à vouloir valoriser la vidéo-vigilance avant tout surtout comme un artefact, au détriment de sa fonction précise dans les établissements. Il est leur aussi reproché les insuffisances de sa justification ; les explications sont biaisées ce qui en compromet la compréhension, mais surtout ce qui confine assez souvent à de la sur-promesse :
  - En tout cas le directeur vend, comme l'ancien directeur vendait aux familles des produits qu'on n'avait pas. Pour les familles, la vidéo-vigilance, c'est, il y a de la surveillance la nuit et le jour. Elles croient vraiment qu'il y a de la surveillance tout le temps. Nous on arrivait derrière, on leur disait, « attention, ça ne va pas se passer comme ça ».
- Et enfin, il y a le manque de rigueur dans sa gestion, ils dénoncent :
  - un suivi laconique : « Ce que je déplore, c'est le suivi de l'évolution. Le directeur est fier de son projet, ensuite il n'y a pas de suivi ; ça c'est très français ».
  - Et, de même, son pilotage quasi inexistant, en tout cas mal engagé : « Ce que je déplore c'est qu'il n'y ait pas de pilote. C'est un truc hyper technologique ; c'est pourquoi à mon avis il est nécessaire qu'on soit intégré nous ».

## I-2 – Un prisme normatif

C'est le prisme qui organise le discours des aides-soignants. Pour ce prisme, l'accent est mis d'emblée sur les raisons profondes de la vidéo-vigilance, en vue de comprendre ce qui

en explique profondément l'avènement dans les EHPADs. Parmi les interrogations qu'ils émettent, les aides-soignants souhaitent en savoir davantage sur le fin mot de ce dispositif : « Est-ce que c'est une surveillance pour les salariés ? est-ce que c'est pour surveiller nos actions ? » se posent-ils la question.

Ils souhaitent en savoir aussi sur sa conformité avec les attentes effectives des résidents. Quelle en est l'efficacité et quel en est le poids au regard de leur place à eux ? Et ils s'interrogent aussi sur son efficacité opérationnelle :

On sait que c'est pour les chutes, par exemple si un résident tombe, ça se déclenche, pour qu'on s'en aperçoive, mais des fois le résident tombe mais ça ne déclenche pas, ça veut dire qu'il y a un petit défaut quelque part.

Mais, *a contrario*, les aides-soignants manifestent néanmoins un souci de disposer du maximum d'informations et de précisions sur ce dispositif, pour en comprendre au mieux le fonctionnement :

- pour y accéder : « c'est très important qu'ils nous expliquent, s'ils viennent et installent sans explications, ni information, il faudrait qu'on sache comment ça fonctionne »,
- et pour en cerner l'éthique, même *a minima* : « Après je me pose la question de savoir si ça rentre dans l'intimité du résident. Je crois que ça détecte quand une personne bouge dans une chambre ».

### I-3 – Le prisme opérationnel

Ce prisme est propre au discours des aidants proches (la famille, les relations). Si, d'emblée, apparaissent ici des attentes identiques à celles exprimées pour les deux premiers prismes, managérial et normatif, le défaut d'information sur la nature du dispositif, l'absence de pédagogie sur ses tenants et aboutissants, pour ce prisme, l'acceptation de la vidéo-vigilance se justifie strictement pour sa dimension opérationnelle.

Les aidants proches lui accordent le crédit d'une utilité pour éviter les accidents ; ils lui reconnaissent son apport en termes de sécurité et en termes de relais au bénéfice des aides-soignants. Pour le reste, ils n'en attendent pas grand-chose, pas de miracles, car selon eux, elle n'est pas centrale, elle n'est pas particulièrement attendue et on n'en fait pas de cas, ni en positif, ni en négatif.

Dans certains cas, se pose même la question de sa nécessité : « Je ne sais pas si la caméra intéresse bien mon épouse parce qu'elle n'est jamais seule dans sa chambre ».

