**GT Ethique 15 septembre 2025**

**Projet de PV**

Présents : Christine Berlaimont, Ria Decoopman, Karine Rochtus, Véronique Duchenne, Muriel Dossin

CB : Peu de membres sont présents.

VD : On va faire un appel à Plénière d’octobre.

KR : Je propose de parcourir le projet de note et de demander à tous d’être présents la prochaine fois.

**Approbation du calendrier** : ok pour le changement de date en février.

**Interprétariat lors des réunions** :

VD : Nous avons reçu la consigne, par voie hiérarchique, de compresser les frais. Dans quelle mesure peut-on revoir la traduction dans le cadre du GT Ethique ? Il faut tenir compte du côté parfois technique de nos débats. Possible pour tout le monde de comprendre la langue de l’autre et de s’exprimer dans la sienne ?

CB : OK pour réunion, mais la traduction reste importante pour les notes écrites.

VD : Tant que les documents ne sont pas finalisés, nous allons continuer à recourir aux traduction deepl, qui ne sont pas idéales.

RD : Ok pour réunion mais traduction utile pour la relecture de documents.

KR : Important pour moi de m’exprimer dans ma propre langue. Pour le reste, ok pour suivre en FR et traduction deepl.

VD : On reposera la question par écrit ou à la réunion suivante. Merci pour votre souplesse.

**Présentation « IA dans la sécurité sociale »** :

MD présente la thématique sur la base des recherches sur l’IA menées dans le cadre du GT Ethique.

-Il existe des indices documentés d’une utilisation croissante de l’IA dans la protection sociale.

(Voir documents de la farde).

- Ce phénomène est préoccupant pour plusieurs raisons:

1°) les rapports dans la farde citent nombre de risques, qui ne trouvent aucune réponse et sont rapidement balayés.

2°) Voir les scandales qui ont éclaté dans plusieurs pays (Pays-Bas, France, Australie, Danemark), notamment avec des dispositifs d’IA utilisés pour lutter contre la fraude sociale. En Belgique, on ne sait pas ce qu’il en est, les algorithmes sont secrets.

3°) Divers organismes (IFPPDH, Amesty International, UNIA) et des personnalités scientifiques alertent sur différents phénomènes liés à l’utilisation de l’IA dans la Sécurité Sociale: risque élevé pour minorités vulnérables et personnes dépendantes des aides de l’état, dont PSH; présomption de culpabilité; charge de la preuve pour l’accusé et non l’accusateur; risque de harcèlement administratif; transformation des systèmes d’aide sociale en dispositifs numériques qui visent à surveiller, anticiper les comportements, voire punir les bénéficiaires de prestations sociales.

La thématique a été présentée au Bureau du 1/9/2025 avec la question de savoir si elle devait être explorée et creusée plus avant. La proposition du Bureau est que le GT Ethique s’empare de la question lorsqu’il aura terminé es travaux sur l’IA en soins de santé.

L’exposé sera présenté et la proposition sera soumise à la Plénière d’octobre.

CB : Urgent ! Peut-on attendre que le GT ait terminé ses travaux ?

MD : On n’a pas d’accroche tangible ; on pourrait inviter des spécialistes qui s’occupent de ces questions en Flandre et côté francophone .

CB : N’y a-t-il pas de spécialistes politiques ?   
MD : UNIA travaille sur la question mais peine à rassembler des témoignages.

KR : L’IA est impossible à arrêter. On ne s’arrêtera pas aux inconvénients. En Belgique, il y a 10 ans, on a découvert que trop de personnes percevaient des allocations majorées. Dans ce cas, c’est le FISC qui a été utilisée pour détecter les cas de fraude. Il y avait 80% de faux bénéficiaires. Les mutualités ont été forcées de faire plus d’efforts pour atteindre les bonnes personnes. Mais il n’y a pas de transparence. Les données ne disent pas tout. Je ne comprends pas comment les Pays-Bas se sont retrouvés dans la situation évoquée par MD. En Belgique, il y aura de la clarté. La Sécurité Sociale doit démontrer la fraude. Comme on ne pourra pas arrêter le mouvement vers plus d’IA, il faut se focaliser sur la charge de la preuve et la transparence. Par exemple, l’utilisation de l’IA dans les diagnostics est très risquée. Pour la reconnaissance de incapacité de travail, il faut un examen plus poussé, approfondi, pour avoir les bons éléments pour asseoir la reconnaissance. Il existe tellement de maladies. Chaque cas est particulier : comment l’IA va-t-elle pouvoir intégrer toute les nuances d’une situation ? Idem pour le traitement de pathologies. Comment l’IA va-t-elle tirer des conclusions ? Exemple : une personne a été opérée au cerveau, elle avait un diplôme universitaire, et un poste de travail en-dessous de son niveau. La DG HAN n’a pas compris que le cerveau de cette dame ne fonctionnait plus comme avant.

CB : Il a été dit qu’un médecin aura le dernier mot, mais l’algorithme doit être connu.

