



Programme annuel 2026

Ce document offre un aperçu des nouveaux projets approuvés par l'Organe d'administration de l'AIM du 28 mai 2025 et du 5 novembre 2025. Le programme annuel 2026 comprend également les projets encore en cours issus du programme annuel précédent, ainsi qu'un aperçu des principaux projets récurrents et missions permanentes. Si vous souhaitez obtenir des informations complémentaires, vous pouvez prendre contact avec

sofie.vanassche@intermut.be ou catherine.lucet@intermut.be.

Public-cible : partenaires de l'AIM

Date de publication : décembre 2025

ASBL Agence Intermutualiste • Av. du Boulevard 21 B7 • 1210 Bruxelles
ima-aim@intermut.be • www.ima-aim.be • BCE 0478.655.210 • RPM Bruxelles

Table des matières

1. Introduction : vision et objectifs stratégiques de l'AIM.....	3
2. L'AIM, centre de recherche	5
2.1. AXE DE RECHERCHE ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE ET SOCIALE DES SOINS DE SANTÉ 5	
2.2. AXE DE RECHERCHE INCAPACITÉ DE TRAVAIL	8
2.3. AXE DE RECHERCHE POPULATION HEALTH MANAGEMENT	9
2.4. AXE DE RECHERCHE QUALITÉ DES SOINS	10
2.5. AXE DE RECHERCHE DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ EFFICACES ET CORRECTES	12
3. Centre d'expertise de données.....	16
3.1. Données source : gestion & qualité	16
3.2. L'Échantillon permanent (EPS)	19
3.3. L'Atlas AIM	20
3.4. Metadata	25
3.5. Data science (data mining et techniques de machine-learning)....	Error! Bookmark not defined.
3.6. Livraison structurelle de données et statistiques	26
3.7. Bases de données couplées.....	29
3.8. Mise à disposition de données (ou statistiques anonymes après analyse) pour la recherche scientifique et la politique de soins de santé	30
4. L'AIM, plateforme de communication et d'information.....	35
5. Collaboration.....	37

1. Introduction : vision et objectifs stratégiques de l'AIM

Toutes les activités de l'AIM s'inscrivent dans le cadre de la vision et de la mission ainsi que des objectifs stratégiques qui s'y rapportent. Chaque objectif stratégique repose sur plusieurs piliers qui renvoient aux objectifs opérationnels sous-jacents. Le contenu de la majorité des projets correspond également à un ou plusieurs thèmes. Dans l'aperçu visuel, les projets sont classés selon

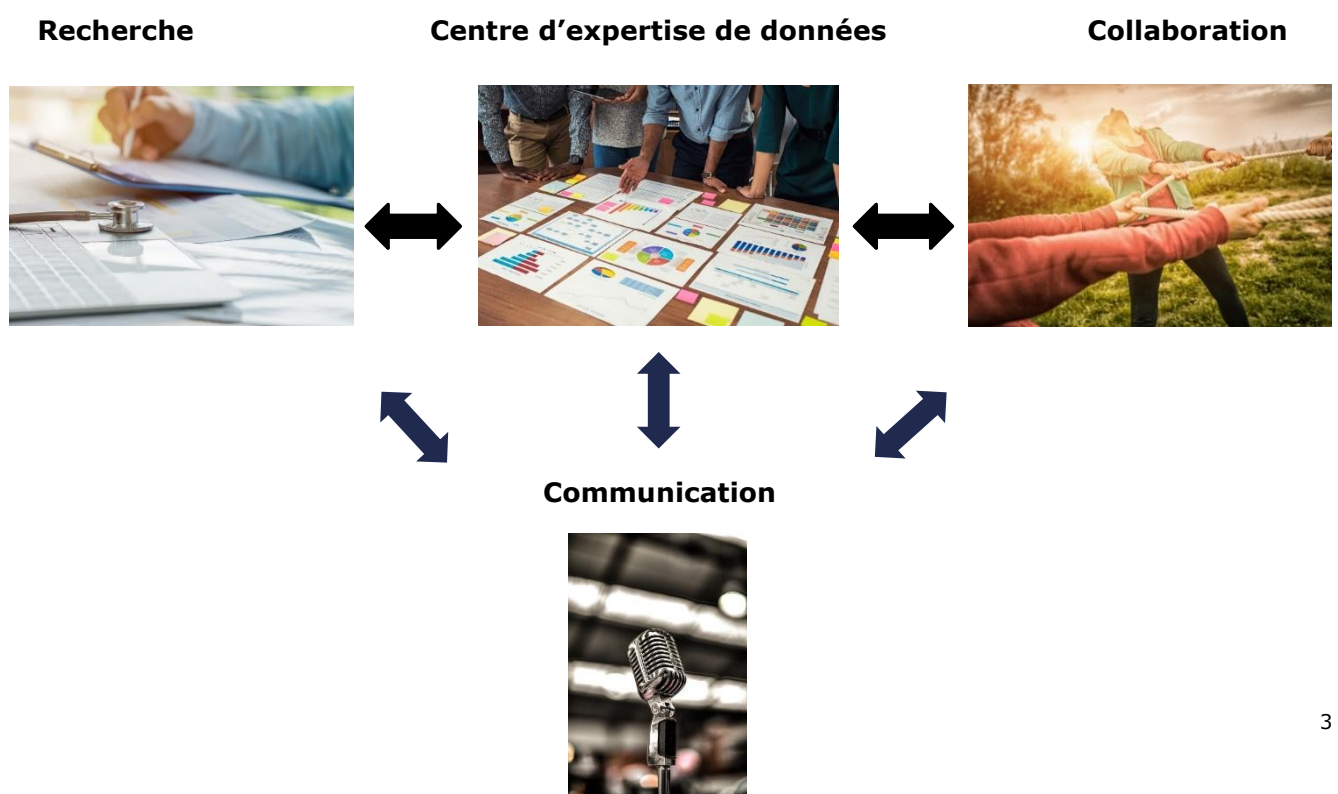


leur thème principal. Naturellement, les objectifs stratégiques sont liés les uns aux autres et les projets traitent de plusieurs thèmes. Afin de faciliter la lecture, nous ne mettons pas l'accent sur ces interactions dans ce document.

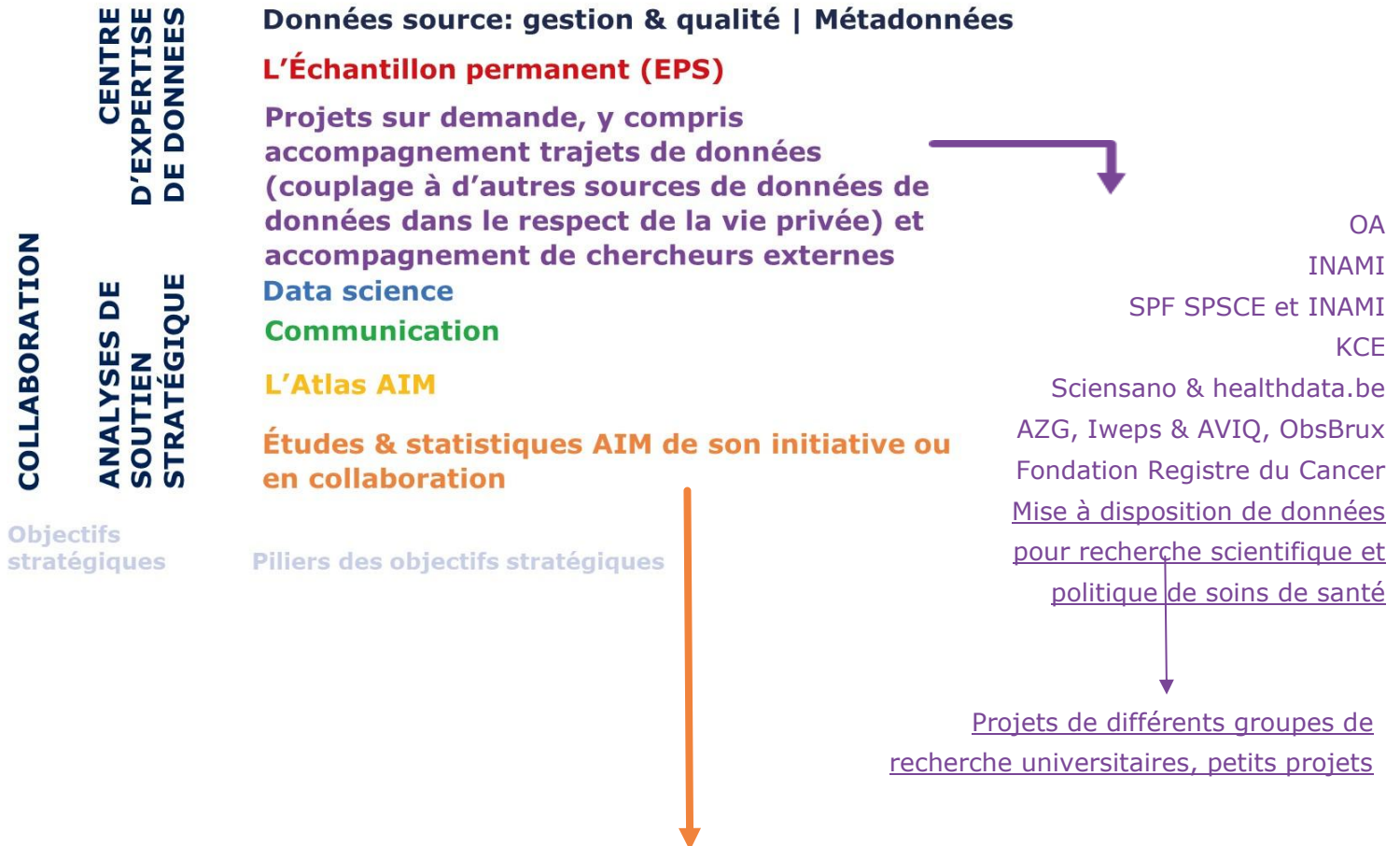
L'AIM collecte, gère et conserve les données des 7 organismes assureurs (OA) de Belgique, met les données à disposition et les analyse de sa propre initiative ou à la demande de ses partenaires en vue du maintien et de l'amélioration de la performance, de la qualité et de l'accessibilité des soins de santé et de l'assurance maladie-invalidité en Belgique.