Et se pose aussi la question de son efficacité, notamment en fonction du taux de validité des résidents :

Ça veut dire que les dispositifs présents sont bien, mais pour des personnes relativement valides et qui peuvent évoluer d'elles-mêmes dans leur chambre et dans les différents services de la maison ;

On y trouve même quelques limites éthiques : « Il ne faut pas que ces vidéo-surveillances soient utilisées à mauvais escient. Vous savez, il se passe toujours des choses vicieuses ».

### I-4 – Le prisme psychologique

Il s'agit du prisme qui porte les discours des résidents. Pour ce prisme, si la vidéo-vigilance est prise en considération, c'est principalement pour son apport psychologique. Les résidents la considèrent pour sa capacité à faciliter la vie, au même titre que divers autres dispositifs du même type : « J'ai vu des dispositifs comme ça à Tokyo. A Tokyo, tout est fait

pour que les gens soient à l'aise, il y a des pompes pour se laver, des genres de sèche-cheveux pour s'essuyer, ... » ;

Ils lui prêtent une portée transitionnelle : « J'ai pensé qu'ils ont jugé bon de mettre ça pour notre tranquillité » ; ou alors, selon eux, si elle est jugée utile, en général c'est surtout pour les autres résidents, les plus fragiles que soi : « J'avais pensé qu'ils avaient jugé utile de la mettre, car bien entendu il y a des personnes handicapées, des personnes qui ne peuvent pas appeler et puis qui n'ont plus leur tête ».

## II - Agréer, résister : deux prédicats typiques

Si on devait proposer une analyse de ces premières descriptions, d'un acteur à l'autre, on observe qu'en tant que fait perceptible, la vidéo-vigilance est d'abord et surtout la scène de jeux d'agréments plus ou moins forts. Il s'en dégage comme un effet de typicité, c'est-à-dire cette forme d'expression générique qui définit toute chose dans son originalité.

Le choix imposé à l'ensemble des acteurs lors de l'observation ethnologique les invitait à énoncer les conséquences de la présence ou de l'avènement de la vidéo-vigilance, en tant que nouveauté, dans un univers ouvert par ailleurs à divers dispositifs d'accompagnement. Il en résulte deux prédicats qui ne sont que la manifestation habituelle lorsqu'on est soumis à une telle restriction.

Face à un objet nouveau ou face à une situation nouvelle, ou bien on agrée dans une certaine mesure, ou bien on résiste, dans une certaine mesure aussi. C'est ce processus de régulation qui nous a permis de cerner les conditions spécifiques d'acceptation ou d'appropriation de la vidéo-vigilance ainsi administrée.

Pour l'ensemble des acteurs-destinataires, dire que la caisse de retraite a mis à disposition la vidéo-vigilance n'est clairement pas une manière de dire qu'on y est parvenu en demandant individuellement leur avis à chacun ; c'est d'ailleurs précisément l'inverse qui s'est produit. La vidéo-vigilance est déjà présente. Dès lors, réagir, c'est-à-dire y résister ou y agréer, c'est dans tous les cas en attester l'évidence, bon gré ou mal gré. La vidéo-vigilance étant déjà là, au pire on ne peut que s'y faire. Le principal indicateur d'acceptabilité devient alors la manière dont celle-ci est scénarisée par les différents acteurs, justement pour s'y faire.

### II-1 - Des formes sémantiques familières

On observe ici un certain nombre de jeux rhétoriques. Mais, intervient encore l'incidence des clivages liés aux statuts des différents acteurs. Il en a été le cas par exemple lorsque la question posée a été de savoir comment les uns et les autres imaginent la personne qui s'occupe du fonctionnement opérationnel de cette vidéo-vigilance ?

Les médecins y voient un homme ou plusieurs personnes entourées de machines. Ce n'est pas une machine, mais une personne humaine avec un vrai rôle opérationnel. Selon eux, cette personne n'est pas loin de l'établissement, elle est dans la région, « à Paris ».

