



Autorité de protection des données  
Gegevensbeschermingsautoriteit

## Avis n° 73/2025 du 29 août 2025

**Objet: Demande d'avis concernant un avant-projet de loi *exécutant une politique renforcée de retour au travail en cas d'incapacité de travail*** (CO-A-2025-068)

**Mots-clés :** Certificats électroniques d'incapacité de travail – obligation du médecin traitant de remplir et de transmettre un certificat électronique d'incapacité de travail – base de données GAOCIT – datamining (exploration de données) – profilage – « *comportement de prescription inapproprié* » – « *usage inapproprié de la relation thérapeutique* » – principe de limitation des finalités – principe de minimisation des données – pseudonymisation

### Version originale

Le Service d'Autorisation et d'Avis de l'Autorité de protection des données (ci-après « l'Autorité ») ;

Vu la loi du 3 décembre 2017 *portant création de l'Autorité de protection des données*, en particulier ses articles 23 et 26 (ci-après « LCA ») ;

Vu le règlement (UE) 2016/679 *du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE* (ci-après « RGPD ») ;

Vu la loi du 30 juillet 2018 *relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel* (ci-après « LTD ») ;

Vu la demande d'avis de Monsieur Frank Vandenbroucke, Vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la lutte contre la pauvreté (ci-après « le demandeur »), reçue le 3 juin 2025 ;

Vu les informations complémentaires reçues les 27 juin, 3, 7 et 29 juillet 2025 ;

Émet, le 29 août 2025, l'avis suivant :

*L'Autorité ne publie en français et en néerlandais que les avis concernant les projets ou propositions de textes de rang de loi émanant de l'Autorité fédérale, de la Région de Bruxelles-Capitale ou de la Commission Communautaire Commune. La « Version originale » est la version qui a été validée.*

## I. OBJET ET CONTEXTE DE LA DEMANDE D'AVIS

1. En date du 3 juin 2025, le demandeur a sollicité l'avis de l'Autorité sur l'article 13 d'un avant-projet de loi *exécutant une politique renforcée de retour au travail en cas d'incapacité de travail* (ci-après l'« avant-projet »).
2. L'avant-projet met en œuvre le plan de renforcement de la politique de Retour Au Travail, lequel s'inscrit dans le plan global du gouvernement pour la prévention et la réinsertion des malades de longue durée, qui consiste à responsabiliser davantage les différents acteurs concernés. L'avant-projet entend ainsi apporter plusieurs modifications à la loi *relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994* (ci-après la « loi du 14 juillet 1994 ») et est composé de quatre chapitres<sup>1</sup>. L'article 13, soumis pour avis, fait partie du chapitre 4 qui est intitulé « *Collecte de connaissances sur base des données des certificats d'incapacité de travail envoyés électroniquement* » et qui s'inscrit principalement dans le cadre de la responsabilisation des médecins traitants quant à l'acte médical de prescription d'incapacité de travail mais aussi, dans une moindre mesure, dans le cadre de la responsabilisation des bénéficiaires du droit aux indemnités visés par l'avant-projet<sup>2</sup>, quant à leur usage de la relation thérapeutique.
3. C'est dans ce contexte que **l'article 13 de l'avant-projet** entend **insérer un nouvel article 13/3** dans la loi du 14 juillet 1994 afin de **créer une nouvelle base de données**, dénommée « GAOCIT », dès le 1<sup>er</sup> octobre 2025<sup>3</sup>, qui sera gérée par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (ci-après l'« INAMI »). L'article 13/3, §1 en projet prévoit que cette nouvelle base de données reprendra les **données** mentionnées au paragraphe 2<sup>4</sup> **issues des certificats électroniques d'incapacité de travail des travailleurs salariés et indépendants ainsi que des conjoints aidants** que les « *médecins traitants* »<sup>5</sup> rédigeront à l'attention de l'organisme assureur, et le cas échéant, de l'employeur des personnes précitées. L'article 13/3, §3, alinéa 1, en projet, de la loi du 14 juillet 1994, entend définir les **objectifs** poursuivis par le traitement des données qui seront enregistrées dans la base de données GAOCIT, à savoir, en substance, (1) la collecte de connaissances sur le comportement de prescription des médecins traitants, en fonction des critères qui y sont énoncés, afin d'éviter ou de remédier, selon le cas, à un « *comportement*

---

<sup>1</sup> Le chapitre 2 concerne la responsabilisation renforcée des titulaires reconnus en incapacité de travail en fonction de leur potentiel de travail et le chapitre 3 concerne la responsabilisation renforcée des organismes assureurs.

<sup>2</sup> Il s'agit des bénéficiaires du droit aux indemnités mentionnés à l'article 86, §1<sup>er</sup> de la loi du 14 juillet 1994 et à l'article 3 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 *instituant une assurance indemnité et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants*. Sont ainsi visés tous les assurés sociaux qui ont un droit potentiel aux indemnités d'incapacité de travail à charge de l'assurance indemnités.

<sup>3</sup> Voir l'article 15 de l'avant-projet qui prévoit l'entrée en vigueur du chapitre 4 de celui-ci le 1<sup>er</sup> octobre 2025.

<sup>4</sup> Dont notamment la date de début et la date de fin de la période d'incapacité de travail et le diagnostic ou la pathologie.

<sup>5</sup> Il s'agit des médecins généralistes. Voir aussi le point 5 ci-dessous.

*de prescription inapproprié* » et, (2) la collecte de connaissances sur la relation thérapeutique que les bénéficiaires du droit aux indemnités entretiennent avec un ou plusieurs médecins traitants en cas de prescription de période d'incapacité de travail, afin d'éviter ou de remédier, selon le cas, à un « *usage inapproprié de cette relation thérapeutique* ».

4. A cette fin, **l'article 14 de l'avant-projet** entend **modifier l'article 88 de la loi du 14 juillet 1994** afin d'y insérer un nouvel alinéa<sup>6</sup> qui prévoit **l'obligation** pour le médecin généraliste qui prescrit une **incapacité de travail dont la durée dépasse 14 jours ou une prolongation** de l'incapacité de travail déjà reconnue de rédiger un certificat électronique d'incapacité de travail et de **l'envoyer au médecin-conseil de manière électronique** par le biais de la plateforme eHealth. Ledit article 14 introduit aussi une **limite maximale à trois mois** à toute période d'incapacité de travail pouvant être prescrite.
5. Il ressort de l'Exposé des motifs et des informations complémentaires reçues que la base de données GAOCIT s'appuie sur le projet Mult-eMediatt<sup>7</sup>, qui fait partie de la plateforme eHealth et qui permettra d'alimenter ladite base de données avec les données issues des certificats électroniques d'incapacité de travail qui seront transmis au moyen de la « *solution technique découlant du projet Mult-eMediatt* ». Dans un premier temps, l'obligation de communication du certificat électronique d'incapacité de travail incombera aux médecins généralistes en tant que médecin traitant pour les certificats qu'ils rédigeront à l'attention de l'organisme assureur. Dans une seconde itération du développement du projet Mult-eMediatt, une telle obligation de communication sera étendue aux certificats que le médecin généraliste rédigera à l'attention des employeurs et ce, dès le premier jour de l'incapacité de travail. L'Exposé des motifs et les informations complémentaires reçues précisent encore que, dans une itération ultérieure du projet Mult-eMediatt, il est prévu d'étendre

---

<sup>6</sup> « *Si l'avis rédigé par le médecin généraliste à l'attention du médecin-conseil concerne une incapacité de travail dont la durée dépasse quatorze jours ou une prolongation de l'incapacité de travail déjà reconnue, les données de cet avis, fixées par le Comité de gestion du Service des indemnités, sont transmises par le médecin généraliste à l'aide d'un procédé électronique, dans les conditions fixées en exécution de l'article 5, 4<sup>o</sup>, a) de la loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth et portant diverses dispositions.* ». L'article 5, 4<sup>o</sup>, a) de la loi précitée concerne une des missions de la plate-forme eHealth qui vise à concevoir, gérer, développer et mettre gratuitement à la disposition des acteurs des soins de santé, sous forme standard, des services de base susceptibles d'aider les acteurs, comme une plate-forme de collaboration pour l'échange électronique de données sécurisé, y compris un système pour l'organisation et le logging des échanges électroniques de données, et un système d'accès électronique aux données. Selon les informations complémentaires reçues, la plateforme eHealth joue le « *rôle de distributeur du certificat électronique vers le bon destinataire* ».

<sup>7</sup> Il ressort des informations complémentaires reçues que le projet Mult-eMediatt a pour objectif d'offrir une simplification administrative aux médecins généralistes en leur évitant de devoir remplir plusieurs certificats d'incapacité de travail à la fois à la fin de la consultation avec des modèles différents. Le demandeur précise que dans une première phase, les données des certificats électroniques seront envoyées par le médecin traitant, via la plate-forme eHealth, au Collège intermutualiste national (CIN), qui les transmettra, d'une part, à l'organisme assureur auquel l'assuré social est affilié ou inscrit et, d'autre part, à l'INAMI, après avoir filtré les données desdits certificats pour que seules les données décrites à l'article 13/3, §2 en projet ne soient communiquées à la base de données GAOCIT. Dans une deuxième phase, le médecin traitant enverra, via la plateforme eHealth, directement et en même temps, le certificat électronique au CIN et à l'INAMI en tenant compte du fait que ce dernier ne recevra que les données mentionnées à l'article 13/3, §2 en projet. Ainsi, selon la catégorie de destinataires concernée par le certificat électronique d'incapacité de travail (médecins-conseils de l'organisme assureur, employeurs, base de données GAOCIT) « *est lié un set de données spécifiques en fonction de la base juridique du secteur concerné (Dataset employeur sans diagnostic, Dataset organisme assureur avec diagnostic, Dataset Base de données GAOCIT avec les données reprises dans l'avant-projet de loi, ...)* ».

cette obligation de transmission électronique aux médecins spécialistes lorsqu'ils pourront utiliser le circuit électronique mis en place par le projet Mult-eMediatt.

6. L'Exposé des motifs indique également qu'« [a]fin de prendre les mesures préventives et correctives appropriées dans le cadre de l'incapacité de travail, il est en effet important de disposer de suffisamment de connaissances sur, d'une part, le nombre de cas dans lesquels une incapacité de travail est constatée par un médecin traitant en tenant compte de la taille et de la population de patients de son cabinet médical, et d'autre part, la durée précise de l'incapacité de travail, liée au diagnostic ou à la pathologie constatée chez le patient, prescrite par ce médecin traitant. Il est également important d'acquérir les connaissances nécessaires sur le nombre de médecins traitants qu'un assuré social consulte dans le cadre de la relation thérapeutique qu'il entretient avec ces médecins en raison de son incapacité de travail si elle donne lieu à prescription d'une période d'incapacité de travail. L'Exposé des motifs précise encore que l'acquisition des connaissances, telle qu'envisagée par l'avant-projet, permettra de « développer des outils d'autogestion pour les médecins, en leur permettant de comparer et d'adapter leur propre comportement de prescription avec des « normes » scientifiquement fondées et le comportement de prescription de leurs collègues dans une même région ». De plus, il ressort des informations complémentaires transmises par le demandeur que la base de données GAOCIT est un « instrument » qui permettra de faire face aux défis majeurs que pose l'évolution importante de l'incapacité de travail en *soutenant* « le secteur en vue notamment d'optimiser le processus décisionnel en matière d'évaluation de l'incapacité de travail » et « les différents acteurs de première ligne (dont les médecins prescripteurs de l'incapacité de travail et les médecins-conseils dans le cadre de leur expertise), en renforçant leurs connaissances en matière de pratiques liées à la prescription de l'incapacité de travail » et en permettant à l'INAMI de « réguler à plus grande échelle ce secteur afin de soutenir ses médecins dans l'organisation ciblée d'exams médicaux de contrôle ».
7. A la lumière de l'Exposé des motifs, de l'Accord du gouvernement et des informations complémentaires reçues<sup>8</sup>, l'Autorité comprend que la base de données GAOCIT va permettre (1) d'alimenter les standards scientifiques déjà disponibles en matière de prescription d'incapacité de travail avec de l'« *evidence-based* » propre à la Belgique, et (2) de mettre en place une procédure de data-mining qui va cibler/identifier les éventuels comportements de prescription problématiques en la matière/qui ne correspondent pas à la « norme » (ci-après les « *comportements de prescription inappropriés* ») ou les « *usages inappropriés de la relation thérapeutique* », et ce afin de permettre

---

<sup>8</sup> Interrogé sur la manière concrète dont le datamining sera réalisé à l'égard des bénéficiaires du droit aux indemnités, le demandeur a répondu qu'« en fonction des données disponibles dans la base de données, pour les bénéficiaires du droit aux indemnités, le nombre de certificats d'incapacité de travail transmis par le médecin traitant pour un même bénéficiaire, de même que le nombre de médecins traitants consultés par le même bénéficiaire feront l'objet d'un relevé, lequel sera analysé afin d'identifier les éventuels comportements prescriptifs problématiques ou les usages inappropriés de la relation thérapeutique ».

au Conseil médical de l'invalidité et aux inspecteurs sociaux du Service d'évaluation et de contrôles médicaux d'exercer leurs missions respectives de contrôle<sup>9</sup>. Selon la compréhension de l'Autorité, le datamining sera effectué au moyen d'un système algorithmique et impliquera donc l'utilisation d'un système d'intelligence artificielle.

8. Par ailleurs, l'Autorité a connaissance d'un rapport d'activités de 2024 émis par le Collège national de médecine d'assurance sociale en matière d'incapacité de travail<sup>10</sup> qui expose notamment les activités d'un groupe de travail relatif aux « *Interactions entre l'intelligence artificielle et l'évaluation de l'incapacité de travail* ». Il en ressort que ce groupe de travail a été créé afin d'exploiter les opportunités offertes par l'intelligence artificielle dans l'évaluation de l'incapacité de travail et que les objectifs principaux de ce groupe de travail sont :
- « *Analyser les apports de l'IA pour améliorer les processus d'évaluation des capacités fonctionnelles, tout en garantissant une approche éthique et centrée sur l'humain ;*
  - *Proposer des recommandations stratégiques pour une intégration responsable et efficace de l'IA dans les systèmes de médecine de sécurité sociale ;*
  - *Collaborer à l'échelle européenne, en prenant appui sur des initiatives telles que l'AI Act et l'European Health Data Space, pour harmoniser les pratiques et renforcer la confiance des parties prenantes. »*

Si l'avant-projet est en lien avec les travaux de ce groupe de travail, cela aurait été utile pour la compréhension et la justification de celui-ci d'inclure les conclusions de ces travaux dans l'Exposé des motifs.

9. Concrètement, l'avant-projet prévoit que ladite base de données sera accessible aux et utilisée par les services suivants de l'INAMI : le Service des indemnités, le Service des soins de santé et le Service d'évaluation et de contrôles médicaux pour l'exercice de leurs missions légales respectives.