L'AIM s'attache à promouvoir une augmentation de l'accessibilité et une utilisation efficace des données, notamment par le biais de couplage à d'autres bases de données et/ou un enrichissement par celles-ci. Tout cela est réalisé dans le respect de la protection de la vie privée et de la sécurité des données.

Via l'Atlas AIM, l'AIM propose une source de données en accès libre comprenant des indicateurs de santé destinés à un public élargi.



Synthèse visuelle



Accessibilité : baromètre hospitalier AIM, suppléments soins hospitaliers en ambulatoire
Efficacité : plan d'action contrôle
Qualité : VIKZ, PAQS, surveillance paramètres *triple aim*
SP & Objectifs de santé : cf. Atlas, projets incapacité de travail
Financement & organisation : analyses pour commissions, dépenses soins de santé groupes cibles spécifiques, évaluation convention reconstruction mammaire
Prévention

2. L'AIM, centre de recherche

Objectif stratégique I

L'AIM soutient le rôle des organismes assureurs **par l'enregistrement des données, les analyses et les études en vue de promouvoir l'amélioration permanente du système de soins de santé et une assurance maladie-invalidité performante.** À cet égard, la vision du Collège Intermutualiste National sert de boussole.

Les missions de l'AIM concernent les thèmes suivants :

Accessibilité des soins (d'un point de vue financier, géographique, social, etc.) | Utilisation efficace et rationnelle des moyens disponibles | Qualité des soins | Suivi de la santé publique et des objectifs de santé | Financement et organisation des soins et de l'assurance maladie-invalidité | Prévention

En 2026, nous voulons continuer à évoluer vers des axes de recherche stratégiques autour desquels sera articulé le programme de recherche de l'AIM, que ce soit de sa propre initiative ou en collaboration avec ses partenaires. Cet objectif nécessite d'entamer un trajet de réflexion qui mettra aux prises l'ensemble de l'équipe AIM, le Program Board ainsi que les services étude des organismes assureurs. Afin de mener à bien cet objectif, nous souhaitons créer des groupes à thèmes composés de collègues de l'AIM, des OA et, le cas échéant, de partenaires externes (centres de connaissance et société civile). En outre, nous miserons davantage sur les projets de recherche à long terme et récurrents. Ceux-ci nous permettront un profilage de contenu mieux défini et de renforcer l'expertise de l'AIM en tant que centre de recherche, constituant ainsi un levier dans l'optique de financement de projets externes. Ces ressources externes doivent être vues dans un premier temps comme du co-financement destiné à augmenter notre capacité à mener des projets internes.

2.1. AXE DE RECHERCHE ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE ET SOCIALE DES SOINS DE SANTÉ

2.1.1. Accessibilité des réseaux de soins de santé mentale [PELZ, lancé en 2025]

Les objectifs de ce sous-projet axé sur les soins de santé mentale doivent encore être définis. L'objectif est d'ajouter à l'Atlas AIM des indicateurs sur ce thème dans ce domaine.

L'AIM agit en tant que partenaire au sein du consortium qui, le 2 décembre 2024, a souscrit au marché public relatif à l'évaluation de la convention soins de santé mentale.

Concrètement, il s'agit du projet EPCAP 3.0 (« EVALUATION OF PRIMARY CARE PSYCHOLOGY-3.0 ») mené en collaboration avec la KULeuven, l'ULB, la VUB et l'Université de Liège. Dans ce cadre, l'AIM assure la coordination de l'évaluation du dashboard Mental Health Care et, avec les autres partenaires de recherche, développe des indicateurs visant à évaluer la convention.

2.1.2. Baromètre hospitalier AIM [projet récurrent, FITO]

Le projet récurrent « Coûts hospitaliers à la charge du patient » de l'AIM a pour objectif d'évaluer les différentes composantes de la facture du patient lorsqu'il est hospitalisé, mais aussi d'assurer le suivi de l'évolution de celle-ci ; à cet effet, les suppléments d'honoraires médicaux sont analysés en profondeur.

En fonction de la disponibilité de l'ensemble des données, l'analyse sera progressivement élargie à d'autres services qui ont un lien avec le trajet de soins, notamment les services ambulatoires avant et après l'hospitalisation ainsi que d'autres types de soins (p.ex. hospitalisation à domicile).

2.1.3. Courbes de Lorenz [projet récurrent, CLLC]

Mise à jour annuelle des courbes de Lorenz, qui indiquent le taux de concentration des dépenses de santé.

2.1.4. Accessibilité financière des services ambulatoires [différents projets récurrents]

Analyse des suppléments facturés pour des soins ambulatoires dans différents secteurs. Cette étude est réalisée en plusieurs phases et dépend de la disponibilité des suppléments correctement enregistrés dans les données de facturation, à savoir en 2025 :

- Mise à jour de l'analyse des suppléments d'imagerie médicale lourde (**CAIM**)
- Création de la surveillance des suppléments non remboursables et des services en dentisterie (**TRSP**) et médecine après l'entrée en vigueur de la « loi transparence ».
- Soins dentaires : identification des patients aux besoins spécifiques (**IPBN**)
- Impact changements tiers payant 2022 (**DDBT**) : à la demande du CIN Politique (en coll. avec CIN Datamining)

Le lien avec le Plan d'action en matière de contrôle des soins de santé est maintenu.

2.1.5. Dépenses et accessibilité soins de santé groupes cibles spécifiques, y compris les personnes vulnérables (phase exploratoire, SPEC)

Objectif de ce sous-projet (notamment sur la base des nouveaux indicateurs de l'Atlas AIM) : documenter les dépenses/la consommation de différents secteurs de soins de santé des Belges pour différents groupes cibles.

Il s'agira plus particulièrement d'évaluer l'accès des groupes de populations vulnérables aux soins de santé dans le cadre de la lutte contre les inégalités de soins de santé et de l'effet des différentes mesures relatives à cet accès, et ce en analysant la consommation de certains types de soins par ces groupes cibles spécifiques.

2.1.6. DMG, soins et frais de santé (VGMD, clôturé en 2025)

Les questions de recherche de ce projet sont les suivantes : 1) Observe-t-on une différence significative entre les frais de soins de santé du patient avec et sans DMG ? 2) Le fait de posséder un DMG joue-t-il un rôle sur le nombre de consultations chez le médecin généraliste ?

Le rapport final est disponible depuis juillet 2025 (en néerlandais) :

Pauline Lammertyn, Ruud Saerens (Juillet 2025). <i>Globaal Medisch Dossier. Evaluatie van de gezondheidskosten en zorggebruik bij patiënten met en zonder GMD</i> . AIM Agence Intermutualiste, Bruxelles

2.1.7. Étude de l'impact du travail des *Community Health Workers* (CHW) à la demande des organismes assureurs et de l'équipe du projet [ICHW, phase exploratoire]

Le projet "*Community Health Workers*" (CHW) est actif depuis 2021 dans plusieurs quartiers d'Ostende, Gand, Anvers, Tirlemont, Genk, Bruxelles, Charleroi, Liège, Verviers et Eupen. Le projet a été prolongé jusque fin 2025 et l'objectif est de mesurer objectivement l'impact du travail effectué.

Après une première évaluation en 2024, une étude de suivi est encore en phase exploratoire.

Question de recherche : la consommation de soins de première ligne a-t-elle évolué depuis que les CHW sont présents sur le terrain ?

L'idée du projet consisterait à comparer plusieurs indicateurs de résultat des quartiers CHW à ceux de quartiers de contrôle et à répondre aux questions suivantes :

- Le nombre de personnes qui font appel à un médecin généraliste ou à un dentiste augmente-t-il ?
- Le nombre de personnes inscrites en maison médicale augmente-t-il ?
- Le recours aux services d'urgence diminue-t-il ou, au contraire, augmente-t-il ?
- Le nombre de personnes affiliées à une mutualité augmente-t-il ? (impossible avec les données AIM)

Après avoir réalisé une première évaluation en 2024, une étude de suivi est encore en phase exploratoire.

2.1.8. AIM-INAMI | Évaluation convention reconstruction mammaire [BORS, phase exploratoire]

Phase exploratoire : mise à jour, basée sur les données AIM, de l'évaluation de l'impact de la convention renouvelée avec les chirurgiens concernant les suppléments d'honoraires facturés en cas de reconstruction mammaire. Les objectifs spécifiques à cette actualisation doivent encore être définis.

2.2. AXE DE RECHERCHE INCAPACITÉ DE TRAVAIL

2.2.1. Trajet professionnel après incapacité de travail [PTAO, en cours]

Questions de recherche : Après une période d'incapacité de travail, le travailleur :

- Retourne-t-il chez son ancien employeur (à temps plein ou à temps partiel) ;
- Change-t-il d'employeur (à temps plein ou à temps partiel) ;
- Bascule-t-il dans le régime du chômage ou de pension ?

Cette étude nécessite un couplage des données d'invalidité et de soins remboursés (hospitalisations, médicaments, contacts médecin) avec les données de la BCSS.