Elle occupe une fonction dont les contours sont suffisamment connus : « C'est comme la télé-régulation, de la permanence au SAMU, il y a un permanencier ». Mais surtout, cette personne présente des limites, qui sont autant de griefs à opposer :

- son implication vis-à-vis des établissements est minimale : « C'est un monsieur, il est calme mais désintéressé, il a de la distance, il envoie des rapports impersonnels ».
- Elle n'a aucune idée ou alors une idée très approximative des métiers à l'œuvre à l'intérieur des établissements : « Pour moi, ils ne connaissent que l'équipe de nuit, point. Ils ne connaissent pas le métier de médecin coordonnateur ».
- Elle a une idée erronée des résidents, s'appuyant uniquement sur leurs défaillances : « Il dit, ils sont vieux, fragiles. Il n'a pas envie de venir à l'EHPAD ».

- Elle est très systématique : « Il traite les alertes : ils tombent ou ils ne tombent pas. Il répond à la question ; elle déclenche les alertes et elle passe à autre chose ».
- Mais elle a une lecture très mécanique des incidents qu'elle traite : « C'est du data, ce qui arrive. C'est trop rationalisé, la personne n'a pas droit à l'erreur ».

Les résidents ont une vision totalement distanciée des personnes en charge de la vidéo-vigilance. *A priori*, il ne s'agit pas de personnes en particulier mais d'un système en réseau. Selon eux, c'est tout simplement un outil, un mécanisme, un peu à l'image d'une centrale de gestion. Ils y voient aussi une plateforme, totalement impersonnelle, bien loin des problématiques effectives des établissements. Elle est composée de personnes qui font des rapports et les classent ; c'est une société de télésurveillance. Et si toutefois on devait imaginer une intervention humaine, il ne s'agirait que de simples exécutants ou de simples assistants qui se réfèrent à des instructions, si jamais la situation devenait complexe. Et, en général, leur attitude est décrite comme fondamentalement désinvolte, voire cynique à l'endroit de ce qu'elles observent : « Il y a des bouquins qui parlent de ces choses. Des jeunots qui font des plaisanteries sur des vieilles personnes, par exemple qui se trouvent toutes nues dans un machin, etc. ».

Les aides-soignants ont du mal à visualiser qui opère derrière la vidéo-vigilance ; au mieux ils supputent des idées imprécises : « On ne sait pas qui s'en occupe ; je ne sais pas, je pense que c'est l'établissement qui a fait appel à une société de télésurveillance ; je pense que c'est la DRH ». Lorsqu'ils tentent de projeter des figures, ils retiennent principalement des images indéfinissables ou très souvent antagonistes. Ils décrivent ceux qui s'en occupent comme désagréables :

Parfois, on imagine que c'est une personne qui va prendre son temps pour vous expliquer s'il y a un problème ; on peut aussi imaginer que c'est une personne du type 'tu me casses les pieds et voilà, tu n'as que te démerder' ; c'est une personne qui vous dit, 'vous êtes des incapables'.

Ils les décrivent aussi comme cultivant une certaine forme d'exclusivisme, ou manifestant une certaine duplicité :

Elle n'est pas forcément dans un bureau, elle peut faire son travail partout et tout ; « on ne peut pas être dans la tête des autres. Elle pense : 'elles sont gentilles, toutes souriantes, ou alors elles sont chiantes'.

En tout cas, le mystère demeure, ce sont des personnes qui interrogent, bien que curieusement, elles puissent être impressionnées par ce que font les aides-soignants : « Elle pense qu'on fait du bon travail, un travail physique et puis c'est dur quand même. Elle nous voit, elle pense qu'elle-même ne peut pas faire ce travail ».

Les aidants proches ont une idée bien précise de la personne qui, selon eux, est derrière la vidéo-vigilance. Une idée peu glorieuse. Selon eux, il s'agit d'un technicien, bien loin de l'idée d'une quelconque empathie vis-à-vis des résidents. Ou pire, c'est clairement une personne prise par défaut, sans aucune spécialisation, ce qui lui permettrait d'interpréter les mouvements ou l'activité de tel résident dans tel cas de figure : « Tel que je connais l'esprit de nos concitoyens, on va mettre quelqu'un de seconde zone, on lui dit, tiens voilà un boulot, il va falloir faire ça et ça... ».

En d'autres termes, c'est une personne en décalage avec les exigences nécessaires pour comprendre la complexité d'un dispositif comme la vidéo-vigilance.