## II. EXAMEN DE LA DEMANDE

---

<sup>9</sup> Voir l'article 13/3, §4, alinéa 2, en projet de la loi du 14 juillet 1994 qui se réfère aux missions du Conseil médical de l'invalidité en vertu de l'article 82, alinéa 2 de la loi précitée et aux missions des inspecteurs sociaux du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, en vertu de l'article 139, alinéa 4 de la même loi. L'article 82, alinéa 2, précité, concerne le pouvoir de décision du Conseil médical de l'invalidité relatif à l'état d'incapacité de travail en exécution des articles 90, alinéa 3 et 94 de ladite loi. L'article 90, alinéa 3, confère aux médecins dudit Conseil la compétence de pouvoir, à partir du premier jour du septième mois de la période d'incapacité primaire (c'est-à-dire la première année d'incapacité), de constater la fin de l'incapacité de travail. L'article 94 de la loi du 14 juillet 1994 concerne les missions du Conseil médical de l'invalidité en matière d'invalidité, c'est-à-dire après la première année d'incapacité de travail. L'article 139, alinéa 4 précité, prévoit que le Service d'évaluation et de contrôles médicaux est chargé notamment de contrôler les prestations de l'assurance soins de santé sur le plan de la réalité et de la conformité aux dispositions de la présente loi, de ses arrêtés et règlements d'exécution et des conventions et accords conclus en vertu de cette même loi et d'assurer le contrôle médical des prestations de l'assurance indemnités et de l'assurance maternité.

<sup>10</sup> [https://socialsecurity.belgium.be/sites/default/files/content/docs/fr/activites-internationales/20241218\\_rapport\\_2024\\_fr.pdf](https://socialsecurity.belgium.be/sites/default/files/content/docs/fr/activites-internationales/20241218_rapport_2024_fr.pdf)

## 1. Base de licéité

10. Pour qu'un traitement de données à caractère personnel soit licite, il doit être fondé sur une des bases de licéité prévues à l'article 6.1 du RGPD. Les traitements de données qui sont mis en place par une norme légale sont presque toujours basés sur l'article 6.1.c) (respect d'une obligation légale) ou e) (exécution d'une mission d'intérêt public ou relevant de l'exercice de l'autorité publique) du RGPD.
11. Aux termes de l'article 13/3, §1<sup>er</sup> en projet, il est créé au sein de l'INAMI, une base de données GAOCIT « *contenant les données décrites au paragraphe 2 des certificats électroniques d'incapacité de travail envoyés à l'organisme assureur et, le cas échéant, à l'employeur par les médecins traitants des bénéficiaires du droit aux indemnités mentionnés à l'article 86, §1 et à l'article 3 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants.* » (Souligné par l'Autorité)
12. En prévoyant que la base de données GAOCIT « contient » des données issues des certificats électroniques d'incapacité de travail, cette disposition constitue la base de licéité des traitements de données effectués en vue de la centralisation des données au sein de la base de données GAOCIT. Cette base de données sera donc alimentée par les données issues des certificats électroniques d'incapacité de travail que le médecin traitant enverra à l'attention de l'organisme assureur et, le cas échéant, de l'employeur concerné. Ce qui suppose que le médecin traitant soit obligé de rédiger un certificat d'incapacité de travail de manière électronique et de le transmettre par voie électronique aux organismes assureurs et employeurs concernés. Selon les informations complémentaires reçues, le certificat électronique d'incapacité de travail sera rédigé par le médecin traitant à partir de son logiciel à l'attention de l'organisme assureur et, le cas échéant, de l'employeur du bénéficiaire du droit aux indemnités et sera communiqué simultanément à ces destinataires et à l'INAMI, au moyen de la plateforme eHealth (projet Mult-eMediatt). L'avant-projet **entend donc imposer la rédaction par le médecin traitant de certificats d'incapacité de travail de manière électronique** (indépendamment de la durée de l'incapacité de travail prescrite) et **leur transmission de manière électronique au moyen de la plateforme eHealth aux destinataires concernés** : ce qui constitue un **changement important** par rapport au droit positif actuel<sup>11</sup> et **ne ressort pas de manière suffisamment claire ni du dispo-**

---

<sup>11</sup> Actuellement, le médecin traitant peut transmettre au médecin-conseil certains certificats d'incapacité de travail par voie électronique au moyen de la plateforme eHealth, pour autant que le patient ait donné son consentement. Voir le règlement de l'INAMI adopté par le comité de gestion du Service des indemnités en application de l'article 80, §1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup> de la loi du 14 juillet 1994 pour les salariés ([https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/mult\\_eMediatt\\_regime\\_salarie\\_independants.pdf](https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/mult_eMediatt_regime_salarie_independants.pdf)) et l'article 53 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants.

**sitif de l'avant-projet ni de l'Exposé des motifs.** En effet, selon les informations complémentaires reçues, l'article 14 de l'avant-projet<sup>12</sup> entend prévoir l'obligation incombant au médecin traitant qui rédige un certificat électronique d'incapacité de travail dont la durée dépasse 14 jours ou une prolongation de l'incapacité de travail déjà reconnue à l'attention du médecin-conseil, de le transmettre, par le biais de la plate-forme eHealth. Ce faisant, l'article 14 de l'avant-projet entend constituer la base de licéité de la communication par voie électronique du certificat électronique d'incapacité de travail concerné par le médecin généraliste au médecin-conseil mais n'établit pas, en tant que telle, d'obligation à charge du médecin traitant de rédiger un certificat d'incapacité de travail de manière électronique. Et, ledit article 14 de l'avant-projet ne constitue pas la base de licéité pour la communication du certificat électronique d'incapacité de travail par ce médecin à l'INAMI. En l'état actuel, l'avant-projet ne prévoit **pas d'obligation à charge du médecin traitant de communiquer à l'INAMI le certificat électronique d'incapacité de travail** (qu'il a rédigé à l'attention de l'organisme assureur et, le cas échéant, de l'employeur) par voie électronique, au moyen de la plateforme eHealth. Dans ces conditions, il conviendra de **remédier à cette lacune** dans l'avant-projet afin d'assurer une base de licéité à la communication par le médecin traitant du certificat électronique d'incapacité de travail à l'INAMI.

13. L'article 14 de l'avant-projet prévoit qu'il revient au Comité de gestion du Service des indemnités de « fixer » les données du certificat électronique d'incapacité de travail (que le médecin généraliste a rédigé à l'attention du médecin-conseil) qui seront transmises à la base de données GAOCIT, à l'aide de la plateforme eHealth. L'utilisation d'un tel terme (« fixer ») pourrait être interprétée comme laissant une marge d'appréciation au Comité de gestion visé pour déterminer les données à caractère personnel qui seront communiquées à la base de données GAOCIT. Or, d'une part, les catégories de données à caractère personnel qui seront centralisées dans ladite base de données constituent un élément essentiel qui doit être déterminé par l'avant-projet, en application du principe de légalité. D'autre part, l'Autorité relève que selon le Conseil d'Etat, l'attribution d'un pouvoir réglementaire à un organisme public, tel que l'INAMI, n'est pas conforme aux principes généraux de droit public<sup>13</sup>. Il conviendra dès lors de **clarifier** l'article 14 de l'avant-projet sur ce point.

---

<sup>12</sup> Voir l'observation au point 13 ci-dessous.

<sup>13</sup> Voir notamment l'avis 70.897/3 du 28 mars 2022 sur un projet d'arrêté royal « relatif à l'identification et l'enregistrement de certains ongulés, des volailles, des lapins et de certains oiseaux », point 8.2 : « *L'attribution d'un pouvoir réglementaire à un organisme public, comme l'AFSCA, n'est en principe pas conforme aux principes généraux de droit public en ce qu'il est ainsi porté atteinte au principe de l'unité du pouvoir réglementaire et qu'un contrôle parlementaire direct fait défaut. Cette observation vise d'autant plus l'attribution d'un pouvoir réglementaire à des organismes privés tels que les associations de lutte contre les maladies des animaux.*

*En outre, les garanties dont est assortie la réglementation classique, telles que celles en matière de publication, de contrôle préventif exercé par le Conseil d'Etat, section de législation, et de rang précis dans la hiérarchie des normes, sont absentes. Pareilles délégations ne se justifient dès lors que dans la mesure où elles sont très limitées et ont un caractère non politique, en raison de leur portée secondaire ou principalement technique. Les organismes qui doivent appliquer la réglementation concernée doivent être soumis à cet égard tant à un contrôle juridictionnel qu'à un contrôle politique. [...]*».

14. L'Autorité constate également que l'article 14 de l'avant-projet se réfère au « *médecin généraliste* » alors que l'article 13 de celui-ci se réfère au « *médecin traitant* ». Par souci de cohérence et afin d'améliorer la prévisibilité de l'avant-projet, il conviendrait d'**harmoniser** la terminologie. L'Autorité relève aussi que l'article 14 de l'avant-projet utilise le terme « *avis* » afin de désigner le certificat électronique d'incapacité de travail<sup>14</sup>. Afin de renforcer la prévisibilité de l'avant-projet, il y a lieu de se référer à cette dernière expression, en lieu et place du terme « *avis* ».
15. En outre, dans la mesure où les traitements de données à caractère personnel envisagés par l'avant-projet concernent des données concernant la santé des bénéficiaires du droit aux indemnités, ces traitements de données doivent, en plus d'être fondés sur une base de licéité au sens de l'article 6.1. Du RGPD, relever de l'une des dix exemptions prévues à l'article 9.2 du RGPD<sup>15</sup> et, le cas échéant, être assortis de mesures spécifiques et appropriées nécessaires. Parmi ces mesures, l'Autorité relève que l'article 9.3 du RGPD - pour autant que la collecte en cause puisse être fondée sur l'article 9.1.h) du RGPD - prévoit que les données concernées ne peuvent être traitées que notamment par un professionnel de la santé soumis à une obligation de secret professionnel conformément au droit applicable, ou par une autre personne également soumise à une obligation de secret conformément au droit applicable. Il reviendra dès lors à l'INAMI, en tant que responsable du traitement, de s'assurer que tel sera bien le cas tant pour ce qui concerne la création et l'alimentation de la base de données GAOCIT que pour l'utilisation de celle-ci à des fins de détection des éventuels « comportements de prescription inappropriés » ou d'« usages inappropriés de la relation thérapeutique ». De plus, en exécution de l'article 9.4 du RGPD, l'article 9, 1° de la LTD prévoit notamment que « *les catégories de personnes ayant accès aux données à caractère personnel, sont désignées par le responsable du traitement ou, le cas échéant, par le sous-traitant, avec une description précise de leur fonction par rapport au traitement des données visées* ».

## 2. Principes de nécessité, de proportionnalité, de légalité et de prévisibilité

16. L'Autorité rappelle que tout traitement de données à caractère personnel constitue une ingérence dans le dans le droit au respect de la privée et dans le droit à la protection des données à caractère personnel, consacré à l'article 8 de la CEDH et à l'article 22 de la Constitution. Une telle ingérence n'est admissible que si elle répond à un besoin social impérieux dans une société démocratique et est proportionnée à l'objectif d'intérêt général qu'elle poursuit. L'auteur d'une norme encadrant un traitement de données à caractère personnel doit être à même de démontrer la réalisation de cette analyse préalable de nécessité et de proportionnalité.

<sup>14</sup> Selon les informations complémentaires transmises par le demandeur, l'intention est bien de se référer au certificat électronique d'incapacité de travail rédigé par le médecin traitant.

<sup>15</sup> Voy. GEORGIEVA, L. et KUNER, C., "Article 9. Processing of special categories of personal data" in KUNER, C., BYGRAVE, L.A. and DOCKSEY, C., *The EU General Data Protection Regulation (GDPR). A Commentary*, Oxford University Press, Oxford, p. 37 ; voy. également la décision quant au fond n°76/2021, point 33.

17. Si la **nécessité** du traitement de données à caractère personnel est démontrée, il faut par ailleurs encore démontrer que celui-ci est **proportionné** (au sens strict) à l'objectif qu'il poursuit, c'est-à-dire qu'il existe un **juste équilibre entre les différents intérêts en présence, droits et libertés des personnes concernées** ; en d'autres termes, il y a lieu de vérifier que les inconvénients causés par le traitement tel qu'il est envisagé ne sont pas démesurés par rapport à l'objectif poursuivi.
18. En plus de devoir être nécessaire et proportionné, conformément à l'article 6.3 du RGPD, lu à la lumière du considérant 41 du RGPD, le traitement de données à caractère personnel jugé nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public ou relevant de l'exercice de l'autorité publique dont est investi le responsable du traitement doit être **régi par une réglementation qui soit claire et précise et dont l'application doit être prévisible** pour les personnes concernées. En d'autres termes, la réglementation qui encadre des traitements de données ou dont la mise en oeuvre implique des traitements de données doit répondre aux exigences de prévisibilité et de précision, de sorte que les personnes concernées puissent entrevoir clairement les traitements qui seront faits de leurs données et les circonstances dans lesquelles ces traitements sont autorisés. En outre, selon l'article 22 de la *Constitution*, il est nécessaire que les « éléments essentiels » du traitement de données soient définis au moyen d'une norme légale formelle.
19. Lorsque les traitements de données engendrent une **ingérence particulièrement importante** dans les droits et libertés des personnes concernées, comme cela est le cas en l'espèce (voir le point 20 ci-dessous), une telle ingérence importante implique que les **éléments essentiels** du traitement de données à caractère personnel suivants doivent être mentionnés dans une **norme législative** : la (les) finalité(s) précise(s) et concrètes<sup>16</sup>, l'identité du (des) responsable(s) du traitement (sauf si c'est évident), les (catégories) de données qui sont nécessaires à la réalisation de cette (ces) finalité(s), le délai de conservation des données<sup>17</sup>, les catégories de personnes concernées dont les données seront traitées, les (catégories de) destinataires auquel(le)s les données seront communiquées<sup>18</sup> et les circonstances dans lesquelles elles leur seront communiquées.
20. La création de la base de données GAOCIT, telle qu'envisagée par l'avant-projet, visant à collecter et centraliser une quantité massive de données, au sein de l'INAMI, ainsi que son utilisation à des fins de datamining et de génération de résultats statistiques quant au comportement des médecins

---

<sup>16</sup> Voir également l'article 6.3) du RGPD.

<sup>17</sup> La Cour constitutionnelle a reconnu que "le législateur (...) pouvait régler de manière générale [la] conservation des données à caractère personnel, ainsi que la durée de cette conservation", Arrêt n° 29/2018 du 15 mars 2018, point B.23.