2.2.2. Le lien entre l'invalidité et la dernière profession exercée [INBE, en cours]

Objectif : Certaines professions présentent-elles un risque plus élevé d'entrée en incapacité ? Quelle profession a-t-elle généré proportionnellement le plus d'incapacité de longue durée ? Observe-t-on des différences significatives entre d'un secteur d'activités à l'autre ? Dans quel secteur d'activité ou quelles professions observe-t-on proportionnellement le plus d'incapacité primaire ou d'invalidité ? Quelle est la durée moyenne d'une incapacité selon le type de profession, le secteur d'activité ? Selon la profession exercée (avant l'entrée en incapacité), quelles sont les soins (les pathologies ?) les plus fréquentes en incapacité primaire, en invalidité ?

Les réponses à ces différentes questions nous permettront d'approfondir notre expertise et nos connaissances du secteur des indemnités et contribueront à la politique de prévention des risques socio-professionnels. Les dépenses de soins de santé (hospitalisations, médicaments, contacts médecin) de toutes les personnes comptant au moins un jour d'incapacité primaire de travail ou d'invalidité seront couplées aux données de la BCSS relatives à la profession. La fréquence des différentes professions dans la population générale sera également analysée.

2.2.3. AIM - INAMI | Santé mentale et incapacité de travail [PSYA, en cours]

Objectifs : définir le profil des personnes en incapacité de travail de longue durée (> 6 mois) due à des troubles psychologiques. Les facteurs qui peuvent expliquer la durée et le nombre d'épisode en incapacité sera également étudiée, de même que l'impact de la crise du COVID-19. Les objectifs de ce projet s'étalant sur plusieurs années sont répartis en plusieurs sous-projets.

2.3. AXE DE RECHERCHE POPULATION HEALTH MANAGEMENT

2.3.1. INAMI et SPF SPSCE : protocole d'accord soins intégrés [PLAN, en cours]

L'objectif est de continuer à fournir les services prévus dans le cadre du Plan Soins intégrés (2022-2024) durant la période 2024-2028. Le soutien de l'AIM consistera à :

- élaborer des stratégies d'évaluation et de gestion de population destinées aux trois programmes (soins périnataux, personnes vulnérables, obésité) ;
- identifier les indicateurs pertinents afin de définir les groupes cibles, l'évaluation et les niveaux de référence des trois programmes (niveaux de référence soins périnataux entamés en 2025) ;
- mettre en œuvre une analyse des trois programmes comme composantes de la stratégie d'évaluation et de gestion de population, et établir un rapport sur le sujet ;
- développer un dashboard de gestion de population ;
- réaliser les couplages nécessaires entre les différentes bases de données.

2.3.2. Dashboard Mental Health Care [DMHC, en cours]

L'AIM soutient le CIN dans les développements futurs du dashboard MHC à partir du savoir-faire acquis grâce à l'Atlas.

2.4. AXE DE RECHERCHE QUALITÉ DES SOINS

2.4.1. Projets en collaboration avec VIKZ [VIVI, en cours]

Depuis 2022, la collaboration a été renforcée grâce à une convention de coopération officielle entre le VIKZ, le Collège intermutualiste flamand et l'AIM. Cette collaboration structurelle permettra de renforcer la mission première du VIKZ – mesurer et rédiger des rapports publics sur la qualité des soins dans les secteurs de soins en Flandre – en misant sur le développement à la rédaction de rapports publics relatifs à des indicateurs permettant au citoyen à la recherche de soins de faire ses propres choix, et les mettre à profit comme élément directeur et de référence dans le cadre des objectifs stratégiques de tous les secteurs du VIKZ. L'objectif stratégique commun consiste, tout au long des trois années que durera le projet, à stimuler et favoriser la transparence, à soutenir les choix éclairés et démontrer l'amélioration de la qualité grâce à un projet réfléchi et commun, couplé aux objectifs de santé et de soins.

Sélection des thèmes et domaines d'indicateurs dans le cadre de l'accord de collaboration 2025-2028 :

- Les indicateurs sont déterminés sur la base des données disponibles. À cet effet, nous cherchons des indicateurs 'à l'impact fort', dont la pertinence a été suffisamment démontrée à l'échelle internationale et qui ne sont pas à l'ordre du jour. Les indicateurs faisant partie du portfolio doivent être issus de chaque institut de qualité aux ambitions et objectifs similaires.
- Nous nous concentrons sur les indicateurs qui permettent aux utilisateurs de faire un choix éclairé, donc pertinents aux yeux du demandeur de soins, et plus particulièrement sur les indicateurs de résultat, qui concentrent des groupes de pathologies courantes pouvant comprendre des variations injustifiées (*unwarranted variations*) d'un service de soins à l'autre. Nous nous basons autant que possible sur les sources de données existantes et évitons la charge d'enregistrement et les doubles collectes et traitement de données (principe *Only once*).
- Outre les indicateurs de résultat, des indicateurs liés au processus sont nécessaires afin d'obtenir des informations sur ceux-ci et ainsi favoriser l'amélioration de la qualité. Cependant, ces indicateurs seront principalement mis en œuvre au travers d'autres évolutions au sein du VIKZ.
- Les domaines d'indicateurs suivants sont identifiés comme sous-groupes potentiels de ce projet :
 - Réadmissions spécifiques aux pathologies, admissions évitables et mortalité, et ce pour des groupes de pathologies courantes [**VIPA**, en cours] ; mortalités et réadmission après hospitalisation [**MOHE**, en cours] ;

- Indicateurs calculés sur la base des données AIM-RHM permettant d'analyser la qualité dans les maisons de repos, tels que la consommation d'antipsychotiques [**PWZC**, en cours], la polypharmacie et les hospitalisations potentiellement évitables au départ d'une maison de repos [**KWZC**, en cours]. En complément à ce volet en collaboration avec VIKZ-VICO, l'AIM explore, à partir de septembre 2025, les possibilités de voir ces indicateurs constituer une base d'indicateurs de qualité relatifs aux soins à domicile.
- Ces domaines d'indicateurs peuvent être visibles aussi bien à l'échelle des services de soins individuels qu'au niveau meso, tels que les régions, les réseaux et les zones de première ligne.
- Dans le cadre de cette collaboration, il est fait appel aux partenaires du projet afin de permettre, *via* les autorités compétentes (le SPF Santé publique en premier lieu), le couplage des indicateurs calculés au niveau des institutions et services, et ce à des fins de validation de ceux-ci et d'amélioration ciblée de la qualité.
- Une fois l'accord de collaboration approuvé, ces domaines seront mis en œuvre par l'équipe de projet qui doit encore être composée, en accord avec chaque bureau des associations de fait du VIKZ et conformément aux procédures décisionnelles du VIKZ.
- Outre les nouveaux indicateurs à développer, les indicateurs de qualité existants sont actualisés chaque année (cf. *infra*, livraisons de données et statistiques structurelles).

En 2025, un trajet a été mis sur pied avec la PAQS afin d'évaluer les possibilités de leur partager les indicateurs développés pour le VIKZ. Les contours de cette collaboration continueront d'être dessinés en 2026, ainsi que l'exploration d'une convention avec AVIQ.

2.4.2. Évaluation de l'AR relatif aux programmes de soins « pathologie cardiaque » [CAPA, phase exploratoire]

Questions de recherche :

A-t-on connaissance de chiffres récents sur les programmes de soins cardiaques ? Observe-t-on une diminution du nombre de décès dus à un infarctus du myocarde aigu depuis la mise en place de centres B2 supplémentaires ? Existe-t-il un lien entre le nombre d'interventions, les risques de complications/interventions supplémentaires/augmentation de la consommation de ballons et stents et la taille du centre ? Éventuellement d'autres paramètres ?

Le couplage avec les données RHM (données pathologie nécessaires), et donc l'accord préalable du SPF Santé publique ainsi que l'introduction d'une demande auprès du Comité de sécurité de l'information, est nécessaire afin de pouvoir réaliser cette étude.

2.5. AXE DE RECHERCHE DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ EFFICACES ET CORRECTES

2.5.1. AIM – CIN Datamining & Contrôle - INAMI | Projets fraude et soins efficaces [FROD, en cours]

Mission permanente en collaboration avec le CIN Datamining & Contrôle et l'INAMI :

- Coopération et coordination entre les OA relatives à leur mission de contrôle (= surveillance de l'application correcte de la réglementation AMI par les prestataires de soins)
- Coopération entre les OA et le Service d'évaluation et de contrôle médical (DGEC-INAMI) en matière de contrôles (concertation mensuelle)
- Prévention et détection des erreurs de facturation
- Suivi des dossiers de contrôle individuels
- Actions de surveillance systématique des professions de santé (par exemple, prestataire de soins modal, détection des *outliers*)
- Sensibilisation à la réglementation et visibilité des activités de contrôle CIN et OA (par exemple, les maisons médicales)

Dans ce cadre, dès que cela est possible, nous faisons le lien avec les projets réalisés dans le cadre du Contrôle VARAK 2026

2.5.2. Immunothérapie [IMNO, en cours]

La proposition consiste à actualiser l'étude AIM existante (cf. [site web](#)), à y inclure de nouveaux médicaments et à se limiter à 1, 2 et 3 années d'espérance de vie. Nous évaluerons également si des comorbidités peuvent permettre de prédire l'espérance de vie.

2.5.3. Profilage soins à domicile [THUS, phase finale]

Profil des personnes qui ont recours aux soins à domicile + répartition des valeurs W dans les soins à domicile. Une première version de ce rapport est disponible depuis avril 2025 (en néerlandais) :

Siska Germonpré, Didier Willaert & Marijke Van Duynslaeger (2025). *Thuisverpleging in België. Profiel van de patiënt en van de verstrekker*. AIM – Agence Intermutualiste, Bruxelles.

2.5.4. INAMI : article 112 & révisions [FART, en cours]

CONTEXTE : Depuis 2015, l'IMA réalise des analyses pour le compte de sociétés pharmaceutiques dans le cadre de l'« article 81/112 » relatif à l'utilisation et au coût des médicaments du « chapitre IV/VIII », à la demande de l'INAMI.