Au final, il en ressort une visualisation bien familière du dispositif, comme s'il n'était possible d'en parler que moyennant des formes sémantiques fortement culturalisées. La vidéo-vigilance est comme totalement référencée dans des imaginaires reconnaissables, qui ne surprennent pas. Et, à l'inverse de ce à quoi on aurait pu s'attendre, les points de résistances émis ne conduisent en aucun cas à une neutralisation référentielle.

Bien plus, il s'agit d'occasions supplémentaires pour augmenter encore un peu plus le champ de désignation, c'est-à-dire le champ des projections possibles qui décrivent ce dispositif en tant que désormais intégré dans la quotidienneté des EHPADs : c'est un dispositif technique ; c'est un dispositif instrumentalisé qui opère à la marge de l'établissement, souvent même en dehors ; c'est une plateforme systématique, qui traite des données ; c'est une spécialisation, c'est un alibi, etc.

Ces projections, nous pouvons l'établir désormais, opèrent au gré des scènes pratiques qui servent de points d'appui aux réactions des uns et des autres, des réactions non homogènes, même si elles ne sont pas incohérentes non plus. Il s'agit du même dispositif, à l'intérieur d'une même institution, des EHPADs sous la tutelle d'un même acteur, une caisse de retraite. En d'autres termes, s'il y avait à interroger ici un fait de signification, il porterait d'abord sur la nature même de ces scènes pratiques.

## II-2 - Les EHPADs, un espace hétéro-fonctionnel et une acceptabilité contrainte

La question revient à établir ce que nous aurions à induire très concrètement des EHPADs en tant que forme d'organisation. L'on observe d'emblée qu'il s'agit d'un espace hétérogène où opèrent diverses fonctions dont chacune ne coïncide que très peu avec les autres.

Les médecins coordonnateurs ont une fonction de régisseur, ou *a minima* de veille ; les aides-soignants occupent une fonction opérationnelle, garantir et contribuer au confort des résidents ; les résidents sont les habitants du lieu et les aidants proches n'ont d'autre relation qu'utilitaire avec l'EHPAD. Autrement dit, nous avons affaire à des fonctions purement thématiques, c'est-à-dire totalement disséminées, qui traduisent chacune une zone individuée d'intérêts. Dès lors, peu importe l'enjeu direct induit par l'avènement ou la présence de la vidéo-vigilance en tant que dispositif à l'adresse de l'EHPAD.

La question reste néanmoins celle de la part éthique par laquelle des acteurs ainsi définis en viennent à adhérer ou tout au moins à vivre la vidéo-vigilance comme acceptable. Procédons encore par illustration.

Un des griefs qui revient d'une part chez les médecins, d'autre part chez les aides-soignants est l'absence d'informations préalables sur le dispositif de vidéo-vigilance. L'on s'attendrait alors que, par sa nature partagée, un tel sujet induise au moins des convergences entre ces deux acteurs. Il n'en est rien. Pour les médecins, nous l'avons vu, le défaut d'informations sur la vidéo-vigilance traduit surtout l'absence consubstantielle de concertation des tutelles vis-à-vis des acteurs de terrain. Et pour les aides-soignants, regretter le défaut d'informations, nous l'avons vu aussi, c'est exprimer d'abord leur méfiance vis-à-vis d'une solution qui parvient en réalité à leur détriment : « est-ce que c'est une surveillance des salariés ? ou est-ce que c'est pour surveiller nos actions ? » soulignons-nous.

Il nous semble que c'est très précisément les fondements d'une telle absence de convergences entre acteurs au sein d'une même institution qu'il convient de questionner. Qu'en est-il exactement ?

Si, au final, le processus de l'acceptabilité de la vidéo-vigilance en EHPAD se résout ainsi, moyennant des réactions hétérogènes et non-convergentes, ces réactions ne sont en fait qu'un décalque des états ou des manières d'être primaires de ces acteurs en tant que position d'intérêt. La question serait, d'où vient que la vidéo-vigilance a été ainsi intégrée et acceptée sans délibération préalable ? La réponse est, parce que tel est en effet le mode d'être des EHPADs.