<sup>18</sup> Voir par exemple, Cour constitutionnelle, Arrêt n° 29/2018 du 15 mars 2018, point B.18, et Cour constitutionnelle, Arrêt n° 44/2015 du 23 avril 2015, points B.36.1 e.s.

traitants et des bénéficiaires du droit aux indemnités, constituent une **ingérence particulièrement importante** dans les droits et libertés des personnes concernées (médecins traitants et bénéficiaires du droit aux indemnités) pour les motifs suivants :

- la base de données contiendra des **données relatives à la santé** (qui relèvent d'une catégorie particulière de données au sens de l'article 9 du RGPD) qui concernent notamment des personnes se trouvant dans une **situation vulnérable** au motif que leur état de santé ne leur permet pas de travailler ;
- le datamining qui sera réalisé sur la base des données enregistrées dans ladite base de données peut conduire à des **conséquences négatives ou dommageables tant pour le médecin traitant concerné** (information quant à son comportement de prescription en matière de certificat d'incapacité de travail, contrôle (renforcé /surveillance) et, le cas échéant, sanction financière) que pour **le bénéficiaire du droit aux indemnités** (contrôle quant à son état d'incapacité de travail et perte éventuel du droit aux indemnités);
- la centralisation d'une quantité massive de données au sein de l'INAMI, qui est l'organisme de contrôle des prestations de l'assurances indemnités engendre des **risques élevés** pour les droits et libertés des personnes concernées, dont notamment les risques de détournement de finalités (risque de « fonction creep ») et de « glissement » vers une société de surveillance<sup>19</sup> ;
- l'utilisation d'algorithmes dans le cadre du datamining, tel qu'envisagé, afin de cibler les contrôles est susceptible d'engendrer le risque d'effectuer ces contrôles, de manière plus fréquente, à l'égard de populations se trouvant dans une situation de précarisation.

21. L'Exposé des motifs n'expose pas de manière suffisamment claire ni détaillée pour quelle raison la mise en place d'une base de données, telle qu'envisagée par l'avant-projet, est une **mesure nécessaire et proportionnée** en vue de responsabiliser principalement les médecins traitants et, dans une moindre mesure, les bénéficiaires du droit aux indemnités et ce faisant, de prévenir et de réinsérer les malades de longue durée sur le marché du travail. L'Autorité a dès lors posé plusieurs questions au demandeur.

22. Interrogé de façon générale quant au caractère nécessaire de la mise en place de la base de données GAOCIT, le demandeur a répondu qu'afin d'éviter ou de remédier, selon le cas, à un « comportement de prescription inapproprié » ou un « usage inapproprié de la relation thérapeutique », « *il faut disposer de suffisamment de données (tous les certificats d'incapacité de travail électroniques) afin de pouvoir réaliser une analyse complète, concrète et objective des périodes d'incapacité de travail liées à la/les pathologie(s) concernée(s) et prescrite(s) par les médecins*

---

<sup>19</sup> Voir à cet égard l'avis n° 163/2021 du 23 septembre 2021, point 18 et l'avis n° 186/2021 du 8 octobre 2021, point 42.

traitants. » (souligné par l’Autorité) Il a également précisé que les connaissances acquises via la base de données GAOCIT vont permettre au Centre de connaissances de l’incapacité de travail<sup>20</sup> de rédiger des lignes directrices à l’attention des médecins traitants dans le cadre de la prescription de la durée de l’incapacité de travail.

23. L’Autorité a également interrogé le demandeur sur la plus-value de la base de données GAOCIT par rapport aux contrôles qui peuvent être effectués par le médecin-conseil de l’organisme assureur, du Service d’évaluation et de contrôle médicaux ou du Conseil médical de l’invalidité de l’INAMI<sup>21</sup> et qui pourraient être intensifiés ou multipliés. Il a été répondu ce qui suit : « *Le nombre de personnes reconnues en incapacité de travail depuis plus d’un an est passé de +- 290.000 personnes en 2011 à +-526.000 personnes en 2023, soit une augmentation de 66 % sur 10 ans. L’augmentation de la population active, le vieillissement de la population active et l’égalisation de l’âge de la retraite entre les hommes et les femmes expliquent en grande partie cette évolution. Les mesures prises dans d’autres secteurs de la sécurité sociale, telles que l’allongement des carrières actives et la suppression progressive des régimes de préretraite, contribuent également à cette augmentation, de même que l’augmentation des problèmes musculosquelettiques et surtout psychologiques.*

*Actuellement, le nombre de médecins-conseils appartenant à un organisme assureur s’élève à 237 FTE pour l’ensemble du domaine de l’assurance indemnités en Belgique et le nombre de médecins travaillant pour l’Inami dans ce même domaine s’élève à 14 FTE pour le Service des indemnités. Face aux défis majeurs que pose cette évolution importante de l’incapacité de travail, il importe de pouvoir continuer à soutenir le secteur en vue notamment d’optimiser le processus décisionnel en matière d’évaluation de l’incapacité de travail et de pouvoir soutenir les différents acteurs de première ligne (dont les médecins prescripteurs de l’incapacité de travail et les médecins-conseils dans le cadre de leur expertise), en renforçant leurs connaissances en matière de pratiques liées à la prescription de l’incapacité de travail.*

*Dans ce contexte il est donc indispensable pour l’Inami de pouvoir disposer d’un instrument, d’une base de données permettant de réguler à plus grande échelle ce secteur afin de soutenir ses médecins dans l’organisation ciblée d’examen médicaux de contrôle.* » (souligné par l’Autorité)

24. Dans le même ordre d’idées, le demandeur a aussi été interrogé sur le point de savoir pour quelle raison un recours intensifié aux outils déjà existants dans le droit positif actuel<sup>22</sup> ne permettrait pas d’atteindre l’objectif de responsabilisation des médecins traitants quant à leur comportement de prescription dans le cadre de l’incapacité de travail. Il a été répondu qu’ : « *Il n’est actuellement pas possible de disposer de données permettant d’évaluer de manière structurelle le comportement de prescription des médecins traitants. La constatation d’un éventuel abus (et l’application, le cas échéant, d’une*

<sup>20</sup> Une des missions du Centre de connaissances de l’incapacité de travail est d’émettre des avis sur des problèmes médicaux concernant la détermination de l’incapacité de travail et de proposer des directives et critères médicaux généraux en vue de mieux résoudre les problèmes d’évaluation concernant l’incapacité de travail (article 85, 1° et 2° de la loi du 14 juillet 1994).

<sup>21</sup> Voir notamment l’article 90 de la loi du 14 juillet 1994

<sup>22</sup> On peut penser ainsi notamment aux articles suivants du Code pénal qui vise une série de comportements répréhensibles du médecin : le faux certificat (les articles 204, 207, 208 et 214 du Code pénal), le faux en écriture (art. 196 Code pénal), le certificat de complaisance (art. 205 du Code pénal), ou encore à l’article 26 du Code de déontologie médicale qui prévoit que le médecin doit rédiger les certificats médicaux de façon sincère, objective et prudente.

*disposition pénale citée dans votre question) n'est actuellement possible que dans un nombre limité de cas (par exemple, suite à une plainte dans un dossier individuel).*

*La base de données GAOCIT a justement notamment pour finalité d'instaurer un traitement structurel des données de comportements de prescription de l'ensemble des médecins traitants afin de relever les éventuels abus de manière globale en vue d'une sensibilisation et, le cas échéant, de l'application d'une sanction. » (souligné par l'Autorité)*

25. Le demandeur a également été interrogé sur le caractère nécessaire et proportionné de la collecte de connaissances, telle qu'envisagée, afin d'éviter ou de remédier, selon le cas, à un « comportement de prescription inapproprié » ou à un « usage inapproprié de la relation thérapeutique », au regard de la liberté diagnostique et thérapeutique visée aux articles 4 et 7 de la loi du 22 avril 2019 *relative à la qualité de la pratique des soins de santé* (ci-après la « loi qualité des soins de santé »). Il a été répondu ce qui suit : « *La durée de l'incapacité de travail prescrite par le médecin traitant est un élément pris en considération par le médecin-conseil de la mutualité dans le cadre de la reconnaissance de l'incapacité de travail et a donc un impact sur le droit aux indemnités d'incapacité de travail financées par l'assurance indemnités de la sécurité sociale belge (si les conditions d'assurabilité requises par le secteur de l'assurance indemnités sont remplies dans le chef de l'assuré social concerné). En effet, l'assuré social doit déclarer son incapacité de travail auprès du médecin-conseil de sa mutualité sur base du certificat médical rédigé par le médecin traitant (lequel précise la durée de l'incapacité de travail et la pathologie concernée). Le médecin-conseil se base directement sur les données renseignées dans ce certificat médical pour se prononcer sur la reconnaissance de l'incapacité de travail de l'assuré social concerné au regard de l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et de l'article 19 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants. De plus, à partir de l'implémentation concrète de la possibilité d'adresser un certificat électronique à l'employeur, la durée de la période d'incapacité de travail prescrite par le médecin traitant aura un impact direct sur la période de salaire garanti à payer par l'employeur et dû à la suite de la suspension du contrat de travail en raison de l'incapacité de travail. Au vu des conséquences financières importantes liées au paiement du salaire garanti par l'employeur ainsi qu'au financement des indemnités d'incapacité de travail par l'assurance indemnités de la sécurité sociale belge (situation budgétaire actuelle difficile), le soutien, l'information et la responsabilisation des médecins traitants dans leur comportement prescriptif apportés par cette mesure apparaît comme nécessaire et proportionné au regard de la liberté diagnostique et thérapeutique au sens large. En outre, il est encore à noter que la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé n'est pas applicable à l'acte médical de prescription d'incapacité de travail elle-même. En effet, l'article 3, § 1er de la loi du 22 avril 2019 prévoit qu'elle est applicable aux professionnels des soins de santé dans le cadre de la prestation de soins de santé. L'acte médical de prescription d'incapacité de travail n'est pas une prestation de soins de santé.* »
26. A la lumière de ces informations et de l'Exposé des motifs, l'Autorité **comprend** que l'avant-projet entend :

(1) **soutenir** les **médecins traitants** dans leur comportement de prescription dans le cadre de l'incapacité de travail ainsi que les **médecins-conseils** dans le cadre de leur tâche de reconnaissance de l'incapacité de travail, par **la mise à disposition d'outils d'autogestion/lignes directrices** visant à renforcer leurs connaissances en matière de pratiques liées à la prescription de l'incapacité de travail, lequel(le)s seront développés sur la base d'une analyse complète, concrète et objective des périodes d'incapacités de travail liées à la/les pathologie(s) concernée(s) et prescrites par les médecins traitants (analyse avec de « *evidence-based* » propre à la Belgique) ;

(2) **détecter**, au moyen du dataming, les médecins traitants qui ont un « *comportement de prescription inapproprié* » en matière d'incapacité de travail afin (a) d'opérer des **démarches de sensibilisation ciblée** par l'envoi d'un **rapport** informant les médecins traitants de leur comportement de prescription et (b) de **soutenir l'INAMI** dans l'exercice de ses **missions de contrôle et de sanction**, ce qui permettra d'optimiser le processus décisionnel en matière d'évaluation de l'incapacité de travail;

(3) **détecter**, au moyen du dataming, les bénéficiaires du droit aux indemnités qui font un « *usage inapproprié de la relation thérapeutique* », à des fins de **contrôle par l'INAMI**, ce qui permettra d'optimiser le processus décisionnel en matière d'évaluation de l'incapacité de travail.

27. Tout d'abord, ainsi que cela ressort de l'Exposé des motifs, **l'avant-projet s'inscrit dans le plan global du gouvernement pour la prévention et la réinsertion des malades de longue durée**. Or, l'avant-projet entend collecter des données issues de tout certificat électronique d'incapacité de travail, indistinctement de la durée de la période d'incapacité de travail<sup>23</sup> et de la pathologie concernée, sur une période de 10 ans. Cela paraît *a priori* disproportionné au regard de l'objectif précité, dans la mesure où la prévention de maladies de longue durée n'inclut pas nécessairement les absences pour incapacité de travail de courte durée. Si l'objectif de l'avant-projet ne s'inscrit pas exclusivement dans la prévention et la réinsertion des malades de longue durée (et ne vise par conséquent pas uniquement à éviter des incapacités de travail de longue durée) mais qu'il s'agit aussi d'éviter des ou de remédier aux certificats de complaisance/frauduleux (par exemple, prescrire une incapacité de travail de 10 jours ouvrables pour un rhume ou accepter de prescrire une incapacité de travail de 3 jours ouvrables contre paiement en l'absence de symptômes) qu'ils portent sur une durée d'incapacité de travail longue ou courte, il convient de l'indiquer clairement, dans le respect des principes de nécessité et de proportionnalité, au regard des compétences pertinentes de l'INAMI. Le **manque de prévisibilité en ce qui concerne le type d'incapacité de travail** contre laquelle l'avant-projet entend remédier (incapacité de travail de longue ou de courte de durée) **impacte l'analyse de la proportionnalité de**

l'avant-projet. Il importe dès lors que celle-ci soit **définie en des termes suffisamment clairs dans le dispositif de l'avant-projet**. De même, l'Autorité relève que l'article 13/3, §1<sup>er</sup> en projet vise les « *bénéficiaires du droit aux indemnités mentionnés à l'article 86, §1<sup>er</sup>, et à l'article 3 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants* ». Or, aux termes de l'article 2, j), de la loi du 14 juillet 1994, est un bénéficiaire, « *toute personne qui peut prétendre aux prestations prévues par la présente loi coordonnée* » (souligné par l'Autorité). Il ressort de l'article 6 de l'arrêté royal précité du 20 juillet 1971 que si la durée de l'incapacité de travail ne dure que 7 jours, cette période d'incapacité n'est pas indemnisable. Le demandeur a confirmé, dans le cadre de la communication d'informations complémentaires, que l'intention de l'avant-projet est de viser « *tous les assurés sociaux qui ont un droit potentiel aux indemnités d'incapacité de travail à charge de l'assurance indemnités* » (souligné par l'Autorité). Dans ces conditions, l'avant-projet constituant une mesure mettant en œuvre le plan de renforcement de la politique de Retour au Travail, l'Autorité ne comprend pas *a priori* la raison pour laquelle il est nécessaire de collecter les données issues des certificats électroniques d'incapacité de travail de tout assuré social, indépendamment du point de savoir s'il bénéficiera ou non effectivement d'indemnités<sup>24</sup>.

28. En ce qui concerne la **mise en place d'outils d'autogestion/lignes directrices**, il ressort d'un document joint à la demande d'avis relatif à la « *Responsabilisations médecins* » (ci-après le « document Responsabilisation médecins ») ainsi que du site Internet du demandeur que dès le 1<sup>er</sup> octobre 2025 (soit la date d'entrée en vigueur du chapitre 4 de l'avant-projet et donc de la création de la base de données GAOCIT), les médecins traitants recevront des « *fiches avec des lignes directrices de prescription pour 29 pathologies fréquentes, souvent responsables d'incapacités de travail prolongées* ». L'Autorité en déduit, à la lumière des informations complémentaires transmises, que la collecte de données au sein de la base de données GAOCIT permettra d'ajouter des lignes directrices de prescription pour d'autres pathologies identifiées comme souvent responsables d'incapacités de travail prolongées, à la liste des 29 pathologies fréquentes déjà identifiées comme telles, et de les affiner sur la base de données chiffrées qui sont propres à la Belgique. Si telle est bien l'intention du demandeur, la mise en place de la base de données GAOCIT paraît nécessaire afin de disposer de données complètes et de qualité. Dans le cas contraire, l'Autorité se demande dans quelle mesure est-ce que des lignes directrices de prescription pour d'autres pathologies, à l'origine de périodes d'incapacité de travail prolongées ne pourraient pas être rédigées en l'absence de la base de données GAOCIT ?