L'AIM fournit un fichier de résultats anonymes à l'entreprise pharmaceutique qui souhaite faire appel à l'AIM afin de respecter ses obligations légales en matière de rapportage à l'INAMI.

En 2025, environ 75 fichiers de résultats ont été livrés. Un nombre équivalent de demandes est actuellement prévu pour 2025.

2.5.5. Consultations téléphoniques et avis du médecin généraliste [TELE, phase finale]

Cette étude porte sur le recours aux consultations téléphoniques et les avis fournis par les (pratiques de) médecins généralistes en 2023. Les résultats peuvent appuyer des choix stratégiques visant à adapter la réglementation actuellement en vigueur. Une première version de ce rapport est disponible depuis avril 2025 (en néerlandais) :

Baeyens, Hilde; Willaert, Didier; Wittcock, Nathan; (2025), *Telefonische consultatie en advies door de huisarts*, AIM – Agence Intermutualiste, Bruxelles.

2.5.6. Kinésithérapie, profil de soins des patients comptant un nombre relativement élevé de séances de kinésithérapie [IMAC_sub004, phase initiale]

Cette étude a été lancée en septembre 2025 et a pour objectif de répondre aux questions de recherche suivantes :

- Quel est le profil des patients qui, au cours de 2 années consécutives, se sont vu rembourser plus de 20 / 25 / 30 séances de kinésithérapie sur une période d'un an ?
- Quelle est l'étendue du traitement sur une période de 1 année ?
- Quels traitements (courant, Fa, Fb, palliatif, E-pathologie, prestations COVID) ?

- Quels soins supplémentaires ont-ils été fournis au cours de la même période (visite chez le spécialiste, consommation de médicaments, physiothérapie, revalidation, VPK, logopédie, psychologie, diététique, ergothérapie...)
- Lieu de la prestation ?
- Quelles différences démographiques, socio-économiques, BIM, incapacité de travail/invalidité, etc. ?

2.5.7. Prothèse du genou : variation des trajets de soins [IMAC_sub003, phase initiale]

Cette étude a été lancée en septembre 2025 et a pour objectif de répondre aux questions de recherche suivantes :

- Profil de consommation de soins au cours des 2 ans, 1 an et 6 mois précédant une pose de prothèse du genou ?
- Quelles variations parmi les prestataires de soins dans le profil et le trajet de soins de leurs patients ?
- Quel trajet de chirurgie le patient a-t-il suivi au cours des 12 jours précédant la TKP (révisions ? ostéotomie ?) ?
- Quelle indication existait avant la TKP et quel était le profil médical des patients à faible consommation de soins, chez les personnes âgées de moins de 55 ans et parmi certains médecins identifiés comme exceptionnels ?

2.5.8. Oxygénothérapie : évaluation du traitement à court et moyen termes [IMAC_sub002, phase initiale]

Cette étude a été lancée en septembre 2025 et a pour objectif de répondre aux questions de recherche suivantes :

- Quel est le profil de patients par type d'oxygénothérapie et modalité de convention, ainsi que selon l'indication ?
 - Quelle est la distribution des indications sous-jacentes en cas de STOT et LTOT ?
 - Variables : démographiques, socio-économiques, consommation de soins (hosp, RP spécialistes et généralistes, médication, autres conventions, soins VPK)

- Dans quelle mesure les modalités sont-elles utilisées de manière séquentielle et quels éléments permettent de prédire une telle consommation séquentielle ? Et quel groupe STOT sans LTOT ?
- Quels modèles de consommation de STOT (périodes consécutives ou distinctes, consommation répétée sur plusieurs années) ?
- Quel est le délai entre la consultation chez le médecin et le début respectivement de STOT et LTOT ?
- Patients palliatifs
 - Quelle évolution depuis la réforme de 2012 ?
 - Quelle proportion de patients palliatifs en STOT (et LTOT) ?
 - Quelle est la durée de survie des patients palliatifs ?
- Quelles variations de pratique observées en matière d'oxygénothérapie peuvent indiquer une surconsommation, une sous-consommation ou un usage inapproprié ?
- À combien s'élèvent les frais à la charge de l'AMI et du patient pour une STOT/LTOT ?

2.5.9. Efficacité et usage rationnel des ressources, accessibilité des soins palliatifs chez les personnes ayant KATZ B et C [PAZO, phase initiale]

Cette étude a été lancée en septembre 2025. Les questions seront davantage concrétisées en 2025. De manière générale, l'étude a pour objectif d'évaluer si l'évolution de la législation en matière d'interventions liées aux patients palliatifs et/ou en phase terminale est correcte : a-t-elle atteint ses objectifs et les groupes cibles visés ?

3. Centre d'expertise de données

Objectif stratégique II – centre d'expertise de données

L'AIM est un **centre d'expertise de données** et fournit des prestations de services professionnelles et de qualité à ses partenaires internes et externes. Les banques de données AIM constituent le **point d'entrée pour l'accès aux données des OA** à des fins de recherche et de gestion. L'AIM met à disposition des données de facturation brutes, mais fournit également des fichiers traités, des fichiers de résultats anonymes et réalise des études, et ce grâce au lien direct entretenu avec les OA et le groupe d'experts avec lesquels elle peut collaborer. À cet effet, l'AIM souhaite, dans le cadre de l'Espace européen des données de santé, mettre en œuvre l'expertise acquise en matière de données ces dernières années et ainsi continuer à jouer un rôle clé à l'échelle belge dans le domaine des données de soins de santé.

Les piliers essentiels de cet objectif stratégique sont les suivants :



- Données source : gestion & qualité
 - L'Échantillon permanent (EPS)
 - L'Atlas AIM
 - Métadonnées
 - *Data science*
 - Livraison structurée de données et statistiques
 - Couplage de bases de données
- Projets sur demande, y compris accompagnement trajets de données (couplage à d'autres sources de données dans le respect de la législation en matière de protection de la vie privée) et accompagnement de chercheurs externes

Il va de soi que les projets soutiennent la vision de l'AIM et s'inscrivent dans la finalité telle que décrit dans l'objectif stratégique I. Par souci de lisibilité, les projets sont regroupés non plus par thème/domaine de finalité, mais par commanditaire.

3.1. Données source : gestion & qualité

3.1.1. Données de base

Une équipe de Data Managers travaille en permanence à la gestion des données source. Elles et ils sont chargés de la gestion des bases de données suivantes, qui comprend la

coordination des livraisons de données (AIM-OA-TTP), les contrôles de qualité, la documentation et l'envoi de feedbacks à des fins d'amélioration de la qualité :

- Soins de santé (**GZSS**)
- Pharmanet (**FARU**)
- Population (POPU)
- Chapitre IV (**CHIV**)
- Incapacité de travail (**ITAO**)
- Échelle de KATZ (**KATZ**)
- Fichiers patients médecins généralistes (**CHTA**)
- **PGDP** (spécifique à New Attest SECM)
- Documents N (**DOCN**)
- Données sources spécifiques dans le cadre des projets pilotes Soins intégrés

En outre, les données et la documentation suivantes sont mises à jour régulièrement :

- Groupes de frais pharmaceutiques (**FKGS**) : Actualisation des groupes d'affections pour consommateurs dans le cadre d'analyse de coûts (p.ex. PLAN) ou de projection des coûts (PROMES Bureau du Plan, sur la base des Groupes de frais pharmaceutiques (FKG) utilisés aux Pays-Bas et auxquels de très légères modifications ont été apportées (uniquement si nécessaire) pour refléter la situation en Belgique. Les groupes d'affections limités sont créés à partir de la consommation de médicaments dans Pharmanet et GZSS. Ils sont créés en tant que variables PATI et comprennent également les métadonnées. Les flags EPS sont créés sur la base de PATI.
- Tables de référence nécessaires aux projets et à l'EPS (**REFT**).

En 2025-2026, nous misons sur :

- L'intégration des données source des réseaux de soins de santé mentale à la base de données Soins de santé (notamment documentation, métadonnées (**GEES**))
- Le flux eFact-Eattest (**EFEA**)
- Base de données Accord médicaux (**AMMA**)

3.1.2. **Dataflow 2.0: Plateforme de données communes INAMI-AIM-OA [DTFL, en cours]**

En 2023, un projet commun intitulé DATAFLOW 2.0 a été créé par l'INAMI, l'AIM et les OA. Ce projet vise à développer une plateforme de données communes répondant mieux aux besoins des parties concernées, à savoir l'INAMI, les OA et l'AIM. Une gouvernance et une stratégie de données communes voit le jour dans ce cadre.

La création de cette plateforme de données commune est axée sur :

- Amélioration de la qualité des données AIM/OA
- Automatisation complète des livraisons de données au DWH AIM et, partant, traitement et mise à disposition plus rapides des données
- Mise à disposition des données AIM pour la technologie INAMI (Microsoft)
- Mise à disposition plus rapide de données spécifiques (faciliter les analyses de tendances)
- Refonte de modèles statistiques (Doc P, N, E...)
- Mise en conformité vis-à-vis des exigences de l'EHDS, notamment en matière de SPE (*Secure Processing Environment*), gestion des utilisateurs, restrictions d'accès aux données, etc.
- Analyse du Modèle de données communes
- Création d'une structure de gouvernance commune
- Proposition de solutions permettant à tous les partenaires de travailler de manière autonome tout en respectant le cadre juridique

Dans le contexte de Dataflow 2.0, nous misons également sur de nouvelles livraisons génériques New Attest depuis les OA vers l'AIM, qui constituent une extension de GZSS. Il s'agit de champs spécifiques relatifs aux facturations qui ne seront pas utilisées dans des études et, pour diverses raisons, seront enregistrées dans une base de données séparée (**GRSI**). La BD AIM est élargie et contient désormais les données nécessaires au SECM, SSS et SCA (**NEWA**).