En tant qu'établissement spécialisé, les EHPADs se présentent surtout comme des institutions dotées d'une structure au sein desquelles se déploient des positions d'intérêt non convergentes. Il appartient à la caisse de retraite de ne surtout pas outrepasser ce mode d'être, c'est ce qui a été réalisé.



En administrant ainsi la vidéo-vigilance, la caisse de retraite n'a fait en réalité que régénérer les positions d'intérêt ainsi préalablement définies, c'est-à-dire dans leur non-convergence. Dès lors, si la question d'une éthique est à poser, elle ne peut l'être qu'en lien avec cette non-convergence. Ce n'est donc pas tant la présence ou l'avènement de la vidéo-vigilance en soi qui importe, ce qui est primordial, c'est la garantie que cette présence ou cet avènement aura en vue de maintenir aussi, c'est-à-dire en même temps, l'état de fait primaire qui caractérise les manières d'être et les manières de faire de chacune des catégories d'acteurs au sein des EHPADs.

En tant qu'institution, pourrions-nous conclure, les EHPADs se présentent comme une forme d'organisation dans laquelle chaque acteur opère en fin de compte comme ayant d'abord le souci de justifier sa position d'intérêt. Simplement, prises ensemble, ces positions ne sont pas convergentes. C'est de ce point de vue que se pose la question éthique.

Nous en venons à une des dernières investigations opérées pour cerner encore mieux le lien établi en EHPAD, avec ce dispositif de vidéo-vigilance.

### III – Impacts sur les acteurs

La question est celle des incidences que la présence ou l'avènement de la vidéo-vigilance dans les établissements aurait sur la manière d'être des résidents et sur les appréciations que leurs proches auraient désormais des établissements ainsi dotés ; et du coup, il s'agit aussi de voir quels impacts cette transformation aurait sur la vision que les médecins et les aides-soignants auraient désormais de leur activité. Comme pour les autres points, les positions défendues sont ici aussi en extrême cohérence avec les différences d'appréciation de chacun des acteurs.

Pour les résidents, alors qu'on aurait pu s'attendre à un sentiment d'intrusion, la caméra occupant ostensiblement un espace dans leur périmètre de vie, pour ne pas dire dans leur champ de vision, au final, il n'en est rien. Au mieux, ils indiquent y avoir pensé dès les premiers moments de leur arrivée, ou lorsqu'on l'avait installé pour ceux qui étaient déjà présents.

Peut-être au départ. Je me posais des questions, notamment quand je mangeais. J'ai pris de l'embonpoint depuis que je suis là ; je me disais est-ce qu'ils vont dire que j'ai pris de l'embonpoint parce que je mange, c'est des choses qui me passaient part la tête. Maintenant, je vais manger un gâteau, ça ne me gêne pas de manger quelque chose vers 21h-22h, si je n'arrive pas à trouver le sommeil.

Quelquefois aussi, en général suite à une expérience, ils accordent, mais *a minima*, qu'elle pourrait être utile : « Moi, j'ai trouvé au départ que ce n'était pas nécessaire et maintenant depuis que je suis tombé au troisième étage, ça aurait pu être utile pour me relever, parce que j'ai eu du mal à me relever ».

Mais, de manière générale, dans leur totalité, ils affirment qu'une telle présence ne modifie en rien leur manière de vivre : « Je m'en passerai, je suis toujours en alerte pour savoir si je peux tomber ou pas. Ça ne me gêne pas que la caméra me surveille ».

Il y aurait à noter qu'une telle attitude pourrait être aussi bien le fait de différentes explications rationnelles :

- Parce que le cadre même de l'Ehpad leur paraît déjà suffisant pour leur sûreté : « Pour moi, je suis dans une maison médicalisée, c'est une sécurité ici. Si je suis malade, il y a des docteurs, on prend en charge. La caméra, c'est comme si elle n'était pas là ».
- Parce que la fonction dédiée à la vidéo-vigilance ne leur semble pas plus optimale que celle les autres dispositifs disponibles pour leur sécurité : « Ça ne modifie rien,

parce que j'ai suffisamment d'éléments sécurisants par ailleurs, ça pour moi c'est superflu. J'en situe l'utilité là où je n'en ai pas besoin ».

