

<p>Comité de sécurité de l'information Chambre sécurité sociale et santé</p>
--

CSI/CSSS/22/554

DÉLIBÉRATION N° 22/310 DU 6 DECEMBRE 2022 RELATIVE AU TRAITEMENT DE DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL ET DE DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL RELATIVE À LA SANTÉ PSEUDONYMISÉES PAR FEDRIS, LA BCSS, STATBEL, L'AGENCE INTERMUTUALISTE ET LA KUL LEUVEN DANS LE CADRE DE L'ÉVALUATION DU PROGRAMME DE PRÉVENTION À DESTINATION DES TRAVAILLEURS PRÉSENTANT DES DOULEURS DORSALES RÉALISÉE PAR L'UGENT

Le comité de sécurité de l'information, chambre sécurité sociale et santé (dénommé ci-après « le Comité ») ;

Vu le règlement (UE) n° 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 (règlement général sur la protection des données) ;

Vu la loi du 3 décembre 2017 *portant création de l'Autorité de protection des données*, notamment l'article 114, modifié par la loi du 25 mai ;

Vu la loi du 30 juillet 2018 *relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel* ;

Vu la loi du 5 septembre 2018 *instituant le comité de sécurité de l'information et modifiant diverses lois concernant la mise en œuvre du 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* ;

Vu la loi du 15 janvier 1990 *relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale* ;

Vu la loi du 21 août 2008 *relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth* ;

Vu la demande d'autorisation de l'UGent ;

Vu le rapport d'auditorat de la Plate-forme eHealth du 1^{er} décembre 2022 ;

Vu le rapport de monsieur Bart Viaene ;

Émet, après délibération, la décision suivante, le 6 décembre 2022 :

I. OBJET DE LA DEMANDE

1. Les douleurs dorsales lombaires sont le principal motif de consultation d'un médecin généraliste ou d'un kinésithérapeute dans le cadre des soins primaires en Europe, représentant 14 % de toutes les consultations musculo-squelettiques. L'étude la plus récente sur la charge mondiale de morbidité a souligné que les douleurs dorsales lombaires constituent l'une des principales causes des limitations dans la vie quotidienne, ce qui se traduit par une charge sociale et économique considérable dans le monde entier. La majeure partie de ces coûts est imputée à l'utilisation des soins de santé et à la perte de productivité de travail.
2. En 2007, FEDRIS a lancé une nouvelle stratégie de traitement pour la prévention secondaire des douleurs dorsales lombaires. FEDRIS s'adresse au personnel du secteur privé et des administrations provinciales et locales qui
 - est soumis à la surveillance par le médecin du travail en raison du port de charges, d'une contrainte ergonomique sur le dos ou de l'exposition à des vibrations mécaniques transmises au corps par le siège ;
 - est en incapacité de travail depuis 4 semaines au moins et 6 mois au plus suite à des douleurs lombaires.
3. Le programme de rééducation est basé sur le modèle de Sherbrooke qui combine pour la rééducation des interventions ergonomiques avec une approche multidisciplinaire. Les travailleurs souffrant de douleurs lombaires subaiguës peuvent suivre jusqu'à 36 sessions de traitement multidisciplinaire (psychologie, ergothérapie, kinésithérapie, ...) dans un centre de rééducation agréé. Outre les conseils de l'ergonome, une analyse des conditions de travail (tant d'ordre technique qu'organisationnel) du travailleur souffrant de maux de dos peut éventuellement aussi avoir lieu. L'objectif du programme de FEDRIS est la prévention secondaire des douleurs dorsales lombaires et l'encouragement de la reprise du travail.
4. C'est la raison pour laquelle des données à caractère personnel seront demandées pour une étude rétrospective qui comparera des données relatives à une reprise du travail, à la durée d'absence et à la consommation de soins par des patients souffrant de douleurs lombaires aiguës ou subaiguës qui ont participé au programme multidisciplinaire de prévention des douleurs dorsales lombaires secondaires (remboursé en partie par l'Agence fédérale des risques professionnels (FEDRIS, anciennement le Fonds des maladies professionnelles) et par des patients comparables qui ont bénéficié des soins courants (voir le groupe A vis-à-vis du groupe B/groupe C).
5. Les personnes concernées seront sélectionnées sur la base de 3 groupes de recherche.

banque de données de FEDRIS

A: Participants programme de prévention multidisciplinaire (remboursé en partie par FEDRIS) pour les travailleurs en incapacité de travail en raison de douleurs lombaires subaiguës (minimum 4 semaines, maximum 6 mois) avec remboursement de la nomenclature INAMI 55899* (de 2015 à 2019).

Groupes témoin qui seront créés virtuellement au départ des banques de données de Statbel, de FEDRIS (banque de données accidents du travail), ACHG KU Leuven (banque de données INTEGO), Banque Carrefour de la sécurité sociale (BCSS) et Agence intermutualiste (AIM).