---

<sup>24</sup> Selon le site internet de l'INAMI, ce n'est pas parce qu'une personne déclare son incapacité de travail qu'elle a automatiquement droit à une indemnité : il y a certaines conditions à remplir. Par exemple, en tant que travailleur salarié à temps plein, il convient d'avoir accompli un stage d'attente de 12 mois, d'avoir travaillé 180 jours pendant 12 mois et d'avoir été reconnu en incapacité de travailler.

29. De plus, l'Autorité estime important de rappeler que, pour collecter massivement des données à caractère personnel pour la réalisation de statistiques publiques à des fins d'orientation de politiques publiques, les principes de nécessité et de proportionnalité requièrent l'intervention d'organismes de statistique publique. Ceux-ci sont en effet soumis à des obligations légales spécifiques pour garantir le secret statistique et la qualité de la statistique publique (impartialité, objectivité et indépendance professionnelle)<sup>25</sup>. L'intervention d'autorités statistiques permet aussi de se prémunir contre le risque de détournement de finalités, ce qui constitue une garantie fondamentale pour les droits et libertés des personnes concernées. En l'occurrence, l'avant-projet envisage une collecte massive de données à caractère personnel (dont des données relatives à la santé) au sein d'une base de données gérée par l'INAMI, qui va lui permettre de disposer des données de qualité et nécessaires à la création d'un référentiel de durées d'incapacité de travail usuelles pour chaque type de pathologies, afin de soutenir les médecins traitants quant à leur comportement de prescription en matière d'incapacité de travail et les médecins-conseils dans le cadre de leur expertise en matière d'évaluation de l'incapacité de travail. Dans ces conditions, l'Autorité **invite le demandeur à réfléchir à la possibilité de confier à un tiers de confiance** la réalisation de l'analyse statistique qui permettra de créer le référentiel envisagé.
30. En ce qui concerne le caractère proportionné de la mise en place de la base de données GAOCIT aux fins de création de ce référentiel, l'Autorité rappelle la nécessité de prendre en compte la **liberté thérapeutique et diagnostique consacrée par la loi qualité des soins de santé**<sup>26</sup>.
31. En ce qui concerne **la mise en place de mesures de sensibilisation ciblée** des médecins traitants par l'envoi d'un rapport les informant de leur comportement de prescription, il ressort du document « *Responsabilisation médecins* » que d'autres mesures seront mises en place dès le 1<sup>er</sup> octobre prochain, telles que l'entrée en vigueur d'un point de signalement pour les certificats de maladie frauduleux auprès du Service d'information et de recherche sociale (SIOD), la concertation avec l'Ordre des médecins concernant les sanctions applicables aux médecins délivrant des certificats médicaux frauduleux ou encore la limitation à une durée de trois mois des certificats pendant l'incapacité de travail primaire<sup>27</sup> et que des campagnes de sensibilisation seront réalisées par l'INAMI dès le 1<sup>er</sup> janvier 2026 afin d'informer les médecins concernés et de les conscientiser quant aux bonnes pratiques liées à la prescription de l'incapacité de travail. Etant donné que la date d'entrée en vigueur de ces mesures de sensibilisation générale et de dissuasion est concomitante avec celle de la mise en place de la base de données GAOCIT ou ultérieure à la création de celle-

---

<sup>25</sup> Voir en ce sens notamment les avis n° 150/2023, points 41 à 43 et n° 96/2023, point 27.

<sup>26</sup> En outre, il y aura lieu de veiller à ce que l'utilisation de la base de données GAOCIT ne puisse avoir un impact négatif potentiel sur la qualité de la prestation de soins auquel un patient a droit. Un médecin traitant qui n'abuse pas de son comportement de prescription pourrait en effet être incité à réduire une période d'incapacité de travail ou à ne pas prolonger celle-ci afin d'éviter d'être détecté comme ayant un « *comportement de prescription inapproprié* ».

<sup>27</sup> Voir aussi l'article 14 de l'avant-projet.

ci, il n'existe pas à ce jour d'analyse de l'éventuel impact que ces mesures peuvent avoir sur le comportement de prescription des médecins traitants en matière d'incapacité de travail. Dès lors, il est recommandé au demandeur de **justifier dans l'Exposé des motifs la raison pour laquelle il estime, à ce jour, que de telles mesures ne seront pas suffisantes** pour éviter des « *comportements de prescription inappropriés* » en matière d'incapacité de travail et responsabiliser ainsi les médecins traitants quant à leur comportement de prescription. Ainsi, par exemple, l'Autorité se demande si la limitation à une durée de trois mois des certificats pendant l'incapacité de travail primaire ne serait pas déjà susceptible d'avoir un impact sur le comportement de prescription des médecins traitants. En effet, une telle mesure impliquera nécessairement qu'au terme de chaque période de 3 mois d'incapacité de travail pendant les six premiers mois de ladite période, le médecin traitant sera amené à réévaluer l'état d'incapacité de travail du patient concerné et le médecin-conseil sera également en mesure d'effectuer sa mission relative à la reconnaissance de l'état d'incapacité<sup>28</sup>. Par conséquent, dès l'entrée en vigueur de cette mesure, eu égard à la fréquence plus élevée des réévaluations de l'état d'incapacité de travail par le médecin traitant et le médecin-conseil (tous les trois mois maximum), le nombre de situations où la période d'incapacité de travail sera supérieure à 7 mois sera nécessairement moindre qu'actuellement, de sorte que le nombre de situations susceptibles d'être contrôlées par le Conseil médical d'invalidité, diminuera également.

32. En ce qui concerne la mise en place de la base de données GAOCIT afin **d'identifier, au moyen du datamining**, les éventuels « *comportements de prescription inappropriés* » des médecins traitants et les éventuels « *usages inappropriés de la relation thérapeutique* » des bénéficiaires du droit aux indemnités **à des fins d'information et de contrôle** (y compris l'application éventuelle de sanction), l'Autorité émet les observations suivantes relatives au respect du principe de proportionnalité.
33. L'utilisation du datamining afin de détecter certains types de comportements (profilage) à des fins de contrôle et de sanction induit un **basculement dans le mode de contrôle** avec les **risques** que cela peut impliquer, dont celui de contribuer au « glissement » vers une société de surveillance ou celui d'effectuer des contrôles de manière discriminatoire. En effet, au lieu de **contrôler** un médecin traitant ou un bénéficiaire du droit aux indemnités de manière **réactive**, sur la base des données dont dispose l'INAMI, conformément aux dispositions pertinentes de la loi du 14 juillet 1994, la création de la base de données GAOCIT va permettre à l'INAMI de collecter une quantité massive de données concernant les bénéficiaires du droit aux indemnités et les médecins

---

<sup>28</sup> Selon le site internet de l'INAMI, le médecin-conseil est chargé de reconnaître l'état d'incapacité de travail et il est le seul à pouvoir mettre un terme à cette période d'incapacité de travail pendant les six premiers mois de ladite période. Ce n'est qu'à partir du septième mois que le Conseil médical de l'invalidité de l'INAMI peut aussi mettre fin à la période d'incapacité de travail (voir l'article 90, alinéa 4 de la loi du 14 juillet 1994, qui concerne le pouvoir de décision relatif à l'état d'incapacité de travail visé à l'article 82, alinéa 1, 1°, auquel se réfère l'article 82, alinéa 2).

traitants (sur la base de tout certificat d'incapacité de travail, indépendamment de la durée de l'incapacité de travail et de la pathologie/diagnostic concerné(e), sur une période de 10 ans), afin de mettre en place une procédure de datamining qui permettra d'identifier/de détecter, de manière automatisée, les médecins qui ont un comportement de prescription d'incapacité de travail « *inapproprié* » ou des bénéficiaires qui ont un « *usage inapproprié de la relation thérapeutique* », et ce, afin d'informer les médecins traitants quant à leur comportement de prescription en matière d'incapacité de travail et d'initier, le cas échéant, des contrôles des médecins traitants et des bénéficiaires du droit aux indemnités. Dans ces conditions, il importe que l'avant-projet **définisse scrupuleusement les circonstances** dans lesquelles seront activés les signaux d'alerte d'abus de comportements précités et précise que **cela ne devrait être qu'en cas d'écart manifeste ou répété par rapport à la « norme »** (par exemple, pas dès qu'un médecin prescrit 3 jours d'incapacité alors que la moyenne est de 2 jours).

34. De plus, la **duplication de la conservation des données** issues des certificats d'incapacité de travail peut poser question au regard du principe de proportionnalité. En effet, l'avant-projet entend imposer au médecin traitant de communiquer le certificat électronique d'incapacité de travail simultanément au médecin-conseil de l'organisme assureur et à l'INAMI, à l'aide de la plateforme eHealth. Cela implique que les données issues des certificats précités seront conservées auprès des organismes assureurs et au sein de la base de données GAOCIT. En vertu de l'article 90, alinéa 3 de la loi du 14 juillet 1994<sup>29</sup>, ce n'est qu'à partir du septième mois de la période d'incapacité que le Conseil médical de l'invalidité de l'INAMI peut mettre fin à la période d'incapacité de travail. En vertu de l'article 94 de la loi du 14 juillet 1994<sup>30</sup>, après la première année d'incapacité de travail (période d'invalidité), le Conseil médical de l'invalidité peut prolonger l'incapacité de travail sur proposition du médecin-conseil. Cette disposition prévoit également que le médecin-conseil ou un médecin du Conseil médical de l'invalidité, lorsqu'il examine le bénéficiaire du droit aux indemnités à la demande du médecin-conseil, peuvent mettre un terme à l'incapacité de travail.

Dans ces conditions, eu égard aux compétences respectives en matière d'évaluation de l'état d'incapacité de travail du médecin-conseil et du Conseil médical de l'invalidité, telle que décrites ci-dessus, l'Autorité ne comprend pas *a priori* pour quelle raison il est nécessaire de communiquer également à l'INAMI les données issues de chaque certificat électronique d'incapacité de travail afin de permettre à celui-ci de contrôler et, le cas échéant, de sanctionner les médecins traitants et les bénéficiaires du droit aux indemnités ayant été détectés comme ayant un éventuel comportement inapproprié. En particulier, pourquoi est-il nécessaire que l'INAMI dispose d'emblée des données issues de tous les certificats qui concernent les premiers six mois d'incapacité de travail

---

<sup>29</sup> Voir la note de bas de page 9.

<sup>30</sup> *Ibidem*.

alors que ce n'est qu'à partir du septième mois d'incapacité de travail que le Conseil médical peut constater la fin de l'incapacité. Il pourrait en effet être envisagé que le médecin traitant envoie le certificat électronique d'incapacité de travail uniquement au médecin-conseil de l'organisme assureur, que le modèle algorithmique envisagé par l'INAMI soit appliqué aux données conservées auprès desdits organismes et que l'INAMI n'accède à ces données que lorsqu'un signal d'alerte d'abus de comportement problématique est activé, dans la mesure de ce qui est nécessaire à l'exercice de ses missions de contrôle, conformément aux dispositions pertinentes de la loi du 14 juillet 1994. Une telle approche paraît suffisante afin de permettre à l'INAMI d'exercer ses missions de contrôle en matière d'évaluation d'incapacité de travail de manière ciblée et d'appliquer le cas échéant une sanction. Par conséquent, l'Autorité a, à ce stade, des difficultés à comprendre **en quoi la centralisation de données concernées au sein de la base de données GAOCIT constitue une plus-value** à cette fin.

35. Dans ce contexte, le questionnement de l'Autorité quant à la proportionnalité de la centralisation des données au sein de la base de données GAOCIT (et la duplication de la communication des données qu'elle implique<sup>31</sup>), afin de permettre à l'INAMI d'exercer ses missions de contrôle de manière ciblée et d'imposer, le cas échéant, une sanction la conduit à nourrir des doutes à l'égard du **caractère légitime**<sup>32</sup> d'une finalité de traitement de données visant à détecter, au moyen du datamining, des « *comportements de prescription inapproprié* » des médecins traitants ou des « *usages inappropriés de la relation thérapeutique* » des bénéficiaires du droit aux indemnités.
36. Enfin, elle s'interroge quant à la **compatibilité d'une telle finalité de profilage avec les missions du Service des indemnités**, qui, selon les informations complémentaires reçues, sera chargé de procéder au datamining et de rédiger un rapport à l'attention des médecins traitant les informant de leur comportement de prescription. En vertu de l'article 78 de la loi du 14 juillet 1994, ce service est chargé de l'administration de l'assurance indemnités et de l'application des dispositions relatives aux pensions d'invalidité. Les compétences du Service des indemnités, telles que définies à l'article 78 précité, ne comprennent pas la réalisation d'opérations de datamining ni la communication d'un rapport aux médecins traitant les informant de leur comportement de prescription. Si telle est bien l'intention du demandeur, il conviendrait **d'adapter l'article 78 de**

---

<sup>31</sup> Voir les observations au point 33 ci-dessus.

<sup>32</sup> En effet, la finalité d'un traitement de données ne peut être considérée comme légitime que pour autant que le traitement de données réalisé à cette fin ne conduit pas à une atteinte disproportionnée aux droits et libertés des personnes concernées au regard de l'objectif d'intérêt général poursuivi (Voir CEDH (GC), S. et Marper c. Royaume-Uni, 4 décembre 2008, req. N<sup>os</sup> 30562/04 et 30566/04, (<https://rm.coe.int/16806ae19a>)); CJUE, 20 mai 2003, arrêt Österreichischer Rundfunk e.a., C-465/00, C-138/01 et C-139/01, points 81 et s. (<https://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=&docid=48330&pageIndex=0&doclang=fr&mode=lst&dir=&oc=c=first&part=1&cid=407667>) et aussi Protocole d'amendement à la Convention 108 du Conseil de l'Europe pour la protection des personnes à l'égard du traitement automatisé des données à caractère personnel, Rapport explicatif, 18 mai 2018, point 48 (<https://rm.coe.int/16808ac91b>).

**la loi du 14 juillet 1978** afin d'y définir de manière claire la mission d'intérêt public qui sera confiée à ce service, dans le cadre de l'avant-projet.