Le *validation engine* constitue un aspect important de ce projet, de même que son déploiement lié à une automatisation (partielle) des vérifications de données. En parallèle, un exercice est en cours portant sur l'optimisation de la Documentation de problèmes liés à la qualité des données (*Data Quality Issues Documentation*), le suivi des (re)livraisons et la capacité des utilisateurs de données d'accéder aux informations relatives à la qualité des données. Dans ce contexte, une formation est également prévue à l'intention des collègues AIM portant notamment sur l'utilisation des Databricks dans des applications concrètes.

3.1.3. Données dérivées existantes

Des données dérivées sont également créées à partir des données source des soins de santé (**HOSP**) : séjours à l'hôpital, contacts et patients par pratique généraliste. Ces bases de données existent déjà depuis quelques années.

Depuis 2019, nous travaillons sur une base de données supplémentaires (**PATI**) qui contient des données patients structurées, dérivées à partir des données source, contenant

des caractéristiques générales par bénéficiaire qui ne peuvent être dérivées de manière simple d'une autre banque de données AIM.

Les variables dérivées selon les définitions validées ont été créées en vue :

- D'améliorer l'efficacité en interne :
 - Favoriser l'harmonisation des définitions des différents produits et projets AIM
 - Éviter la création *ad hoc* de variables fréquemment utilisées
- D'améliorer les services fournis aux externes :
 - Offrir des variables clé en main
 - Favoriser l'utilisation correcte des données AIM

La base de données PATI vise à améliorer l'efficacité en interne de deux manières supplémentaires :

- Réduction de l'investissement en temps dans plusieurs projets Atlas grâce à la création semi-automatique d'indicateurs basés sur PATI
- Simplification et standardisation de l'utilisation et de l'actualisation de la nomenclature et d'autres listes qui servent de base aux variables et indicateurs

Les variables dérivées sont construites à l'aide d'algorithmes développés dans le cadre de projets AIM (p.ex. l'Atlas) ou de projets externes (p.ex. Plan Soins intégrés), bien souvent en concertation avec des experts externes (p.ex. des OA, de l'INAMI, du KCE).

Quelques exemples de variables : personnes atteintes d'un handicap, pseudo-diagnostics basés sur la consommation de médicaments, polymédication, nombre de contacts avec un médecin généraliste/spécialiste/psychiatre, séjour en institution de soins, dépenses AMI, tickets modérateurs et suppléments par groupe de prestations.

3.2. L'Échantillon permanent (EPS, projet récurrent)

Actualisation annuelle de l'échantillon permanent, soutien des partenaires et collaboration autour de nouvelles variables dérivées à des fins d'analyse, documentation et validation.

L'AIM a également recours à l'EPS à des fins de recherche, notamment dans le cadre de l'évaluation de la prévalence de différents types de consommation de médicaments chez les femmes enceintes.

3.3. L'Atlas AIM

L'Atlas AIM est une plateforme interactive de données en libre accès qui contient des statistiques relatives à la consommation de soins de santé en Belgique. Ce plan annuel détaille les objectifs visant à améliorer l'Atlas, sans perdre de vue les tâches de maintenance journalière et de gestion des fonctionnalités souhaitées.

Comme en 2025, les objectifs 2026 pour l'Atlas AIM se déclinent en trois volets étroitement liés : **contenu**, **stratégie** et **gestion**. Les responsabilités qui en découlent dépendent du type d'objectif. Les objectifs de gestion sont principalement présentés par les administrateurs de l'Atlas et le coordinateur Atlas. Les objectifs de contenu sont en grande partie réalisés par les analystes qui travaillent sur l'Atlas. Enfin, les objectifs stratégiques mettent aux prises tant les acteurs agissant au sein de l'AIM qu'en dehors.

Gestion

Les objectifs de gestion consistent principalement à rendre le travail relatif à l'Atlas AIM plus simple, rapide et convivial pour l'ensemble des acteurs, tout en maintenant la qualité et la fiabilité nécessaires des données. Ainsi, à terme, davantage de ressources, d'énergie et de temps sont consacrés à d'autres tâches (p.ex. objectifs stratégiques, aide apportée aux utilisateurs, etc.).

En 2026, nous avons pour objectif de poursuivre le déploiement et la mise en œuvre d'une procédure de qualité exhaustive qui servira de manuel dans le cadre des projets Atlas. Cette procédure décrit la marche à suivre permettant d'aboutir à un projet clôturé et validé assorti de responsabilités et contrôles qualité clairs à chaque niveau, et ce dans une optique de clarté et de transparence accrues, mais aussi d'amélioration de transmission et d'approbation avec les autres équipes de l'AIM.

Nous voulons, d'ici juin 2026, clôturer et mettre en production les procédures ; une période d'essai de six mois s'ensuivra, ainsi qu'une évaluation début 2027. Dans le cadre de cette procédure de qualité, nous nous pencherons sur de la documentation supplémentaire (p.ex. SOP, manuels, etc.), l'intégration des instructions existantes et l'intégration aux groupes de travail existants (p.ex. heure d'analyse/ « analyse-uurtje », groupe d'utilisateurs...).

En 2025, nous avons posé les premiers jalons de l'automatisation des procédures Atlas. Nous poursuivrons cette tâche en faisant appel à des cas pratiques (*use cases*) selon

l'infrastructure technique. Nous faisons la distinction entre trois volets auxquels l'automatisation peut être appliquée :

- **(a) Données vers résultats** p.ex. Vérification de la présence ou non des données source nécessaires, tables référence... ;
- **(b) Résultats vers la base de données Atlas** p.ex. Évolutions de l'application qui facilite le chargement des données ;
- **(c) Métadonnées & rapports**

Les cas d'utilisation seront d'abord mis en œuvre dans les volets (a) Données vers résultats et (b) Résultats vers la base de données Atlas (b). Les évolutions de 2025 liées aux métadonnées Atlas et aux chiffres-clés Atlas relèvent du volet (c).

L'équipe Atlas fera l'objet d'une réorganisation basée sur les besoins et les profils. Actuellement, la coordination de l'ensemble du projet est assurée par une seule et même personne. En 2026, nous souhaitons mettre en avant et tirer parti de la diversité au sein de l'équipe, avec une attention toute particulière pour les compétences, les points forts et les ambitions. Les analystes sont davantage mobilisés pour la phase conceptuelle, tandis que les Data Managers fournissent les données récurrentes. Nous souhaitons répartir les responsabilités et créer un meilleur équilibre entre les tâches liées à l'Atlas et les autres missions, tout en tenant compte des périodes plus chargées des membres de l'équipe.

Le fournisseur de notre logiciel, ABF, a prévu une nouvelle release de la plateforme de l'Atlas AIM. Cette nouvelle version verra l'arrivée d'un nouveau concept d'utilisation. L'interface de l'application fera également peau neuve ; elle ne correspond toutefois pas totalement à l'utilisation prévue de l'Atlas AIM. Afin d'assurer la continuité des fonctionnalités, nous mettons tout en œuvre afin de défendre les intérêts des utilisateurs auprès du fournisseur du logiciel et nous allons mettre en œuvre une communication, des guides d'utilisation et des formations destinés aux utilisateurs, et ce afin d'assurer une transition fluide à la suite de ces changements.

Enfin, nous suivons de près les changements prévus en matière de secteurs statistiques afin de parer à toute éventualité à ce sujet et de pouvoir élaborer une solution qui nous permettra de tenir les délais 'historiques' en vigueur.

Stratégie

Les objectifs stratégiques de 2026 se concentreront principalement sur le développement d'un plan pluriannuel et le 'Population Health Management' (PHM). Le plan pluriannuel de l'Atlas AIM est destiné à affiner la vision relative à l'Atlas et à donner une orientation pour l'avenir.

Dans le cadre de ce plan, nous voulons que l'Atlas soit davantage considéré comme un « écosystème de données ». Actuellement, nous voyons l'Atlas AIM comme une source de données interactives. L'idée d'un Atlas comme écosystème de données élargit ce principe au moyen d'aspects tels que « l'accès aux données » (a) et « comment utiliser les données » (b). Tout comme le plan stratégique de l'AIM, le groupe d'utilisateurs Atlas et le groupe de travail intermutualiste Atlas apporteront une contribution essentielle à ce plan pluriannuel.

Ces dernières années, nous avons présenté l'Atlas comme un important outil de PHM en Belgique, avec en point d'orgue l'événement sur le PHM et l'Atlas AIM organisé en 2025. En 2026, nous souhaitons poursuivre cet effort en mettant en œuvre un trajet de développement pour la prestation de services de PHM (p.ex. aide à la création d'une analyse environnementale d'une zone première ligne spécifique). Actuellement, nous ne touchons qu'une petite partie du public actif dans le domaine du PHM (p.ex. zones de soins première ligne, bassins de soins...), mais nous déploierons de nombreux efforts afin d'étendre notre champ d'action et d'identifier de nouveaux groupes cibles d'acteurs actifs en PHM, et ce afin de pouvoir les approcher activement et mieux répondre à leurs besoins. À cet effet, nous devons accorder une attention particulière aux groupes cibles francophones de PHM. En outre, nous sommes convaincus que l'Atlas ne peut offrir de réponse à toutes les demandes ; nous explorerons donc les possibilités de proposer facilement des services sur mesure et/ou supplémentaires.

Enfin, nous nous efforçons de miser sur un co-financement structurel des projets Atlas par les partenaires externes, comme dans le cadre de l'étude ENACT qui contribue au financement du développement d'indicateurs.