- Parce que selon eux, leur état de validité ne nécessite pas l'intervention d'un tel dispositif : « Quand je suis arrivée, on m'a dit il y a ça et ça, c'est très bien, mais en fait l'alarme pour l'instant n'est pas utile, parce que j'estime que je suis très bien dans ma tête et j'ai du personnel qui m'assiste ».
- Parce que parfois ils estiment avoir d'autres urgences que le fait de penser qu'ils sont surveillés : « Elle ne me perturbe pas le quotidien. Il y a d'autres problèmes que celui-là, par exemple vendre ma maison... puis il faut vider ce qu'il y a dedans, il y a dix pièces à vider. Ça me fait mal au cœur ».

Bien plus, aucun ne milite à ce qu'on la retire, tout au contraire, ils savent même trouver les bonnes raisons pour la faire maintenir ;

- Parce que ça peut servir à d'autres personnes plus fragiles : « Pour moi c'est superflu, pour les autres personnes pas forcément. Vous avez des personnes dans les chambres, qui tombent, là c'est très utile ».
- Parce que ça reste quand même une prévision : « Je dis qu'elle est nécessaire obligatoirement, pour la nuit, s'il y a un incident, la journée, si un malade tombe de son lit, c'est important ».
- Parce qu'au final ce n'est pas vraiment gênant ; on n'y pense plus : « C'est comme si elle n'était pas là. Je fais ce que j'ai besoin de faire, sans m'apercevoir qu'elle était là ».

**Pour les aidants proches**, il s'agit d'entrée d'un dispositif positif, parce que fondamentalement rassurant et sécurisant, ce qui augmente d'autant leur sentiment de confiance aux établissements. Ceci est particulièrement renforcé chez les aidants dont les proches, au vu de leur état, n'ont pas conscience de la présence du dispositif :

J'imagine que la plupart des malades n'imaginent même pas qu'ils sont filmés en permanence. Je ne sais même pas s'ils parviennent à remarquer la présence de la caméra dans la chambre, je ne sais pas. Pour ma femme, je ne pense pas.

De manière générale, la connaissance qu'il existe un dispositif de vidéo-vigilance :

- les rend beaucoup plus sereins pour leur proche :  
Ça devrait apporter une certaine sécurité, sérénité. On sait très bien qu'une personne âgée peut tomber. C'est sécurisant de penser que les gens étant en permanence « surveillés », entre guillemets, il ne peut pas y avoir ce type de risque ;
- les conduit à accorder plus de crédit à l'organisation de l'établissement : « Pour nous les proches, ça apporte une relative confiance dans la bonne prise en compte des problèmes des malades » ;
- les conduit à percevoir l'établissement comme beaucoup plus sûr, en tant qu'espace réservé ... : « Ça permet de s'assurer que s'il y a une intrusion, ça permet de savoir » ;
- ... et en tant que lieu de veille pour leur proche : « Il y a des personnes dans l'établissement qui sont plus ou moins atteintes et qui se promènent dans les couloirs. Il y a 50 % de bénéfiques pour la sécurité de manière générale ».

**Pour les médecins**, l'impact de la vidéo-vigilance sur leur activité est évident.

- C'est un impact diagnostic, notamment l'assurance de valider des constats dès que nécessaire : « Je trouve que ça a un impact diagnostic. On peut regarder des

images. Ils se réunissent et je demande à avoir à voir les images. Il y avait un résident qui tombait tout le temps ».

Elle peut aussi servir de recours pour lever des situations conflictuelles, autrement dit il peut jouer une fonction managériale.

- Par exemple en tant qu'attestation : « Une fois on a eu une famille qui a demandé expressément qu'on regarde les images ; on avait peur de ce qu'on allait voir » ;
- Par exemple aussi dans une visée de clarification ou de délibération : « Je souhaiterais que ça soit plus utilisé, que ça soit plus facile. Je sais par exemple que les directeurs l'ont utilisé par deux fois pour lever des soupçons de vol ».

Néanmoins, des médecins sont aussi conscients qu'il s'agit là d'une limite, car en général ceci n'est pas la fonction annoncée de la vidéo-vigilance. Du coup, certains n'en font pas usage.