37. Il résulte des considérations qui précèdent qu'eu égard aux risques élevés pour les droits et libertés des personnes concernées (médecins traitants et bénéficiaires du droit aux indemnités) engendrés par la création de la base de données GAOCIT et, son utilisation, notamment le datamining envisagé, il revient au demandeur de **justifier, de manière adéquate et rigoureuse** dans l'Exposé des motifs, **le caractère nécessaire et proportionné de la mise en place d'une base de données qui comprendra des données à caractère personnel issues de tous les certificats électroniques d'incapacité de travail** (indépendamment de la durée d'incapacité de travail prescrite et de la pathologie/diagnostic concerné(e), sur une période de 10 ans) au regard de(s) objectif(s) d'intérêt(s) génér(al)(aux) qui sont réellement poursuivis (et qui doivent être clairement identifiés et définis dans le dispositif de l'avant-projet). Dans ce cadre, il reviendra notamment au demandeur de **trouver un juste équilibre entre les différents intérêts en présence**, à savoir, d'une part, entre les avantages qui sont apportés par la mise en place de la base de données GAOCIT (soutien des médecins traitants et des médecins conseils par des outils d'autogestion/lignes directrices de prescription, ciblage de médecins qui ont un « *comportement de prescription inapproprié* » et de bénéficiaires du droit aux indemnités qui ont un « *usage inapproprié de la relation thérapeutique* » afin des fins de contrôle et de sanction) et, d'autre part, les inconvénients (impact potentiel sur la liberté thérapeutique et diagnostique des médecins qui ne sont pas identifiés comme ayant un « *comportement de prescription inapproprié* » et sur la qualité des soins auquel ont droit les bénéficiaires du droit aux indemnités qui ne sont pas identifiés comme ayant un « *usage inapproprié de la relation thérapeutique* ») et les risques pour les droits et libertés des personnes concernées qui sont très impactés par les traitements de données engendrés par cette base de données.
38. Eu égard au traitement à grande échelle de données relatives à la santé concernant des personnes se trouvant dans une situation vulnérable, à l'utilisation de la technologie algorithmique qui sera utilisée dans le cadre du datamining à des fins d'information, de contrôles et le cas échéant de sanction, la réalisation d'une **analyse d'impact relative à la protection des données à caractère personnel, conformément à l'article 35 du RGPD**, devra impérativement être réalisée et sera de nature à permettre au demandeur, une réflexion sur les mesures alternatives qui peuvent atteindre les objectifs poursuivis<sup>33</sup>.
39. Sans préjudice des observations émises ci-dessus et pour autant que le caractère nécessaire et proportionné de la création de la base de données GAOCIT ait été dûment justifié dans l'Exposé

---

<sup>33</sup> Le formulaire joint à la demande d'avis indique qu'à ce stade aucune analyse d'impact relative à la protection des données à caractère personnel n'a été réalisée.

des motifs – quod non-, l’Autorité analyse ci-après **dans quelle mesure l’avant-projet répond au principe de prévisibilité**, lequel est d’autant plus important lorsque l’ingérence revêt un caractère particulièrement important, comme c’est le cas en l’espèce. Elle indique d’ores et déjà qu’eu égard à ce degré d’ingérence, des **garanties appropriées** pour préserver les droits et libertés des personnes concernées doivent être prévues notamment en termes de limitation des finalités, de minimisation des données ainsi que de transparence en vue de la contrôlabilité de la technique de datamining envisagée.

40. Il convient encore d’ajouter que le respect des principes de légalité et de prévisibilité par l’avant-projet est de nature à permettre un **débat parlementaire de qualité** sur les conditions et les cas dans lesquels auront lieu les traitements de données envisagés par le dispositif de l’avant-projet ainsi que sur les avantages et les inconvénients engendrés par les ingérences dans les droits et libertés des personnes concernées résultants de ces traitements de données.
41. Eu égard aux risques élevés que la mise en place et l’utilisation de la base de données GAOCIT engendrent pour les droits et libertés des personnes concernées<sup>34</sup>, l’Autorité estime raisonnable d’inviter le demandeur à prévoir dans le dispositif de l’avant-projet un mécanisme d’évaluation de l’efficacité des traitements de données envisagés, par exemple via la réalisation de statistiques spécifiques, de nature à démontrer l’efficacité et la proportionnalité de la mesure concernée (selon une périodicité à déterminer dans l’avant-projet) et de prévoir la publication de ces statistiques

### 3. Finalités - prévisibilité

42. En vertu de l’article 5.1.b) du RGPD, un traitement de données à caractère personnel n’est autorisé que pour des finalités déterminées, explicites et légitimes. La finalité d’un traitement de données en constitue sa pierre angulaire dès lors que de la définition des finalités découlent la configuration de toutes les modalités dudit traitement. La finalité d’un traitement de données s’apparente à la ou les raison(s) opérationnelle(s) et concrète(s) pour lesquelles les données à caractère personnel sont traitées. En tant qu’élément essentiel d’un traitement, il revient à l’avant-projet de **déterminer expressément toutes les finalités** qui sont poursuivies par les traitements de données qu’il envisage, et ce **en des termes suffisamment précis et clairs** de manière à permettre aux personnes concernées (en l’occurrence, les médecins traitants et les bénéficiaires du droit aux

---

<sup>34</sup> L’Autorité relève que le système algorithmique envisagé est un système d’intelligence artificielle à haut risque visé à l’annexe III du Règlement (UE) 2024/1689 du Parlement européen et du Conseil du 13 juin 2024 *établissant des règles harmonisées concernant l’intelligence artificielle et modifiant les règlements (CE) n° 300/2008, (UE) n° 167/2013, (UE) n° 168/2013, (UE) 2018/858, (UE) 2018/1139 et (UE) 2019/2144 et les directives 2014/90/UE, (UE) 2016/797 et (UE) 2020/1828* (règlement sur l’intelligence artificielle) : voir le point 5, a) qui vise les systèmes d’AI destinés à être utilisés par les autorités publiques pour évaluer l’éligibilité des personnes physiques aux prestations et services d’aide sociale essentiels, y compris les services de soins de santé, ainsi que pour octroyer, réduire, révoquer ou récupérer ces prestations et services.

indemnités) d'entrevoir les traitements de données qui seront réalisés. La détermination desdites finalités s'inscrit également dans le respect des **principes de nécessité et de proportionnalité**.

43. **L'article 13/3, §3, alinéa 1, en projet**, de la loi du 14 juillet 1994, définit les objectifs poursuivis par le traitement des données qui seront enregistrées dans la base de données GAOCIT, comme suit :

1° « *la collecte des connaissances sur le comportement de prescription du médecin traitant en fonction du nombre de certificats rédigés par ce médecin, tenant compte de la taille et de la population de patients de son cabinet médical, ainsi que de la durée de l'incapacité de travail, le cas échéant en lien avec le diagnostic ou la pathologie du bénéficiaire du droit aux indemnités concernés, afin d'éviter ou de remédier, selon le cas, à un comportement de prescription inapproprié* » ;

2° « *la collecte des connaissances sur la relation thérapeutique que le bénéficiaire du droit aux indemnités concernés entretient avec un ou plusieurs médecins traitants en cas de prescription de période d'incapacité de travail, en tenant compte de la fréquence de consultation de ces médecins traitants, afin d'éviter ou de remédier, selon le cas, à un usage inapproprié de cette relation thérapeutique* ».

44. Ce faisant, cette disposition ne peut pas être considérée comme définissant les finalités poursuivies par les traitements de données engendrés par la base de données GAOCIT. En effet, d'une part, l'expression « *collecte de connaissances* » ne permet pas vraiment de comprendre ce qui est concrètement visé. D'autre part, éviter ou remédier, selon les cas, à un « *comportement de prescription inapproprié* » ou à un « *usage inapproprié de la relation thérapeutique* » s'apparente plutôt à des objectifs d'intérêt généraux qui sous-tendent l'adoption de l'avant-projet et non aux raisons concrètes et opérationnelles pour lesquelles les traitements de données encadrés par l'avant-projet sont réalisés. De plus, en l'état de l'avant-projet, la portée des expressions « *comportement de prescription inapproprié* » ou « *usage inapproprié de la relation thérapeutique* » manque de clarté dans la mesure où ces expressions ne sont pas définies.

45. A la lumière des réponses du demandeur à plusieurs demandes d'informations complémentaires de la part de l'Autorité<sup>35</sup>, celle-ci comprend que les finalités poursuivies par les traitements de données engendrés par la création et l'utilisation de la base de données GAOCIT peuvent être identifiées comme suit :

---

<sup>35</sup> Voir aussi le point 26 ci-dessus. Interrogé sur le point de savoir comment fonctionnera concrètement le datamining qui sera effectué par le Service des indemnités, le demandeur a répondu qu'« *[e]n fonction des données disponibles dans la base de données, pour les bénéficiaires du droit aux indemnités, le nombre de certificats d'incapacité de travail transmis par le médecin traitant pour un même bénéficiaire, de même que le nombre de médecins traitants consultés par le même bénéficiaire feront l'objet d'un relevé, lequel sera analysé afin d'identifier les éventuels comportements prescriptifs problématiques ou les usages inappropriés de la relation thérapeutique* ». Interrogé quant aux conséquences concrètes pour les bénéficiaires du droit aux indemnités du fait que le médecin traitant qui lui a prescrit une période d'incapacité de travail a été identifié comme ayant potentiellement un « *comportement de prescription inapproprié* » et/ou du fait qu'ils ont été identifiés comme ayant potentiellement « *un usage inapproprié de la relation thérapeutique* », le demandeur a répondu que « *[d]ans les deux situations, l'organisation d'un examen médical supplémentaire de contrôle de l'état de l'incapacité de travail pourrait être prévue (en fonction des éléments concrets du dossier du bénéficiaire du droit aux indemnités)* ».

- (1) Mise à disposition d'outils d'autogestion/lignes directrices (qui seront développé(e)s sur la base d'une analyse complète, concrète et objective des périodes d'incapacités de travail liées à la/les pathologie(s) concernée(s) et prescrites par les médecins traitants)
  - (i) à l'attention des médecins traitants afin de les soutenir dans leur comportement de prescription dans le cadre de l'incapacité de travail et de leur permettre d'évaluer et d'adapter, le cas échéant, leur comportement de prescription avec des « normes » scientifiquement fondées et affinées avec de « *evidence-based* » propre à la Belgique et
  - (ii) à l'attention des médecins-conseils des organismes assureurs afin de les soutenir dans le cadre de leur expertise relative à la reconnaissance de l'état d'incapacité de travail, ce qui permettra d'optimiser le processus décisionnel en matière d'évaluation de l'incapacité de travail;

(2) Mise en place d'une procédure de datamining afin :

- (i) de détecter/cibler les médecins traitants qui ont potentiellement un « *comportement de prescription inapproprié* » en matière d'incapacité de travail, sur la base de certains critères (nombre de certificats émis par un médecin traitant ; taille et population de la patientèle ; durée de l'incapacité ; pathologie/diagnostic) afin
  - (a) d'envoyer aux médecins traitants un rapport les informant de leur comportement de prescription et
  - (b) de soutenir l'INAMI dans l'exercice de ses missions de contrôle et de sanction à l'égard des médecins traitants identifiés comme ayant un éventuel « *comportement de prescription inapproprié* », ce qui permettra d'optimiser le processus décisionnel en matière d'évaluation de l'incapacité de travail;
- (ii) de détecter les bénéficiaires du droit aux indemnités qui ont potentiellement un « *usage inapproprié de la relation thérapeutique* » à des fins de contrôle par l'INAMI quant au nombre et à la fréquence de médecins traitants consultés qui ont émis, le cas échéant, répétitivement (à plusieurs reprises pour un ou plusieurs jours, par exemple, chaque lundi ou vendredi) ou successivement des certificats d'incapacité de travail, ce qui permettra d'optimiser le processus décisionnel en matière d'évaluation de l'incapacité de travail.

46. En ce qui concerne la **réalisation de l'analyse** qui va permettre le développement des outils d'autogestion/lignes directrices visées, il est important de préciser de manière suffisamment précise dans l'avant-projet quel est l'objet de cette analyse. Ainsi, s'il ne s'agit pas seulement d'analyser les périodes d'incapacités de travail liées à la/les pathologie(s) concernées et prescrites par

les médecins traitants mais qu'il s'agit également d'analyser **le comportement du bénéficiaire dans la relation thérapeutique**<sup>36</sup> sur la base du nombre de certificats d'incapacité de travail transmis par le médecin traitant pour un même bénéficiaire et le nombre de médecins traitants consultés par le même bénéficiaire<sup>37</sup>, cela doit être indiqué dans l'avant-projet.

47. En ce qui concerne la **mise en place de la procédure de datamining**, il importe de veiller à ce que l'intention du demandeur dans la poursuite des finalités de cette procédure soit reflétée de manière suffisamment claire et exhaustive dans le dispositif de l'avant-projet, eu égard aux risques et à l'ingérence importante engendrée par la mise en place d'une telle procédure dans les droits et libertés des personnes concernées.
48. En premier lieu, en ce qui concerne les **médecins traitants**, l'Autorité comprend que le datamining envisagé par l'avant-projet sera réalisé afin de relever les éventuels abus en matière de prescription de certificats d'incapacité de travail et entend ainsi cibler/détecter les « *comportements de prescription inapproprié* ». Selon les informations complémentaires transmises par le demandeur, il y a un « *comportement de prescription inapproprié* », lorsqu'un « *un médecin prescrit une incapacité de travail anormalement longue tenant compte du diagnostic/pathologie concerné et des lignes directrices applicables dans la situation concernée* ». Dans le cadre de la formulation de la finalité de ciblage/détection dans le dispositif de l'avant-projet, il reviendra au demandeur de **s'assurer que celle-ci est cohérente avec l'objectif d'intérêt général** qui est poursuivi (la poursuite exclusive de la prévention et de la réinsertion des malades de longue durée ou également la lutte contre les certificats de complaisance/frauduleux)<sup>38</sup>. Il conviendra également de définir la portée de l'expression « *comportement de prescription inapproprié* » et de **s'assurer que la définition de cette expression correspond bien à ce qui est visé**<sup>39</sup>. La définition de cette expression (« *comportement de prescription inapproprié* ») dans le dispositif de l'avant-projet est importante car il en découlera les traitements de données nécessaires à la réalisation des finalités de ciblage poursuivies par le datamining.

---

<sup>36</sup> Interrogé quant au caractère nécessaire des données listées à l'article 13/3, §2, en projet de la loi du 14 juillet 1994, le demandeur a répondu que « *les informations d'identification du bénéficiaire du droit aux indemnités et du médecin traitant sont nécessaires pour faire le lien entre la pathologie du bénéficiaire et, d'une part, la durée de l'incapacité de travail (=date de début + date de fin) prescrite par le médecin-traitant prescripteur et, d'autre part, le comportement du bénéficiaire dans la relation thérapeutique* ».