Contenu

Les dernières années ont vu certains objectifs de contenu être inlassablement repoussés à l'année suivante sans pouvoir être réalisés. Cela crée un effet boule de neige sur les objectifs de contenu de l'année en cours. Afin d'éviter cela, nous effectuerons à partir de 2026 une estimation du temps nécessaire selon l'investissement requis pour chaque projet.

Les projets qui nécessitent davantage d'investissement seront répartis sur deux années (p.ex. année 1 : phase conceptuelle ; année 2 : analyse et upload). Nous partons du principe que les projets de moindre ampleur seront clôturés dans un délai d'une année. L'estimation de l'investissement requis sera réalisée en concertation avec le groupe de travail Atlas.

Les projets reportés à l'année suivante figureront en tête de liste des projets à terminer en 2026. Il s'agit plus précisément des projets suivants : vaccination contre la grippe, séjours hospitaliers, accessibilité soins de santé mentale, consommation de médicaments et de soins parmi les groupes cibles, aides à la mobilité & autres limitations.

À l'initiative de et dans le cadre de la collaboration avec des partenaires externes, des indicateurs seront développés sur la base du projet ENACT qui porte sur les maladies non transmissibles chroniques et aiguës. Nous prévoyons également une marge afin de rendre possibles de telles collaborations : à cet effet, nous offrons notamment un soutien technique et de gestion.

À l'avenir, outre le thème de recherche susmentionné, nous souhaitons basculer vers un système plus flexible qui permettra à d'autres projets de voir le jour. Ce système fera partie intégrante de la procédure de qualité existante et tiendra compte des capacités de l'équipe, des ressources nécessaires et de l'intérêt du projet.

L'Atlas AIM propose actuellement des indicateurs relatifs aux thèmes suivants :

- Population : démographie et droits sociaux
- Consommation de soins
 - o Médecins généralistes

- Contacts spécialistes
- Soins bucco-dentaires
- Volume interventions complexes par hôpital
- Imagerie médicale
- Covid-19
- Recours aux urgences hospitalières
- Offre de soins :
 - Prestataires
 - Taux de conventionnement prestataires
- Accessibilité financière :
 - Dépenses de santé
 - Suppléments d'honoraires
 - Coûts patients séjours hospitaliers
- État de santé par proxy :
 - Diabète
 - Affections respiratoires / BPCO
 - Intoxication alcoolique
- Soins groupes cibles :
 - Soins aux personnes âgées (soins résidentiels, soins à domicile)
 - Soins périnataux
 - Soins diabète
 - Lien vers dashboard Mental Health Care
- Consommation de médicaments:
 - Délivrance de médicaments
 - Antibiotiques
 - Contraceptifs
 - Antidiabétiques
 - Psychotropes (ambulatoire)
 - Polypharmacie
- Prévention:
 - Dépistage du cancer du sein
 - Dépistage du cancer du col de l'utérus

3.4. Metadata

Les Metadata de l'AIM comprennent de la documentation relative aux données qui composent les banques de données AIM et contribuent à l'utilisation et l'interprétation correctes des données. Elles sont créées selon les principes internationaux FAIR. Les métadonnées offrent des informations adaptées aux besoins des utilisateurs des données individuelles de l'AIM (analystes et chercheurs). Elles peuvent être consultées en ligne à l'aide d'un catalogue convivial.

Le projet Metadata (**META**) consiste en un volet technique et un volet de contenu. Le premier concerne la base de données contenant les métadonnées AIM, les outils et l'organisation de l'intégration du contenu, ainsi que le catalogue public à consulter sur le site web de l'AIM. La base de données est une banque de données relationnelles où figurent des informations officielles, standardisées et structurées sur les bases de données et variables de l'AIM. Elle est gérée par les collaborateurs de l'AIM.

Le volet lié au contenu concerne la création de fiches métadonnées des *datasets* et variables, qui sont créés à partir des layouts existants, des documents internes et externes d'ordre méthodologique et les connaissances des collaborateurs de l'AIM. Toutes les informations sont rassemblées dans les métadonnées afin de résoudre des questions et problèmes récurrents relatifs à certaines variables.

Depuis 2024, nous collaborons également avec l'Agence des Données de santé (*Health Data Agency*, HDA) afin de mettre les métadonnées à disposition à travers leur portail. Cela suggère notamment que toutes les métadonnées sont traduites en anglais.

Les résultats des deux projets liés à la documentation des données, prévus en 2024-2025 (impact de la réforme de l'État et des matières transférées [**ZESD**] et conventions internationales – **INTC**) seront intégrées en 2026 dans un document de référence à l'attention des utilisateurs de données et contiendra toutes les informations utiles à connaître sur les données AIM ; ce document sera complémentaire aux informations figurant dans les métadonnées.

3.5. *Data science (datamining et techniques de machine-learning)*

3.5.1. Étude de faisabilité sur le développement d'un algorithme de détection de la fraude : application aux soins à domicile et à la classification des forfaits A, B et C [TVER]

Il s'agit de la suite d'un projet lancé en 2023. Il a pour objectif de mettre au point une méthodologie permettant de détecter les *outliers* parmi les prestataires de soins de santé au moyen de quelques cas d'usage concrets. Ce projet est pris en charge par l'équipe 'Fraude et soins efficaces' en collaboration avec le CIN Datamining & Contrôle.

L'objectif à long terme est de généraliser l'algorithme/la méthode afin que l'introduction de l'algorithme dans un nouveau domaine ne nécessite que de légères adaptations.

3.5.2. Définition des besoins informatiques sur l'utilisation des techniques de *big data* & l'IA

Ce volet mettra sur la collaboration avec les partenaires externes : pour chaque projet, des mesures concrètes seront prises en matière de techniques de big data et d'application IA, conformément aux exigences relatives à la protection des données et au RGPD. L'objectif, à partir des applications concrètes, est d'emmagasiner des informations sur les besoins informatiques et les investissements nécessaires. Exemple concret : la collaboration entamée en 2025 dans le cadre de l'étude ENACT (<https://enact-he.eu/>), financée par l'Europe, sur l'impact environnemental sur (les soins de) santé. En outre, un projet de collaboration est prévu avec Sciensano et l'Université de Hasselt, qui portera sur la détection des maladies rares (**RARE**) et dans le cadre duquel un doctorant travaillera pendant quatre ans. Le lancement du projet est prévu en 2026.

3.6. Livraison structurelle de données et statistiques

3.6.1. Aux organismes assureurs

Soutien à la livraison de statistiques, notamment pour les commissions :

- Suivi indicateurs revue de la médication (**MENA**) ;
- Suivi indicateurs relatifs aux entretiens d'accompagnement portant sur le bon usage des médicaments : Asthme (**GGGA**) et BPCO (**GGGC**) ;
- Perception du ticket modérateur par le kiné (projet **KITP**) ;

- Analyse logopèdes (projet **LGPD**) ;
- Nomenclature & soins à domicile : informations sur les prestations et les dépenses, variations d'utilisation et méthodes d'exécution (projet **NMTV**) ;
- Profils de demandes de lipides : préventif contre curatif & estimation pancréatite
- Occupation appropriée et non appropriée de lits Sp en Belgique avec répartition parmi les Régions (**SPBD**)
- Chiffres et statistiques apnée du sommeil (**IMAC_001**)
- Evaluation globale du trajet de démarrage diabète de type 2 d'ici 3 à 5 ans (**TDDB**)

3.6.2. À l'INAMI

Missions annuelles fixées dans la convention :

- Livraison récurrente (annuelle) au Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) de l'INAMI de la liste nominative des dentistes qui, sur la base de la méthodologie p légale sont 'flaggés' parce qu'ils totalisent un nombre irréaliste de prestations effectuées au cours d'une période donnée (méthodologie des valeurs p) (**DMOL**)
- Financement des maisons médicales (**MHMM**)
- Chaque année en septembre, l'équipe Qermid (INAMI) reçoit des données relatives aux défibrillateurs (**QERM**) – ces données ne devront plus être livrées en 2026.
- Le Service Soins de santé de l'INAMI reçoit pour le 30 avril la photo du fichier Population au 30 juin de l'année précédente et, pour le 31 juillet, la photo du fichier Population au 31 décembre de l'année précédente (**RZFP**).

Demandes dans le cadre de la réforme de la nomenclature :

- Chiffres trajet de soins post-Covid (**KEST 2024-017**)
- Chiffres trajet de soins obésité chez les enfants (**KEST 2024-018**)

Monitoring Indemnités Crise Corona 2020 (**COIN**)

3.6.3. À la Fondation Registre du cancer

Livraison structurelle à la Fondation Registre du cancer (**BCRO**, annuel)

Livraisons de données dans le cadre des programmes de dépistage des différentes autorités (cancer du sein, cancer du col de l'utérus, cancer colorectal) (**DARM + MAMM + PREV**, récurrent).

3.6.4. Au VIKZ

L'AIM collabore avec le VIKZ afin de coupler des données de facturation aux données RHM des hôpitaux, qui sont livrées par le SPF Santé publique, afin de produire des indicateurs de qualité validés par le groupe de développement à destination des hôpitaux généraux. Après la phase de production, l'actualisation des indicateurs développés devient un projet récurrent :

Indicateurs accidents cardio-vasculaires (**BTZG**)

Réadmissions non-planifiées en urgence (**PRKI**)

Le VIKZ dispose également d'un accès structurel à l'EPS.

3.6.5. À Sciensano

Livraison structurelle à Sciensano : chiffres relatifs à la vaccination grippe chez les 65 ans et plus (**GRIP**)

Sciensano dispose également d'un accès structurel à l'EPS.