Le problème c'est que nous, la vidéo-vigilance ne nous a jamais été présentée à visée diagnostic. En fait, c'est là, ça n'intervient pas dans mon management avec les équipes. » Mais bien évidemment certains regrettent que cela ne soit pas le cas. « Ça pourrait être un outil dans l'implication des personnels.

**Pour les soignants enfin**, l'impact de la vidéo-vigilance sur leur activité est clairement prégnant, à en croire que c'est la première évaluation qu'ils en font.

- Elle a un impact sur la lecture que les soignants ont du contrat de confiance qui les lie à leur hiérarchie. Ils se sentent surveillés et même espionnés : « Instantanément, on se dit on est espionné. On se dit on va faire gaffe, ne pas faire trop de bêtises ; ça fait un peu flicage » ;
- Elle a un impact sur l'organisation de leur activité, surtout que certains résidents décident d'en jouer : « Il y en a qui en jouent pour que si tu devais passer 30 minutes avec eux, tu en passes 1 heure. Ils font exprès. Parfois ça ne marche pas, tu te dis, je ne vais pas rester là pour assouvir ses caprices » ;
- elle a un impact sur les interactions construites entre les soignants et les résidents : « Il y a des personnes qui savent que ça filme et tout, elles vont en profiter, elles vont te pousser à bout et tu vas essayer de te calmer » ;
- et elle a aussi un impact sur les relations construites entre les soignants eux-mêmes : « C'est un moyen par rapport aux salariés aussi, c'est comme si on était fliqué, mais il faut parce qu'il peut y avoir des soucis avec des collègues tout ça et la caméra, ça peut aider ».

Cela dit, il y a à souligner néanmoins que ces sentiments de méfiance et de défiance ne sont pas pérennes. Les soignants finissent par ne plus faire attention avec le temps, ou parce qu'ils ont obtenu les raisons de sa présence : « Franchement au début quand je venais d'arriver, c'était chaud quand même [...] ça ne me gêne plus du moment où on comprend pourquoi c'est là ».

Mais il arrive aussi que ce soit du seul fait de leur self-control, rejetant l'impression de frilosité aux autres : « Franchement, je sais qu'il y a des caméras, je passe outre. Je veux rester comme je suis [...] Si ça gêne des salariés, c'est qu'elles ont quelque chose à se reprocher ».

## Conclusion

Au final, nous avons ici surtout un corpus. Le choix de procéder par une observation de terrain, en portant le regard sur le quotidien effectif des EHPADs en tant que forme d'organisation, c'est-à-dire en révélant leur statut empirique, a l'avantage de prévoir, presque de prédire, le principe signifiant qui les organise quelle qu'en soit la variation. Pour nos EHPADs, nous l'avons vu, ce principe est dû au mode d'être de ces établissements,

c'est-à-dire en tant qu'espace hétéro-fonctionnel. Il en est ainsi des jeux d'interactions qui y résident.

Pour chacun des acteurs, il s'agit d'abord de traduire sa zone d'intérêt, ce que nous avons défini comme une forme primaire. Nous avons tenté de montrer en quoi la part éthique structurante de l'acceptabilité de la vidéo-vigilance a foncièrement partie liée avec la régénération de cette forme primaire.

## Références

- Abélès, M. (1994). *Pour une anthropologie des mondes contemporains*. Paris, Aubier.
- \_\_\_\_\_ (1995). « Pour une anthropologie des institutions ». In, *L'Homme*, 1995, tome 35 n° 135. La formule canonique des mythes. pp. 65-85 ;  
[http://www.persee.fr/doc/hom\\_0439-4216\\_1995\\_num\\_35\\_135\\_369951](http://www.persee.fr/doc/hom_0439-4216_1995_num_35_135_369951)
- Courtés J. (1991). *Analyse sémiotique du discours – de l'énoncé à l'énonciation*. Paris, Hachette.
- Herzfeld, M. (1992). *The Social Production of Indifference*. Chicago, The University of Chicago Press.
- Piette A., (2009). *Anthropologie existantiale*. Paris, Pietra