<sup>37</sup> Interrogé quant à la manière dont le datamining va être réalisé à l'égard des bénéficiaires du droit aux indemnités, le demandeur a répondu que le nombre de certificats d'incapacités de travail transmis par le médecin traitant pour un même bénéficiaire et le nombre de médecins traitants consultés par le même bénéficiaire feront l'objet d'un relevé, lequel sera analysé afin d'identifier les éventuels comportements de prescription inapproprié ou les usages inappropriés de la relation thérapeutique.

<sup>38</sup> Voir aussi les observations émises ci-dessus au point 27 quant à la définition du type d'incapacité de travail qui est visée.

<sup>39</sup> Il ressort en effet d'autres informations complémentaires reçues que sont visés les « *médecins qui prescrivent de manière significativement plus fréquente et/ou pour des périodes plus longues des incapacités de travail ou qui délivrent des certificats médicaux frauduleux* ».

49. En ce qui concerne les **bénéficiaires du droit aux indemnités**, le datamining envisagé par l'avant-projet entend détecter les éventuels « *usages inappropriés de la relation thérapeutique* ». Lors de la formulation de la finalité de ciblage des bénéficiaires du droit aux indemnités, réalisée par le biais du datamining, il conviendra également de se référer à l'identification des « *usages inappropriés de la relation thérapeutique* » et de **définir cette expression dans le dispositif** de l'avant-projet. Selon les informations complémentaires, il y a un « usage inapproprié de la relation thérapeutique » lorsqu' « *un bénéficiaire du droit aux indemnités multiplie les consultations auprès de médecins traitants différents pour une même pathologie ou pour une multitude de pathologies, sans raison valable, et entraînant la prescription répétée d'incapacité de travail successives (ou non) injustifiées* ». A l'instar de ce qui a été dit plus haut, la définition de l'expression « *usage inapproprié de la relation thérapeutique* » dans le dispositif de l'avant-projet est importante car il en découlera les traitements de données nécessaires à la réalisation des finalités de ciblage poursuivies par le datamining.
50. En deuxième lieu, il y a lieu de s'assurer que **les critères** sur la base desquels **la détection / le ciblage** des médecins traitants ayant potentiellement un « *comportement de prescription inapproprié* » soient indiqués de manière suffisamment claire dans l'avant-projet. Selon les informations complémentaires reçues, la population de patients « *désigne le groupe de personnes recevant des soins médicaux d'un médecin traitant* » et « *cette population peut varier en âge, en sexe, en état de santé et selon d'autres caractéristiques démographiques* ». La finalité relative à la détection /au ciblage des médecins traitants ayant potentiellement un « *comportement de prescription inapproprié* » doit être formulée de manière à indiquer que le critère de la population est ventilé selon l'âge, le sexe et d'autres caractéristiques démographiques qui sont à préciser dans la mesure du possible. De même, il convient également de préciser dans le dispositif de l'avant-projet les critères sur la base desquels l'identification des éventuels « *usages inappropriés de la relation thérapeutique* » sera réalisée.
51. En troisième lieu, le demandeur a précisé, dans le cadre de sa communication d'informations complémentaires, que la **finalité d'information des médecins traitants quant à leur comportement de prescription par le biais d'un rapport** visait l'ensemble des médecins traitants (indépendamment, donc de leur identification comme ayant potentiellement un « comportement de prescription inapproprié ») et qu'il s'agissait du « *choix politique actuel* ». L'Autorité se demande dans quelle mesure est-ce que se limiter à informer les médecins traitants qui ont été identifiés comme ayant un potentiel « comportement de prescription inapproprié » ne serait pas suffisant afin d'atteindre pleinement l'objectif de responsabilisation des médecins traitants quant à leur comportement de prescription en matière d'incapacité de travail ? De plus, informer un médecin qui n'a pas été identifié comme ayant un « comportement de prescription inapproprié » en ce qui concerne les certificats d'incapacité de travail de ce que son comportement à cet égard

est approprié, conduit, selon l'Autorité, à réduire l'efficacité de la mesure envisagée par l'avant-projet qui s'inscrit dans la politique renforcée de retour au travail en cas d'incapacité de travail. Dans cette mesure, informer tous les médecins traitants de leur comportement de prescription paraît disproportionné et est de nature à affecter la légitimité d'une telle finalité. Le demandeur est dès lors invité à **justifier de manière adéquate, dans l'Exposé des motifs, le caractère proportionné de la mise en place d'une procédure de datamining afin d'informer tous les médecins traitants quant à leur comportement de prescription.**

52. En quatrième lieu, il revient au demandeur de s'assurer que la **finalité de contrôle des bénéficiaires du droit aux indemnités** ayant été détecté comme ayant un potentiel « *usage inapproprié de la relation thérapeutique* », telle qu'identifiée ci-dessus au point 45, soit **rédigée de manière cohérente avec l'objectif d'intérêt général qui est poursuivi** (la poursuite exclusive de la prévention et de la réinsertion des malades de longue durée ou également la lutte contre les certificats de complaisance/frauduleux) et dans le respect des principes de nécessité et de proportionnalité. Par conséquent, l'utilisation de l'expression « par exemple » doit être omise dès lors qu'elle laisse sous-entendre que le traitement de données envisagé peut avoir lieu à d'autres fins.
53. Enfin, le dispositif de l'avant-projet manque de clarté (et donc de prévisibilité) en ce qui concerne les **finalités visant à contrôler et à sanctionner financièrement les médecins traitants ayant été détectés comme ayant un « éventuel comportement de prescription inapproprié »** et ne semble pas refléter l'intention réellement poursuivie par l'avant-projet. En effet, l'article 13/3, §4, alinéa 2, 2° en projet de la loi du 14 juillet 1994 se réfère à l'exercice de missions de contrôle dans le cadre du traitement de dossiers individuels dont sont chargés les inspecteurs sociaux du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, en vertu de l'article 139, alinéa 4 de la loi du 14 juillet 1994. Mais l'article 13/3, §4, alinéa 2, 2° en projet est muet quant à l'application éventuelle d'une sanction. Or, il semble ressortir de l'Exposé des motifs, du document « Responsabilisation médecins »<sup>40</sup> et des informations complémentaires transmises ultérieurement<sup>41</sup>, que l'objectif poursuivi par l'avant-projet est de **contrôler** (de manière renforcée/de surveiller) les

---

<sup>40</sup> Il ressort de l'Exposé des motifs et du document « Responsabilisation médecins » que la procédure de datamining devra permettre notamment de « *suivre et, si nécessaire de sanctionner financièrement les médecins traitants* ». Il est indiqué dans le document « Responsabilisation médecins » que « *[l]a sanction du comportement de prescription déviant sera assurée par le SECM [Service d'évaluation et de contrôle médicaux] selon les principes déjà appliqués dans le cadre de la prescription de certains médicaments, à savoir :*

1. *En cas de comportement de prescription déviant avéré, le médecin sera soumis à une surveillance renforcée par le SECM pendant une période déterminée (x mois).*
2. *En cas de persistance de ce comportement, une amendé financière de x euros lui sera infligée. »*

<sup>41</sup> Interrogé quant aux conséquences concrètes pour les médecins traitants du fait d'avoir été identifiés comme ayant potentiellement un « comportement de prescription inapproprié », le demandeur a répondu ce qui suit : « *En première instance, le but est d'alimenter les standards scientifiques déjà disponibles avec de « l'évidence-based » propre à la Belgique et d'ensuite informer, sur base de l'analyse réalisée, les médecins traitants concernés. Ensuite, il y aura un examen sur la possibilité éventuelle d'envisager certaines « sanctions » pour les médecins traitants concernés* ».

médecins identifiés comme ayant potentiellement un « *comportement de prescription inapproprié* », préalablement à **l'application éventuelle d'une sanction financière**. Il conviendra donc d'éviter toute discordance éventuelle entre le dispositif de l'avant-projet et ce qui est réellement poursuivi par le demandeur. Si ces deux finalités ( contrôle (renforcé/surveillance) et sanction) sont bien des finalités poursuivies par le datamining effectué à l'égard des médecins traitants, il convient de les mentionner dans le dispositif de l'avant-projet, et d'en préciser les contours (le cas échéant, par référence à des textes régissant les contrôles existants et l'application de sanctions). Il conviendra, en outre, de préciser dans le dispositif de l'avant-projet les conditions dans lesquelles un contrôle (renforcé ?/surveillance ?) pourra être effectué et une sanction financière pourra être appliquée, et ce afin de respecter les principes de prévisibilité et de proportionnalité.

54. Il résulte des considérations qui précèdent qu'afin de répondre aux principes de légalité et de prévisibilité, **l'article 13/3, §3 en projet** de la loi du 14 juillet 1994 doit être **revu en profondeur** afin qu'y soient **mentionnées**, de manière exhaustive et suffisamment claire et précise, **toutes les finalités** poursuivies par les traitements de données engendrés par la création et l'utilisation de la base de données GAOCIT, et ce dans le respect des **principes de nécessité et de proportionnalité**. Une attention particulière sera accordée à la formulation des finalités poursuivies par les traitements de données réalisés par le biais du datamining envisagé, afin de s'assurer que lesdites finalités soient clairement délimitées et de **limiter les risques** de détournement de finalités. Une telle approche constitue également une **garantie appropriée** pour les droits et libertés des personnes concernées. Il conviendra de veiller à les rédiger de manière telle qu'il puisse être compris de quelle manière le datamining envisagé contribue concrètement aux missions de contrôle de l'INAMI en ce qui concerne l'évaluation de l'incapacité de travail<sup>42</sup>.
55. Dans ce cadre, l'Autorité constate qu'en vertu de l'article 13/3, §3, alinéa 2 de l'avant-projet il revient au Roi de déterminer les modalités applicables à la rédaction et à l'envoi de ce rapport. La rédaction et l'envoi de ce rapport résulteront nécessairement du datamining réalisé sur la base des données enregistrées dans la base de données GAOCIT, de sorte que le respect des principes de légalité et de prévisibilité impose que les **conditions/circonstances dans lesquelles le rapport sera rédigé et envoyé ainsi que les (catégories de) données reprises dans ce rapport soient prévues dans l'avant-projet**.

#### 4. Principe de minimisation des données

---

<sup>42</sup> Voir les observations émises au point **Error! Reference source not found.** ci-dessus en ce qui concerne la justification de la mise en place de la procédure de datamining au regard de l'exercice des compétences de contrôle de l'INAMI en matière d'évaluation de l'incapacité de travail.

56. **L'article 13/3, §2, en projet**, de la loi du 14 juillet 1994 énumère les catégories de données suivantes qui seront enregistrées dans la base de données GAOCIT :

- Pour le bénéficiaire du droit aux indemnités, le numéro d'identification visé à l'article 8 de la loi du 15 janvier 1990 *portant création et organisation d'une Banque-Carrefour de la sécurité sociale* (ci-après la « loi BCSS ») et pour le médecin traitant, le numéro d'identification visé à l'article 8 de la loi BCSS ou le numéro INAMI ;
- La date de début et la date de fin de la période d'incapacité de travail ;
- Un diagnostic ou une pathologie, tous deux codés de manière uniforme ;
- Si disponible, la mention qu'il s'agit de la première déclaration d'incapacité de travail ou de la prolongation de l'incapacité de travail ;
- La date de rédaction du certificat médical.

Il est précisé que le numéro d'identification visé à l'article 8 de la loi BCSS du bénéficiaire du droit aux indemnités est toujours pseudonymisé.

57. Interrogé quant au caractère nécessaire de chacune de ces catégories de données afin de réaliser les finalités poursuivies, le demandeur a répondu ce qui suit :

*« Les informations d'identification du bénéficiaire du droit aux indemnités et du médecin traitant sont nécessaires pour faire le lien entre la pathologie du bénéficiaire et, d'une part, la durée de l'incapacité de travail (= date de début + date de fin) prescrite par le médecin-traitant prescripteur et, d'autre part, le comportement du bénéficiaire dans la relation thérapeutique.*

*Si disponible, la mention qu'il s'agit de la première déclaration d'incapacité de travail ou de la prolongation de l'incapacité de travail est nécessaire afin de mieux visualiser la durée de l'incapacité de travail dans sa globalité étant donné que l'incapacité de travail du bénéficiaire peut être prescrite par plusieurs médecins traitants (les médecins spécialistes ne peuvent pas encore utiliser le circuit électronique et donc leurs certificats médicaux ne figurent donc pas dans la base de données GAOCIT).*

*La date de rédaction du certificat électronique est nécessaire afin de respecter le délai de conservation des données concernées (cf. § 6 du nouvel article 13/3 de la loi coordonnée). »*

58. L'Autorité en prend note et recommande au demandeur d'indiquer la justification du caractère nécessaire de chacune des catégories de données visées dans l'Exposé des motifs.

59. La **pseudonymisation** du numéro d'identification visé à l'article 8 de la loi BCSS du **bénéficiaire du droit aux indemnités**, telle que prévue par l'article 13/3, §2, en projet, est une **garantie appropriée** pour cette personne qui participe au respect du principe de minimisation des données. Il n'est en effet pas nécessaire de disposer du numéro d'identification visé à l'article 8 de la loi BCSS du bénéficiaire du droit aux indemnités afin de développer des outils d'autogestion (lignes directrices) pour les médecins traitants et les médecins-conseils sur la base de l'analyse envisagée par l'avant-projet ni pour cibler/détecter les médecins qui ont un « *comportement de prescription* »

*inapproprié* » ou les bénéficiaires du droit aux indemnités qui ont un « *usage inapproprié de la relation thérapeutique* ».