3.6.6. Au KCE

Projets structurels en collaboration avec le KCE :

- Livraisons de données et statistiques dans le cadre du Rapport de performance (toutes les x années) : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/> (**PRFM**)
- Évaluation New Deal médecine générale (**NEWD**)

Le KCE dispose également d'un accès structurel à l'EPS. Si l'EPS en tant que source de données est insuffisant : bien souvent, l'exécution de programmes provenant du KCE sur nos serveurs et données avec livraison de d'information agrégées (aucun transfert de données nécessaire)

3.6.7. Au Département Soins – Flandre

Livraisons de données structurelles au Département Soins :

- Demande annuelle de statistiques sur les besoins en soins à domicile (**ZBHH**)
- Enveloppes de subsides des services sociaux (livraison annuelle) (**ICAW**)

Un projet lancé récemment concerne le suivi de l'accessibilité de médecine générale, à l'aide de statistiques par pratique de médecine générale (**HUIS**)

3.6.8. À l'Observatoire de la Santé et du Bien-être de Bruxelles

Statistiques première ligne – Identification des médecins généralistes actifs en Région Bruxelles-Capitale (projet **HBXL**). En collaboration avec deux associations bruxelloises de médecins généralistes (BHAK et FAMGB-FBHAV), l'Observatoire de la santé et du bien-être souhaite obtenir une vue actualisée de l'offre de médecins généralistes en région Bruxelles-Capitale afin de pouvoir détecter les éventuelles pénuries dans certaines zones.

3.6.9. À la Banque nationale de Belgique

Projet **BNBB**: *Distributional National Accounts* (DNA) (TBC)

3.6.10. Autres demandes KEST (2025)

- Nomenclature psychiatres (2024)
- Chiffres chirurgie thorax : mise à jour (2024)
- Chiffres malades chroniques dans le cadre d'un projet SPF Sécurité sociale (2024)
- Nombres patients/utilisateurs de soins aux personnes âgées en chiffres nominaux (OCDE) + données centres d'accueil de jour pour les personnes qui reçoivent des soins de longue durée
- Chiffres personnes souffrant d'ASCVD
- Vaccination contre la grippe chez les Bruxellois de 65 ans et plus
- Visites à domicile par le psychiatre dans le cadre des équipes mobiles
- Frais de santé pour plusieurs populations de patients sur la base du volume de consommation de soins
- Validation B.OSS chiffres grossesses et accouchements après chirurgie bariatrique + laparotomie exploratrice après césarienne

3.7. Bases de données couplées

3.7.1. AIM – Sciensano – KULeuven (Intego) | Base de données couplée Intego-AIM pour l'Étude nationale sur le fardeau de la maladie en Belgique et validation d'indicateurs de pseudopathologies, création

de modèles de prédiction du risque de trajet de soins patients, y compris observance thérapeutique pour la pratique clinique

L'AIM fournit des données à Sciensano dans le cadre d'une extension de l'étude sur le fardeau de la maladie en Belgique (<https://www.sciensano.be/fr/projets/etude-nationale-sur-le-fardeau-de-la-maladie-en-belgique>). Couplage Intego-AIM à des fins d'analyse des frais médicaux directs pour plusieurs affections (**EGOM**, en cours).

3.7.2. AIM – KULeuven (Intego) e.a. | Développement d'un baromètre diabète en collaboration avec Data4PHM

2023 : introduit comme user case pour le HDS + lancement projet avec HDA sur les couplages Intego-AIM-IKED-IKEKAD (**IKED**, en cours).

Fin 2024 : introduit comme projet d'innovation HDA AIM-KULeuven (Intego) | Modèles de prédiction des risques, validation d'indicateurs de pseudopathologies et compréhension des pathologies des personnes possédant le statut affection chronique *via* un couplage des bases de données Intego et AIM. Le projet n'a pas été retenu.

3.7.3. Sciensano et healthdata.be: HISLINK 2023 [HISL, en cours]

Couplage données enquête de santé 2023 aux données des organismes assureurs.

3.8. Mise à disposition de données (ou statistiques anonymes après analyse) pour la recherche scientifique et la politique de soins de santé

Dans le cadre de la mission légale de l'AIM, dans le cadre de la politique du gouvernement en matière de *big data*, et dans le cadre de l'intérêt général pour la santé publique, l'AIM se voit confier la mission, dans le respect de la législation en matière de protection des données à caractère personnel (Règlement général de protection des données – RGPD ou GDPR), de mettre à dispositions des données pour la recherche scientifique et la politique de soins de santé. Cela inclut également le soutien nécessaire à l'interprétation de ces données et, le cas échéant, le couplage à d'autres sources de données. Sous l'impulsion de la *Health Data Agency* récemment créée, l'augmentation du volume de ce type de projets n'est pas à exclure.

Afin de pouvoir assurer le suivi et la gestion des demandes, en constante augmentation, nous prévoyons de déployer en 2026 un système de gestion de projet (*via* MS Planner),

mais aussi d'actualiser et compléter les SOP (*Standard Operating Procedures*) correspondants.

Vous pouvez obtenir davantage d'informations sur les projets ci-dessous sur simple demande.

Belgian Cancer Registry | **BOGY**. Rechute patients cancer du sein et gynécologique (pré-projet)

ICU (cellule interuniversitaire de facultés de l'art dentaire), Sciensano, INAMI | projet **MOND**. Etude de la santé bucco-dentaire chez le dentiste. 'Oral Health Data Registration and Evaluation Survey' (OHDRES) (Phase finale)

IMELDA | **EIBD**. Étude épidémiologique de l'IBD (maladie de Crohn et *colitis ulcerosa*)

Projet INTERREG | **NTRG**. Livraisons de données sur les zones frontalières FR-WAL-FLA dans le cadre d'un observatoire transfrontalier (pré-projet).

KCE | **BLND**. projet BLENDED - Comparaison de thérapies combinées face to face + online vs face to face seules, pour la thérapie psychodynamique ou cognitivo-comportementale pour des patients souffrant de dépression.

KCE | **KCEN**. projet KCE 2024 – 13 Performance Environmental Sustainability (en cours)

KCE | **MEDH**. Maisons médicales : étude d'un nouveau mode de calcul de financement des maisons médicales/ centres de santé de première ligne (pré-projet : phase exploratoire afin de déterminer si les données AIM sont nécessaires)

KCE | **MVUP**. 2020-01 Move-Up trial: essais cliniques financés par l'INAMI (pré-projet)

KCE | **THZP**. Évaluation soins à domicile : soins prodigués et profils patients (pré-projet)

KCE | **THPR**. Évaluation soins à domicile : suivi pratiques participantes (pré-projet)

KCE | **VERS** : Projet 2018-15 Déplacement des soins hospitaliers vers hospitalisation de jour et soins ambulatoires : impact sur les réadmissions mortalité après sortie (en cours)

KULeuven | **ARON**. (KCE-181137). Étude d'essais cliniques sur l'impact des tests CRP sur les habitudes de prescription d'antibiotiques chez les enfants en soins de première ligne.

KULeuven | **DDRP**. Demand driven reallocation of patients (pré-projet)

KULeuven | **ICAR**. Le projet I-CARE4OLD est financé par l'Union européenne et a pour objectif d'analyser les soins de santé et les trajets de soins de santé des personnes âgées souffrant d'affections chroniques complexes et de prédire leurs trajets de soins.

KULeuven | **MZWZ**. Soins dentaires en maison de repos (pré-projet)

KULeuven | **PEPP**. Essai PEPPER – Détermination de la stratégie optimale d'arrêt du traitement chronique par inhibiteur de la pompe à protons chez les patients en soins de première ligne (KCE-201277) (pré-projet)

KULeuven | **PRIL**. Santé mentale en période périnatale (pré-projet)

KULeuven | **PTVU**. Évaluation de la qualité et résultats de sécurité des patients de séjours chirurgiques et non chirurgiques (pré-projet)

KULeuven & SPF Santé publique | **CPQH** ? *'Cost of poor Quality in Healthcare'*: évaluation des frais supplémentaires en cas d'événement indésirable (AE) survenu dans un hôpital aigu de Belgique

KULeuven, Ugent & UCL | **HART**. La relation entre l'utilisation des soins et les résultats cliniques des patients atteints d'une cardiopathie congénitale : une étude de cohorte rétrospective basée sur la population (phase finale)

KULeuven, UZ Leuven | **GETM**. Evaluation of geriatric-traumatological co-management (phase finale)

INAMI | **AUDH**. Pharmanet AIM – Audit hôpitaux (pré-projet)

SCK-CEN | **HARM**. Harmonic: *Health effects of cArdiac fluoRoscopy and MOderN radIotherapy in paediatricCs*

SCK-CEN | **NUCL**. Cancer incidence study among nuclear workers in Belgium from 2004 to 2018

Sciensano | **ATTR**. *Attributable costs of cancer* (phase finale)

Sciensano | **BELC**. récolte de données longitudinale et multidisciplinaire axée sur la santé mentale et les résultats du marché du travail au sein de cette cohorte (en cours)

Sciensano | **EPLN**. EPI-LINK : coupage de données de surveillance de maladies infectieuses à des données externes

Sciensano | **HEBC**. Hépatite B&C et IST (pré-projet)

Sciensano et Healthdata.be | **INEQ**. *Unraveling social inequalities through the COVID-19 disease spectrum* (COVINEC)

Sciensano et Healthdata.be | **SPAD**. SPADIS – Mesure de la participation sociale chez les personnes souffrant d'affections chroniques (en cours)

Sciensano et Healthdata.be | **HIVP**. *People living with HIV & PREP users*

Sciensano et Healthdata.be | **HIRS**. Registre de la Maladie de Hirschsprung (projet à confirmer)

Sciensano à la demande du cabinet | **BEYF**. Impact de la campagne de lutte contre le RSV à l'aide de l'anticorps monoclonal niservimab (Beyfortus). Recensement des Beyfortus administrés à la maternité.