KR : Quid si IA dit pas reconnaissance et le médecin dit oui, quelle sera la décision ? Il faut plaider pour la transparence. Et la charge de la preuve doit appartenir à l’accusateur, pas à l’accusé.

MD : A la plénière d’octobre, à la suite de l’exposé, on pourra aussi préparer des questions sur le sujet pour la rencontre avec le ministre VDB de décembre.

**Passage en revue de la note de position** :

MD donne quelques éléments de contextualisation de la note :

1. je me suis basée sur les intervenants rencontrés ; si quelque chose manque, signalez-le SVP ;
2. l’accompagnement du patient dans le trajet de soin : faut-il l’ajouter et faire un chapitre en tant que tel en plus, ou scinder la note en 2 parties, trajet de soins et droits humains ? Dans sa version actuelle, la note est centrée sur les droits humains.

KR : Les 2 aspects sont nécessaires. Je ne vois pas comment l’IA va établir une décision par rapport aux besoins et questions d’importance pour le patient.

CB : Comment le patient va-t-il intégrer les nouvelles technologies ? Comment va-t-il recevoir cette formation ?

MD : C’est toute la question de la littératie en soins de santé ou le besoin que le patient a de comprendre, de s’informer et de donner *in fine* son consentement ou pas.

KR : Je le mettrais dans une seule note car tout à fait lié. Par ex : droits des patients.

MD : Avez-vous des idées de personnes à inviter ?

KR : Dans tous les mutualités, il y a un spécialiste IA ; il faudrait demander à la Plateforme Patientenrechten s’il y a quelqu’un de familiarisé à l’IA. Cela devrait être le cas puisque la loi sur les droits des patients vient d’être élargie à la share patienten rechten.

Remarques générales sur la note ?

B : Note très complète et fidèle à nos échanges.

Méthodologie

KR : Je comprends la question de l’implication des PSH mais il me semble que cela ne s’est pas fait.

MD : Je me référais aux PSH du GT lui-même. On peut l’enlever ou consulter des PSH qui sont confrontées à l’IA dans leur trajectoire de soins.

KR : On n’a pas vu les PSH comme experts mais on en a beaucoup parlé.

MD : Avez-vous des idées de personnes que l’on pourrait inviter ?

CB : Voir firme ODOO qui engage beaucoup de PSH.

KR : Ce n’est pas facile de trouver ces PSH car on veut identifier les défis et les risques. Il y a aussi des bonnes choses amenées par l’IA ; il faudra aussi les identifier.

VD : UNIA est à la recherche de témoignages et peine à en trouver. Le secrétariat peut chercher des spécialistes sans problème. En revanche, en ce qui concerne des témoignages de vécus de PSH, on compte sur les associations pour nous les remonter.

CB : Facultés universitaires ?

Cadre supranational

MD : Il y a 2 sortes de textes : ceux centrés sur les droits humains qui ne sont pas contraignants et ceux qui sont contraignants mais ne sont pas en lien avec les droits humains. En définitive, le cadre est insuffisant.

KR : Le risque des discriminations est-il abordé ?

MD : Oui.

Cadre 4.2 « qualité du développement » – les enjeux

CB : Que signifient les biais à priori et postériori ?

MD : Ceux à postériori sont ceux qu’on peut ajouter dans une IA pour personnaliser la décision médicale à prendre. Ils sont intéressants mais nécessitent une très bonne connaissance de la part des prestataires de soins pour « jouer » avec l’IA. Les biais à priori sont ceux qui interviennent dans la phase de développement du système d’IA. Ils sont dangereux car ils peuvent générer des discriminations, comme par exemple exclure des groupes de personnes.

CB : Il faut que les biais à priori soient testés suffisamment 🡺 dans les recommandations : ajouter « rendre contraignants »

KR : Il faut ajouter de manière transversale que le contexte de vie du patient est oublié. MD : On peut en, parler dans les biais et dans la partie « trajet de soins » encore à développer.

CB : RGPD et info personnelles : je peux entendre que mes données peuvent être utiles pour les TS d’autres mais ce qui me gênerait c’est que ces données soient utilisées par un organisme d’assurances ou une banque 🡺 demander que les frontières soient fermes.

KR : Il faut impliquerl’APD.

RDC connait quelqu’un qui était sur le point de décéder, a survécu et reçoit à présent des publicités pour funérailles. Il y a donc des « fuites ».

KR : (Recommandations) Artsen ontlasten van …. : revoir la formulation car les médecins doivent rester responsables de la décision ; je comprends de laisser la validation à un organe extérieur et dire plutôt « soutenir les médecins … »

MD : Le médecin reste responsable de la décision finale mais pas responsable de la validation du système d’IA.

KR : L’IA doit être très TOUJOURS très transparent quant à ses sources ; il faut même que ces infos soient partagées avec le patient. Il faut plaider pour la transparence des sources.

Envoyer note amendée + questions aux absents.