60. **L'article 13, §4, alinéa 2, en projet**<sup>43</sup> de la loi du 14 juillet 1994 prévoit que les médecins du Service des indemnités, membres du Conseil médical de l'invalidité et les inspecteurs sociaux du Service d'évaluation et de contrôles médicaux peuvent, pour l'exercice de leurs missions respectives de contrôle qui leur sont attribuées en vertu de l'article 82, alinéa 2 et 139, alinéa 4 de la loi du 14 juillet 1994, dans le cadre du traitement de dossiers individuels, demander à la plateforme eHealth d'avoir accès au numéro d'identification, visé à l'article 8 de la loi BCSS, déspeudonymisé « *en fonction des constatations effectuées* ».
61. Interrogé quant à la portée de l'expression « *en fonction des constatations effectuées* », le demandeur a répondu ce qui suit : « *Cela pourrait être le cas lorsque d'une constatation établie dans le cadre des missions de contrôle liées à l'incapacité de travail telles que visées à l'article 82, alinéa 2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, il ressort qu'un assuré social a, par exemple pour une période d'incapacité d'une durée totale de 8 semaines à la suite de 4 certificats d'incapacité successifs introduits pour une durée à chaque fois de 15 jours, consulté successivement 4 médecins généralistes distincts (et ayant chacun d'eux, dans notre exemple, prescrit à chaque fois 15 jours).*  
*Et ces constatations doivent dans tous les cas pouvoir s'inscrire dans les missions légales attribuées, soit aux médecins du Service des indemnités, membres du Conseil médical de l'invalidité de l'INAMI, conformément à l'article 82, alinéa 2 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, soit aux inspecteurs sociaux du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI en vertu de l'article 139, alinéa 4 de la même loi coordonnée.* »
62. Dans la mesure où les « *constatations effectuées* » visées permettront aux membres du personnel de l'INAMI cités à l'article 13, §4, alinéa 2, en projet, de demander la déspeudonymisation du numéro d'identification visé à l'article 8 de la loi BCSS du bénéficiaire du droit aux indemnités et que la formulation de cette expression est très large, l'avant-projet gagnera en prévisibilité s'il prévoit, en lieu et place de cette expression, que la déspeudonymisation ne peut être demandée que lorsque les contrôles effectués dans le cadre du traitement de dossiers individuels par les membres du personnel de l'INAMI visés aboutissent au constat qu'il existe, **au cas par cas**, des **indices sérieux et avérés** d'abus dans le cadre de l'usage de la relation thérapeutique ou dans le cadre de la prescription d'incapacité de travail. Il s'agit là d'une **garantie appropriée** pour les

---

<sup>43</sup> Cette disposition est libellée comme suit : « *Les membres du personnel suivants peuvent toutefois, pour l'exercice de leurs missions respectives de contrôle dans le cadre du traitement de dossiers individuels, demander à la plateforme eHealth d'avoir accès au numéro d'identification, visé à l'article 8 de la loi du 15 janvier 1990, déspeudonymisé en fonction des constatations effectuées :*

*1° les médecins du Service des indemnités, membres du Conseil médical de l'invalidité, pour les missions qui leur sont attribuées en vertu de l'article 82, alinéa 2 ;*

*2° les inspecteurs sociaux du service d'évaluation et de contrôle médicaux, pour les missions qui leur sont attribuées en vertu de l'article 139, alinéa 4.* »

personnes concernées de nature à limiter le risque de demander la dépseudonymisation du numéro d'identification visé à l'article 8 de la BCSS de manière excessive.

63. L'Autorité relève également que le fait que la « clé de dépseudonymisation » soit entre les mains d'un autre service (la plateforme eHealth) est une **mesure appropriée** de nature à préserver les droits et libertés des personnes concernées.
64. Dans le même ordre d'idées, afin de respecter au mieux le principe de minimisation des données, il convient de prévoir que le numéro d'identification visé à l'article 8 de la loi BCSS ou le numéro INAMI des **médecins traitants** soit également enregistré dans la base de données GAOCIT de manière **pseudonymisée**. En effet, l'Autorité estime que cela est suffisant afin de réaliser l'analyse visée des périodes d'incapacité de travail, de cibler les médecins qui ont potentiellement un « *comportement de prescription inappropriée* » et de rédiger le rapport à l'attention des médecins traitants ayant été identifié comme ayant un éventuel « *comportement de prescription inapproprié* ». Il ressort des informations complémentaires reçues que c'est le Service des indemnités qui procédera au datamining et rédigera le rapport destiné à informer les médecins traitants concernés quant à leur comportement de prescription. Il importe que ce Service n'accède auxdites données dépseudonymisées qu'à partir du moment où le rapport d'information sera adressé au médecin concerné. Il s'agit-là d'une garantie appropriée pour les médecins traitants concernés.
65. De même, dans le cadre des contrôles (renforcés/de la surveillance) réalisés à l'égard des médecins traitants ayant été identifiés comme ayant un potentiel « *comportement de prescription inapproprié* » et de l'application éventuelle d'une sanction par le Service d'évaluation et de contrôles médicaux, en vertu de l'article 13/3, §4, alinéa 2 en projet<sup>44</sup>, il importe que ce Service ne traite les données d'identification visées dépseudonymisées du médecin traitant que lorsqu'il existe des **indices sérieux et avérés d'abus** quant à son comportement de prescription en matière d'incapacité de travail.
66. L'Autorité en profite pour rappeler que si l'intention est d'utiliser le numéro d'identification du Registre national, l'utilisation de ce numéro n'est pas libre mais est strictement réglementée par l'article 8 de la loi relative au Registre national<sup>45</sup> alors que l'utilisation du numéro de la Banque Carrefour de la sécurité sociale est libre.

---

<sup>44</sup> Voir les observations ci-dessus au point 53 en ce qui concerne la détermination des finalités visées dans le dispositif de l'avant-projet.

<sup>45</sup> Ainsi, l'utilisation du numéro de Registre national ne peut, en principe, avoir lieu que dans la mesure où la/les instance(s) ou personne(s) visées à l'article 5, §1<sup>er</sup> de la loi du 8 août 1983 *organisant un registre national des personnes physiques* dispose(nt) de l'autorisation requise en vertu de l'article 8, §1<sup>er</sup> de la loi précitée. Conformément à cette disposition, une autorisation d'utiliser le numéro du Registre national n'est toutefois pas requise lorsque cette utilisation est explicitement prévue par ou en vertu d'une loi, d'un décret ou d'une ordonnance.

67. Par souci d'exhaustivité, l'Autorité en profite pour rappeler que conformément à l'article 87 du RGPD, les Etats membres adoptant un numéro d'identification national doivent veiller à ce qu'il ne soit utilisé que sous réserve de garanties appropriées pour les droits et libertés de la personne concernée. L'article 8 de la loi du 8 août 1983 *organisant un registre national des personnes physiques* limite l'utilisation du numéro d'identification du Registre aux tâches d'intérêt général et dispense d'autorisation préalable par arrêté ministériel les organismes qui sont habilités à utiliser ce numéro à cet effet par ou en vertu d'une loi. Toute disposition légale qui prévoit une telle utilisation doit prévoir un minimum de garanties. Comme la Commission de protection de la vie privée (CPVP), prédécesseur en droit de l'Autorité, a déjà eu l'occasion de le mettre en évidence <sup>[1]</sup>, « *de telles garanties impliquent:*

- *que l'utilisation d'un numéro d'identification général soit limitée aux cas où il est strictement nécessaire étant donné que son utilisation implique des risques en termes d'interconnexion de fichiers,*
- *que les finalités de cette utilisation soient précisées clairement et explicitement afin que l'on puisse entrevoir les types de traitements visés<sup>[2]</sup>,*
- *que la durée de conservation de ce numéro et ses éventuelles communications à des tiers soient également encadrées,*
- *que des mesures techniques et organisationnelles encadrent adéquatement son utilisation sécurisée et*
- *que le non-respect des dispositions encadrant son utilisation soit sanctionné au moyen de sanctions effectives, proportionnées et dissuasives ».*

68. Dans ces conditions, l'Autorité considère que l'éventuelle utilisation du numéro de Registre national, telle que reprise à l'article 13/3, §2, en projet de la loi du 14 juillet 1994, doit être mieux encadrée.

##### 5. Accès à la base de données GAOCIT

69. **L'article 13/3, §4 en projet** prévoit, en son alinéa 1, ce qui suit :

*« Les membres du personnel du Service des indemnités, du Service des soins de santé et du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut chargé de l'exécution des missions nécessitant les données de la base de données GAOCIT ont accès aux données, telles que visées au paragraphe 2, traitées dans ce cadre. »*

---

<sup>[2]</sup> *Enoncer uniquement « l'identification » comme finalité d'utilisation du numéro d'identification du Registre national ne répond pas à ces critères. Les raisons pour lesquelles l'identification est réalisée et le cadre de l'utilisation de ce numéro doivent être précisés de manière telle que l'on puisse entrevoir les types de traitements qui seront réalisés à l'aide de ce numéro.*

70. Telle que libellé, l'alinéa 1 de l'article 13/3, §4, alinéa 1, en projet n'apporte pas vraiment de plus-value en termes de prévisibilité dans la mesure où il est rédigé dans des termes très généraux (« *l'exécution des missions nécessitant les données de la base de données* », « *ont accès aux données, telles que visées au paragraphe 2* »), ce qui ne permet pas de comprendre quelles sont les missions légales respectives de chaque service cité pour la réalisation desquelles il est nécessaire que chacun de ces services aient accès aux données enregistrées dans la base de données GAOCIT.
71. Selon les informations complémentaires reçues, le **Service des indemnités** doit accéder aux **données pseudonymisées** (y compris le numéro d'identification visé à l'article 8 de la BCSS ou le numéro INAMI du médecin traitant<sup>46</sup>) reprises dans la base de données GAOCIT afin de pouvoir réaliser l'analyse qui est envisagée par l'avant-projet, le datamining, ainsi que la rédaction du rapport informant les médecins traitants quant à leur comportement de prescription.
72. Ces informations complémentaires indiquent également que le **Service des soins de santé** doit avoir accès **uniquement aux données relatives aux périodes d'incapacité de travail et à la pathologie/diagnostic** reprises dans la base de données GAOCIT afin de les croiser avec des données reprises dans des banques de données de consommation de soins dont ce Service dispose en vue d'analyser l'impact d'une maladie et d'étudier les taux de recours aux mécanismes d'indemnités (par type d'assuré et par type de pathologie). Ces informations complémentaires précisent également que cet accès va concerner les **données pseudonymisées** issues des certificats **d'incapacité de travail dont la durée dépasse 14 jours**. Une telle approche est conforme au principe de minimisation des données. Il importe de le préciser dans le dispositif de l'avant-projet, à titre de garantie appropriée pour les personnes concernées. Il y a encore lieu de s'assurer que la poursuite de la finalité visée par l'accès à la base de données GAOCIT et le croisement de données envisagés s'inscrit dans la/les mission(s) attribuée(s) au Service des soins de santé.<sup>47</sup>
73. En outre, les informations complémentaires reçues<sup>48</sup> ne permettent pas vraiment à l'Autorité de déterminer si le **Service d'évaluation et de contrôle médicaux** doit accéder aux données pseudonymisées enregistrées dans la base de données GAOCIT afin de réaliser ses missions légales ou si ce Service traitera uniquement des données dépseudonymisées, dans certains cas,

---

<sup>46</sup> Voir les commentaires au point 64 ci-dessus.

<sup>47</sup> En vertu de l'article 14 de la loi du 14 juillet 1994, ce service est chargé de l'administration de l'assurance soins de santé.

<sup>48</sup> Interrogé quant aux missions légales pour la réalisation desquelles le Service d'évaluation et de contrôle médicaux doit accéder à la base de données GAOCIT, le demandeur a indiqué que « *Les informations complémentaires indique que « le Service d'évaluation et de contrôle médicaux utilisera plutôt des données dépseudonymisées afin de pouvoir sanctionner l'infraction liée à la prescription de périodes d'incapacité de travail superflues ou inutilement longue* ». Le demandeur a précisé par la suite que « les services de contrôle médical [...] du Service d'évaluation et de contrôle médicaux peu[t] également demander l'accès aux données dépseudonymisées dans certains cas (en fonction des constatations effectuées au cas par cas) [...] » (souligné par l'Autorité)

afin de pouvoir exercer les missions de contrôle qui lui incombent en vertu de l'article 139, alinéa 4, ainsi que le prévoit l'article 13/3, §4, alinéa 2, en projet.

74. Enfin, il ressort des informations complémentaires reçues que le **Centre de connaissances de l'incapacité de travail**<sup>49</sup> va rédiger les outils de gestion (lignes directrices) à l'attention des médecins traitants dans le cadre de la prescription de la durée de l'incapacité de travail, sur la base de l'analyse, telle qu'envisagée par l'avant-projet.
75. Il convient dès lors de **clarifier et reformuler l'article 13/3, §4, alinéa 1 en projet** de manière à ce qu'il permette de comprendre quel service a besoin d'avoir accès à quelle(s) catégorie(s) de données reprises dans la base de données GAOCIT pour réaliser quelle(s) mission(s) légale(s) lui incombant, en s'assurant que chacun de ces services n'accède qu'aux seules données **strictement nécessaires à la réalisation de ses missions légales respectives**.
76. De plus, eu égard à l'ingérence importante engendrée par la mise en place de la base de données GAOCIT pour les droits et libertés des personnes concernées, laquelle est accessible à différents services de l'INAMI, il convient encore de s'assurer que l'accès à cette base de données soit strictement **limité aux seules personnes compétentes qui y sont habilitées**, en vertu de leurs fonctions et du besoin d'en connaître (« need to know basis »). A cette fin, il conviendra de mettre en place une procédure de gestion des habilitations et un contrôle des accès pour limiter l'accès aux personnes dûment habilitées.

## 6. Garanties spécifiques pour le datamining et transparence

77. A la lumière des informations complémentaires transmises, l'Autorité comprend que le datamining envisagé par l'avant-projet sera réalisé par le Service des indemnités de l'INAMI. Pour ce qui concerne les médecins traitants, la technique de datamining envisagée permettra d'identifier les éventuels « *comportements de prescription inappropriés* » relatifs à la prescription de certificats d'incapacité de travail. Lorsqu'un médecin traitant est identifié comme ayant potentiellement un tel comportement, il est inscrit sur une liste de médecins traitants ayant été identifiés comme ayant potentiellement « *un comportement de prescription inapproprié* », laquelle reprend, outre leur numéro d'identification visé à l'article 8 de la loi BCSS ou leur numéro INAMI (qui doit être pseudonymisé<sup>50</sup>) la pathologie/le diagnostic concerné lié(e) au résultat du comportement de prescription pour le bénéficiaire du droit aux indemnités concerné (désigné par le numéro d'identification visé à l'article 8 de la loi BCSS pseudonymisé) par rapport au comportement de prescription

<sup>49</sup> Voir les informations complémentaires mentionnées au point 22 ci-dessus.

<sup>50</sup> Voir le commentaire émis ci-dessus au point 71.

d'autres médecins traitants tenant compte de la taille et de la population de patients de leur cabinet médical. La mention sur cette liste a pour conséquence que le médecin traitant concerné sera informé de son comportement de prescription, sur la base de l'analyse réalisée, par le biais d'un rapport qui sera rédigé par le Service des indemnités. La mention sur la liste précitée peut également conduire à ce que les médecins traitants concernés fassent l'objet d'un contrôle (renforcé/d'une surveillance et) le cas échéant d'une sanction financière infligée par le Service d'évaluation et de contrôles médicaux, en vertu de l'article 13/3, §4, alinéa 2 en projet de la loi du 14 juillet 1994. La mention d'un médecin traitant sur ladite liste peut également conduire à un contrôle médical d'évaluation de leur état d'incapacité de travail<sup>51</sup>, des bénéficiaires du droit aux indemnités, selon les éléments concrets du dossier du bénéficiaire du droit aux indemnités, par les médecins du Service des indemnités, membres du Conseil médical de l'invalidité, en vertu de l'article 13/3, §4, alinéa 2 en projet.