Sciensano & VUB | **TRDS**. Tardis : couplage registre Tardis (médicaments biologiques visant à traiter l'arthrite rhumatoïde) aux données AIM (pré-projet)

Sciensano, UZ Leuven, UGent | **TLWK**. Effets du télétravail sur la santé (fiche de projet)

UAntwerpen | **HEPA**. Analyse coût-efficacité dans une étude clinique patients hépatite chronique B (pré-projet)

UAntwerpen | **INME**. Changements de médication évitables (intra-hospitaliers) (pré-projet)

UAntwerpen & CVKO | **GBKS** (ENTER): Égalité dépistage du cancer du sein en Flandre (pré-projet)

UAntwerpen, Thomas More & CVKO | **KOKT**: Developing and Evaluating a Tailored Reminder Letter to Enhance Colorectal Cancer Screening Participation in Underserved Groups in Flanders > introduit en 2025 auprès de Kom Op Tegen Kanker et de la Fondation contre le Cancer ; l'AIM serait partenaire de recherche.

UAntwerpen | **SHAR**. Share - *Why do I keep feeling lonely? The relation between psychotropic drug use, social integration and well-being at old age* (Projectfiche)

UC Louvain | **HEST**. HESTIA – Facteurs environnementaux en Région bruxelloise (pré-projet)

UC Louvain | **BWLL**. BE-WELL : *What are the mental health trajectories of younger (20-35 years old) and older people (50+) ?* – Avant et après la pandémie

UGent, Ulg | **RUGP**. Évaluation du programme de prévention secondaire de la lombalgie de Fedris

UGent | **MIGZ**. Différences de consommation de services de soins préventifs par les personnes issues de l'immigration en Belgique (Flandre)

UGent | **EXAC**. Observance médicamenteuse visant à prévenir les exacerbations en cas d'affections pulmonaires obstructives (en cours)

UGent & partenaires | **EVIK** : réduction antidépresseurs (Call Evikey) – Dans la proposition introduite, l'AIM joue le rôle de fournisseur de données (en attente d'approbation)

UHasselt, ZOL Genk, UZ Louvain, UZ Anvers, AZ Saint-Jean Bruges | **HYPE**. Étude flamande multicentrique randomisée financée par le FWO sur la télésurveillance en cas d'hypertension durant la grossesse (phase finale)

U Hasselt, Scienscano | **RARE**. Rare disease detection (pré-projet)

ULB (DULBEA) | projet **ARBO**. Identification et analyse des facteurs de santé (préalables) pouvant expliquer l'incapacité de travail de longue durée ou l'invalidité (phase finale).

ULB | **PREG**: Medications use during pregnancy in Belgium (en cours)

UZA, UAntwerpen | projet **INHI**. Checkpoint-inhibiteurs et événements cardiovasculaires (en cours)

UZ Brussel | projet **CHOL**. Cholécystectomie et cancer colorectal (pré-projet) : Introduit en 2025 comme projet de recherche auprès de la Fondation contre le cancer

UZ Brussel | **OPCV**. Suivi outcome patients cardiovasculaires UZBrussel. Effets de l'environnement sur la santé cardiovasculaire

UZ Gent | **NIER**. Projet de recherche multicentrique FWO relatif à l'insuffisance rénale aiguë chez les patients en post chirurgie cardiaque (fiche de projet)

UZ Gent | **PSOR**. Soins de santé fondé sur les valeurs pour patients souffrant de psoriasis (pré-projet).

UZ Leuven | **HORM**. Observance des patientes souffrant du cancer du sein à une thérapie anti hormonale (phase finale)

UZ Leuven | **PGER**. Étude prospective gériatrie (ASPIRE) (pré-projet)

VUB | **CVAL**. Poids social des affections cardiovasculaires et des tumeurs au poumon résultant d'une radiothérapie chez les patientes atteintes de cancer du sein (en cours)

VUB | **SENS**. Coût social mise au travail et avantages de la neurostimulation chez les patients souffrant de douleurs chroniques (étude SENSATION) (en cours)

VUB | **HRTW**. Coût social et reprise au travail chez les patients cardiovasculaires (HearTWISE) (en cours)

VUB | **DEMT**. Vers une intégration rapide des soins à domicile palliatifs spécialisés pour les personnes âgées atteintes de démence nécessitant des soins complexes et pour leurs aidants : une étude par méthodes mixtes fondée sur la théorie (en cours)

VUB, UAntwerpen | **DPND**. Effets des prescriptions et de l'arrêt de la prise de médicaments chez les résidents de maisons de repos à faible espérance de vie : utilisation des *big data* afin de renforcer les découvertes existantes (projet DEPEND) (en cours)

VUB | **EOLC**. Comparing EOL quality indicators for cancer decedent between Belgium and the Netherlands (en cours)

VUB | **HSLs**. Trajets de soin après lésion cérébrale traumatique chez les enfants (pré-projet)

4. L'AIM, plateforme de communication et d'information

Depuis 2019, le budget alloué à l'AIM pour la communication a augmenté. Depuis 2020, un plan de communication pour l'Atlas AIM a été mis sur pied et des initiatives ont été mises en œuvre, culminant en 2023. Le pilier 'métadonnées' (cf. 4.4) contribue également à la bonne communication (information) des utilisateurs des données AIM.

Le Conseil d'administration de décembre 2020 a approuvé un projet visant à utiliser plusieurs modèles de publications. Ces modèles ont pour objectif de professionnaliser et standardiser les publications AIM, mais aussi de simplifier le processus de publication. De même, ils tendent à augmenter le nombre de publications. L'objectif opérationnel suivant est de ce fait renforcé : « L'AIM communique en toute transparence, facilement et régulièrement, de sorte que l'AIM devienne un acteur connu et reconnu dans le secteur ». Les modèles ont été inspirés d'autres fournisseurs de données professionnels.

Types de publications

Type	Longueur	Public cible	Format	Fréquence
Publications uniques				
1. Étude AIM	20 pages ou plus	Professionnels et chercheurs spécialisés	pdf	Selon le planning
2. Communiqué de presse	500 mots	Tous groupes cibles, y compris le grand public	Page HTML (+ e-mail)	Selon le planning
3. Newsletter	Mail contenant 3 sujets principaux	Mailinglist newsletter	Mail avec liens vers site AIM et Atlas AIM	4 fois par an (en fonction des autres publications)
Publications récurrentes				
Développées une seule fois et mises à jour tous les (deux) ans				
4. Chiffre clé AIM/Focus Atlas	500-1 000 mots	Professionnels (partenaires, autorités, organisations de soins...); personnes à la recherche de chiffres sur les soins	Page HTML	9 fois par an (en fonction de la disponibilité des thèmes de l'Atlas)

La communication est au service des objectifs stratégiques de l'AIM. Celle-ci pourra atteindre d'autant mieux ses objectifs si :

- Les partenaires et parties prenantes dans les domaines de l'assurance maladie et invalidité (AMI) et des soins de santé reconnaissent l'AIM comme un centre d'expertise de données (*'data research center'*) de qualité : l'AIM fournit des statistiques et des rapports de recherche au sein du domaine de l'AMI et des soins de santé, de sa propre initiative ou à la demande de partenaires. L'AIM met également à disposition des données brutes codées, couplées ou non à d'autres sources de données, et accompagne les partenaires externes (p.ex. chercheurs universitaires) dans leurs recherches sur les données AIM (et leur demande d'approbation auprès du Comité de sécurité de l'information).
- La politique de soins de santé peut être influencée au travers de la publication de statistiques et recherches objectives [Les recommandations stratégiques d'ordre politique émanent toutefois du CIN ou de l'un des organismes assureurs. L'AIM peut uniquement publier des recommandations générales et à portée intermutualiste].

Par conséquent, la communication s'adresse principalement à des professionnels des soins de santé et des domaines qui y sont liés, à tous les partenaires politiques, au monde académique et aux autorités locales. Ainsi qu'au grand public ? Des rapports sont publiés, car ils contiennent des messages importants non seulement pour la politique de soins de santé, mais aussi pour les citoyens. Les études sont réalisées dans l'intérêt des membres des mutualités. Le grand public représente donc effectivement un groupe cible du message transmis, mais il n'est pas nécessaire qu'ils connaissent l'AIM en tant que centre d'expertise de données.

En 2025-2026, nous poursuivons la mise en œuvre de la stratégie de communication, qui comprend un planning de contenu visant à poster une publication par semaine sur LinkedIn (calendrier lié notamment aux journées thématiques, événements...). Parmi les rubriques récurrentes, on retrouve :

- Coup d'œil sur les publications AIM
- En coulisses
- Atlas AIM : le saviez-vous ? #Atlas-AIM
- Coup d'œil sur les partenariats

5. Collaboration

Objectif stratégique III - collaboration

L'AIM travaille en permanence au fonctionnement interne, au renforcement de la collaboration entre les organismes assureurs et à la collaboration avec les partenaires et autres acteurs au sein du domaine.



La collaboration constitue le fil conducteur de notre programme annuel, grâce aux nombreux projets concrets à la demande des partenaires ou en étroite collaboration avec eux. L'AIM s'attend à ce que la création de la *Health Data Agency* (HDA) en 2023 renforce encore davantage la collaboration à l'avenir. Elle est étroitement liée à l'Espace européen des données de santé, auquel l'AIM souhaite naturellement continuer à contribuer avec les autres partenaires. Les activités menées dans le cadre de la HDA seront intégrées au planning.

Les projets que l'AIM prend en charge de sa propre initiative dépendent aussi de la collaboration entre et avec les OA, notamment par le biais des experts auxquels nous faisons appel. La livraison des données source ainsi que la qualité de celles-ci, le fondement de notre programme annuel, est naturellement impossible sans une bonne collaboration.