78. Pour ce qui concerne les bénéficiaires du droit aux indemnités, le datamining envisagé permettra de constituer des listes de bénéficiaires ayant potentiellement un « *usage inapproprié de la relation thérapeutique* », laquelle reprendra le numéro d'identification visé à l'article 8 de la loi BCSS dudit bénéficiaire et pour chaque médecin traitant consulté (désigné par le numéro d'identification visé à l'article 8 de la loi BCSS ou le numéro INAMI, qui doit être pseudonymisé<sup>52</sup>), le nombre de certificats d'incapacité de travail avec, pour chacun, la durée de l'incapacité de travail et la pathologie/le diagnostic concerné(e). La mention sur cette liste aura pour conséquences que le bénéficiaire du droit aux indemnités pourra faire l'objet d'un examen médical de contrôle de l'état de l'incapacité de travail, selon les éléments concrets du dossier du bénéficiaire du droit aux indemnités
79. Il est important que la mention d'un médecin traitant ou d'un bénéficiaire du droit aux indemnités sur les listes précitées fasse toujours l'objet d'une vérification par un agent compétent du Service des indemnités de l'INAMI et que cette « **intervention humaine** »<sup>53</sup> ait une **portée réelle**. En d'autres termes, il est requis que la décision de rédiger un rapport afin d'informer un médecin traitant ayant été identifié comme ayant un éventuel « *comportement de prescription inapproprié* » fasse l'objet d'une motivation écrite et que la rédaction de ce rapport repose sur une analyse

---

<sup>51</sup> Il ressort des informations complémentaires que la conséquence pour les bénéficiaires du droit aux indemnités du fait que le médecin traitant qui lui a prescrit une période d'incapacité de travail a été identifié comme ayant potentiellement un « *comportement de prescription inapproprié* » est que les bénéficiaires concernés puissent faire l'objet d'un examen médical « *supplémentaire* » de contrôle de l'état de l'incapacité de travail. L'Autorité suppose qu'il s'agit du contrôle effectué par les médecins du Service des indemnités, membres du Conseil médical de l'invalidité, prévu à l'article 13/3, §4, alinéa 2, en projet. Si tel n'est pas le cas, ce point doit être clarifié.

<sup>52</sup> Voir les observations émises au point 64 ci-dessus.

<sup>53</sup> Il y a lieu de rappeler qu'en vertu de l'article 22 du RGPD, une interdiction générale s'applique à une décision individuelle entièrement automatisée, y compris le profilage, produisant des effets juridiques concernant la personne concernée ou l'affectant de manière significative de façon similaire. Les exceptions à cette interdiction sont énumérées de manière limitative et requièrent, dans tous les cas, l'adoption de mesures appropriées pour protéger les droits et libertés ainsi que les intérêts légitimes de la personne concernée.

circonscrite selon les éléments objectifs constatés. De même, la transmission du dossier individuel d'un bénéficiaire du droit aux indemnités qui a été identifié comme faisant potentiellement un « *usage inapproprié de la relation thérapeutique* » ou dont le médecin traitant a été identifié comme ayant un éventuel « *comportement de prescription inapproprié* » aux médecins du Service des indemnités, membres du Conseil médical de l'invalidité, à des fins de contrôle, doit être motivée par écrit. Il doit en être de même pour la transmission aux inspecteurs sociaux du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) du dossier individuel d'un médecin traitant qui a été identifié comme présentant un risque de « *comportement de prescription inapproprié* ». Il s'agit là d'une **garantie appropriée** pour les droits et libertés des personnes concernées. En effet, en la matière, on peut se référer au scandale des allocations familiales qui s'est produit au Pays-Bas, suite à la mise en place du système anti-fraude SyRI : des milliers de familles ont été accusées à tort de fraude sociale, sans qu'on ne dispose de preuves ou sans que les accusations ne fassent l'objet d'une enquête ou ne soient étayées par une personne physique. De plus, l'application du système algorithmique envisagé peut être considéré comme produisant un effet juridique envers les médecins traitants identifiés comme ayant potentiellement un « *comportement de prescription inapproprié* » et les bénéficiaires du droit aux indemnités identifiés comme ayant un « *usage inapproprié de la relation thérapeutique* » puisque la mention de leurs données d'identification sur les listes précitées impliquera des conséquences non négligeables (pour les médecins traitants concernés : rédaction d'un rapport quant à leur comportement de prescription, contrôle (renforcé/surveillance) et sanction financière éventuelle et pour les bénéficiaires du droit aux indemnités : contrôle). Ces conséquences impactent leur droit à la vie privée (et partant, leur droit à la protection des données à caractère personnel), en particulier lorsque le soupçon d'abus quant à un « *comportement de prescription approprié* » ou à un « *usage approprié de la relation thérapeutique* » n'aurait pas été révélé sans l'algorithme et que la seule mention automatisée de ce soupçon constitue le fondement d'un contrôle ou de l'application d'une sanction financière.

80. Eu égard à l'ingérence particulièrement importante et aux risques pour les droits et libertés des personnes concernées engendrés par la technique de datamining telle qu'envisagée par l'avant-projet, il importe que les indicateurs de risque à la base du modèle de l'algorithme reposent sur un degré de probabilité très élevé de l'existence d'un « *comportement de prescription inapproprié* » ou d'un « *usage inapproprié de la relation thérapeutique* » et que le lien de corrélation soit de qualité suffisante pour limiter les biais.
81. L'Autorité estime important de rappeler que les modèles de datamining présentent une certaine marge d'erreur, de sorte que les données déduites (un score ou un profil déterminé) concernant une personne concernée, obtenues via le datamining, ne peuvent pas en soi avoir de valeur probante. C'est pourquoi il est nécessaire que les **critères de qualité et les indicateurs de risque soient rendus publics**, et dans la mesure du possible, précisés dans l'Exposé des motifs de

l'avant-projet afin de permettre non seulement à l'INAMI, mais aussi par la suite aux médecins et aux bénéficiaires du droit aux indemnités concernées, de disposer d'éléments objectifs qui leur permettent respectivement de vérifier la décision automatisée ou de la contester<sup>54</sup>. **La détermination des modèles de datamining et des indicateurs de risque ainsi qu'une compréhension approfondie du fonctionnement de l'algorithme** qui sera utilisée pour le datamining sont très importantes, vu les quantités massives de données que l'INAMI entend croiser ainsi que leur caractère sensible, et seront aussi requises pour démontrer que le modèle utilisé répond aux exigences formulées dans le Règlement (UE) 2024/1689 du Parlement européen et du Conseil du 13 juin 2024 *établissant des règles harmonisées concernant l'intelligence artificielle et modifiant les règlements (CE) n° 300/2008, (UE) n° 167/2013, (UE) n° 168/2013, (UE) 2018/858, (UE) 2018/1139 et (UE) 2019/2144 et les directives 2014/90/UE, (UE) 2016/797 et (UE) 2020/1828* (règlement sur l'intelligence artificielle). Les observations précitées visent également à garantir le respect du principe de transparence consacré par l'article 5.1.a) du RGPD, en vertu duquel des informations accessibles et compréhensibles concernant tous les aspects du traitement de données doivent être fournies aux personnes concernées par le responsable du traitement<sup>55</sup>.

82. L'Autorité rappelle également que les chapitres I et II du règlement sur l'intelligence artificielle sont applicables depuis le 2 février 2025. Eu égard au fait que système algorithmique envisagé est un système d'intelligence artificielle à haut risque visé à l'annexe III du règlement sur l'intelligence artificielle qui sera utilisé par une autorité publique, à savoir l'INAMI, les mesures nécessaires pour se conformer aux exigences et obligations dudit règlement doivent être prises au plus tard le 2 août 2030 (notamment la réalisation d'une analyse d'impact de l'utilisation dudit système sur les droits fondamentaux).

#### 7. Durée de conservation des données

83. En vertu de l'article 5.1.e) du RGPD, les données à caractère personnel ne peuvent pas être conservées sous une forme permettant l'identification des personnes concernées pendant une durée excédant celle nécessaire à la réalisation des finalités pour lesquelles elles sont traitées.

---

<sup>54</sup> Voir en ce sens l'avis n° 125/2018, points 47 et 58 à 61 ; l'avis n° 2023/2022, point 13 et l'avis 36/2025, point 37.

<sup>55</sup> En la matière, il convient également de souligner les considérants 39 et 60 du RGPD : « [...] *Le fait que des données à caractère personnel concernant des personnes physiques sont collectées, utilisées, consultées ou traitées d'une autre manière et la mesure dans laquelle ces données sont ou seront traitées devraient être transparents à l'égard des personnes physiques concernées. Le principe de transparence exige que toute information et communication relatives au traitement de ces données à caractère personnel soient aisément accessibles, faciles à comprendre, et formulées en des termes clairs et simples. [...]*

*Le principe de traitement loyal et transparent exige que la personne concernée soit informée de l'existence de l'opération de traitement et de ses finalités. Le responsable du traitement devrait fournir à la personne concernée toute autre information nécessaire pour garantir un traitement équitable et transparent, compte tenu des circonstances particulières et du contexte dans lesquels les données à caractère personnel sont traitées. En outre, la personne concernée devrait être informée de l'existence d'un profilage et des conséquences de celui-ci. [...]* »

84. **L'article 13/3, §6 en projet** prévoit que les « *données dans la base de données GAOCIT ne sont pas conservées plus longtemps que nécessaire pour atteindre l'objectif de leur traitement avec une durée maximale de conservation de dix ans à compter du 1<sup>er</sup> janvier de l'année qui suit l'année dans laquelle le certificat électronique concerné a été rédigé.* ».
85. Interrogé quant au caractère nécessaire d'une durée de conservation maximale de dix ans, le demandeur a répondu qu'« *[a]fin de pouvoir effectuer une analyse la plus approfondie possible conformément aux finalités de traitements de données prévues, il est nécessaire de disposer de données suffisantes.*  
*En effet, pour certaines pathologies (très) rares, le nombre de certificats établis par le médecin traitant peut être limité et il est donc important d'avoir une période d'analyse suffisamment longue afin de disposer de données suffisamment qualitatives.* »
86. Dans ces conditions, eu égard à l'ingérence particulièrement importante engendrée par la mise en place – ou du moins l'utilisation - de la base de données GAOCIT, l'Autorité ne comprend pas *a priori* pour quelle raison les données autres que celles relatives aux pathologies très rares ne peuvent pas être conservées pour une durée plus courte. Le demandeur est dès lors invité à **s'assurer du caractère nécessaire d'une conservation de toutes les données contenues dans ladite base de données pendant une durée maximale de dix ans**, au regard des finalités poursuivies par cette conservation et de le justifier, de manière appropriée dans le commentaire de l'article.
87. Il conviendra également de remplacer le terme « *objectif* » figurant à l'article 13/3, §6, en projet par le terme « finalité ».

## **PAR CES MOTIFS,**

### **L'Autorité**

#### **est d'avis qu'il convient de :**

1. prévoir une obligation à charge du médecin traitant de communiquer le certificat électronique d'incapacité de travail (qu'il a rédigé à l'attention de l'organisme assureur et le cas échéant, de l'employeur) à l'INAMI (point 12) ;
2. clarifier l'article 14 de l'avant-projet (points 13 et 14) ;
3. définir de manière suffisamment claire dans le dispositif de l'avant-projet le type d'incapacité de travail contre laquelle l'avant-projet entend remédier (incapacité de travail de longue ou de courte durée) (point 27) ;

4. justifier, de manière adéquate et rigoureuse dans l'Exposé des motifs, le caractère nécessaire et proportionné de la mise en place d'une base de données telle que celle envisagée par l'avant-projet et de justifier la mise en place de la procédure de datamining, telle qu'envisagée, au regard de l'exercice des compétences de contrôle en matière d'évaluation de l'incapacité de travail (points 26 à 37) ;
5. définir scrupuleusement dans l'avant-projet les circonstances dans lesquelles seront activés les signaux d'alerte d'abus de comportements visés et préciser que cela ne devrait être qu'en cas d'écart manifeste ou répété par rapport à la « norme » (point 33) ;
6. adapter, le cas échéant, l'article 78 de la loi du 14 juillet 1978 afin d'y définir de manière claire la mission d'intérêt public qui sera confiée au Service des indemnités, dans le cadre de l'avant-projet (point 36) ;
7. revoir en profondeur l'article 13/3, §3 en projet de la loi du 14 juillet 1994 afin qu'y soient mentionnées, de manière exhaustive et suffisamment claire et précise, toutes les finalités poursuivies par les traitements de données engendrés par la création et l'utilisation de la base de données GAOCIT, et ce dans le respect des principes de nécessité et de proportionnalité (points 45 à 54) ;
8. prévoir à l'article 13/3, §3, alinéa 2, en projet de la loi du 14 juillet 1994 que les conditions/circonstances dans lesquelles le rapport destiné à informer le médecin traitant quant à son comportement de prescription sera rédigé et envoyé ainsi que les (catégories de) données reprises dans ce rapport soient prévues dans l'avant-projet (point 55) ;
9. remplacer l'expression « *en fonction des constatations effectuées* » figurant à l'article 13/3, §4, alinéa 2 en projet de la loi du 14 juillet 1994 par l'existence d'indices sérieux et avérés d'abus dans le cadre de l'usage de la relation thérapeutique ou dans le cadre de la prescription d'incapacité de travail et précisé que la dépseudonymisation n'aura lieu qu'au cas par cas (point 62) ;
10. prévoir que le numéro d'identification visé à l'article 8 de la loi BCSS ou le numéro INAMI des médecins traitants soit également enregistré dans la base de données GAOCIT de manière pseudonymisée (point 64) ;
11. mieux encadrer l'utilisation éventuelle du numéro d'identification du Registre national (point 68) ;
12. clarifier et reformuler l'article 13/3, §4, alinéa 1 en projet de manière telle à comprendre quel service a besoin d'avoir accès à quelle(s) catégorie(s) de données reprises dans la base de données GAOCIT pour réaliser quelle(s) mission(s) légale(s) lui incombant, en s'assurant que chacun de ces services n'accèdent qu'aux seules données strictement nécessaires à la réalisation de ses missions légales respectives (points 71 à 75) ;
13. s'assurer que la mention d'un médecin traitant ou d'un bénéficiaire du droit aux indemnités sur les listes concernées fasse toujours l'objet d'une vérification par un agent compétent du

Service des indemnités de l'INAMI et que cette « intervention humaine » ait une portée réelle (point 79) ;

14. eu égard aux risques élevés liés à une prise de décision automatisée à grande échelle, il est nécessaire de rendre public des explications quant au fonctionnement concret des algorithmes utilisés, aux modèles et indicateurs de risques et aux critères de qualité tant des données que des décisions (point 81) ;
15. s'assurer du caractère nécessaire d'une conservation de toutes les données contenues dans la base de données GAOCIT pendant une durée maximale de dix ans, au regard des finalités poursuivies par cette conservation et de le justifier, de manière appropriée dans le commentaire de l'article (point 77)
16. remplacer le terme « *objectif* » figurant à l'article 13/3, §6, en projet de la loi du 14 juillet 1994 par le terme « finalité » (point 87).

Pour le Service d'Autorisation et d'Avis,  
(sé.) Alexandra Jaspar, Directrice