B: Patients en incapacité de travail pendant au moins 4 semaines et au maximum 6 mois suite à des douleurs lombaires subaiguës qui ont suivi une rééducation sur la base de la nomenclature INAMI 558994* sans intervention de FEDRIS (de 2015 à 2019).

C: Patients en incapacité de travail pendant au moins 4 semaines et au maximum 6 mois suite à des douleurs lombaires subaiguës qui ont reçu d'autres prestations de soins (consultation médecin, médicaments, kinésithérapie, ... mais NON une rééducation sous le code nomenclature 558994*) (de 2015 à 2019).

Les groupes B et C sont constitués en ayant recours à des critères d'inclusion basés sur les caractéristiques du groupe A et sont choisis de la sorte à former des groupes témoin aussi similaires que possible.

Tableau 1: tableau récapitulatif des critères d'inclusion et d'exclusion

Variables nécessaires à la sélection du groupe témoin (et des banques de données correspondantes) + motivation.

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion	Banques de données
Intervention dans la période 2015-2019	Toutes les individus échantillonnés avec intervention avant 2015 et après 2019	StatBel, FEDRIS, Intego
Nous incluons uniquement les individus échantillonnés ayant été pris en charge durant la période 2015-2019 afin de déterminer un échantillon représentatif et d'avoir les données complètes à la disposition concernant le remboursement (est possible jusque 2 ans après la prise en charge médicale).		
Population active: 18-65 ans	< 18 & > 65 ans	Toutes les banques de données
Statut social: régime général; actifs	Statut social: tous les autres statuts	AIM

Les personnes dont les données à caractère personnel seront demandées sont les personnes âgées de 18 à 65 ans ayant un statut social actif. La raison est que les chercheurs sont uniquement intéressés par les travailleurs salariés. Sont exclus les travailleurs indépendants, les enfants, les adolescents (< 18 ans) et les personnes âgées (> 65 ans).

Régime: ouvriers & employés	Régime: travailleur indépendant, conjoint aidant	BCSS
-----------------------------	--	------

Régime des personnes: uniquement ouvriers et employés seront inclus (idem que le groupe A).

Professions avec codes CITP inclus Professions avec codes NACE (voir annexe 3 : codes)	Professions avec autres codes CITP / autres codes NACE	StatBel, FEDRIS
--	--	-----------------

Les codes CITP sélectionnés (classification internationale type des professions) et les codes NACE (Nomenclature statistique des Activités économiques): idem que groupe A. La raison est que seuls des travailleurs placés sous la surveillance médicale du médecin du travail ont été admis au programme en raison du port de charges, d'une contrainte ergonomique sur le dos ou de l'exposition à des vibrations mécaniques transmises au corps par le siège. C'est la raison pour laquelle les chercheurs souhaitent que les groupes témoin soient, dans toute la mesure du possible, similaires au groupe A.

<u>Groupe témoin B:</u> a reçu code de nomenclature (premier) traitement K60 (558994).	<u>Groupe témoin B:</u> imagerie médicale colonne vertébrale cervicale (voir annexe 3: codes) pendant 3 mois précédant et suivant le code de nomenclature premier traitement K60	AIM
---	---	-----

Pour la constitution du groupe témoin B, les chercheurs souhaitent uniquement des personnes qui ont suivi des traitements sous le code de nomenclature 558994 (traitement K60). Ce groupe témoin est nécessaire pour réaliser la comparaison entre le programme de FEDRIS qui est remboursé et les séances multidisciplinaires sans l'intervention de FEDRIS. Dans ce code de nomenclature sont admis les patients avec des plaintes concernant la colonne vertébrale complète; afin d'essayer d'exclure les patients avec des plaintes cervicales, la présence d'un code de nomenclature d'imagerie médicale de la colonne vertébrale cervicale chez ce même patient 3 mois avant et 3 mois après le code de nomenclature du traitement K60 donnera lieu à une exclusion.

<u>Groupe témoin C:</u> Au moyen des codes CISP-2: - L03 OU L84 OU L86 ou codes CIM-10 - M54.5, M54.4, M54.3, M54.1, M54.8, M54.9 Ou a reçu imagerie médicale de la colonne vertébrale lombaire (voir l'annexe 3: codes).	<u>Groupe témoin C:</u> A reçu un code de nomenclature traitement K60 (558994) pendant 3 mois précédant et suivant les codes de nomenclature imagerie médicale douleurs lombaires ou codes CISP-2/CIM-10	AIM (imagerie médicale) Intego (CISP-2/CIM-10)
--	---	---

En vue de la constitution du groupe témoin C, les chercheurs souhaitent inclure des personnes ayant bénéficié de « soins réguliers » pour des plaintes liées à la partie inférieure du dos. Ces personnes seront sélectionnées sur la base des codes CISP-2/CIM-10 pour douleurs dorsales lombaires ou des codes de nomenclature pour l'imagerie médicale de la colonne vertébrale lombaire. Etant donné que le groupe A et le groupe témoin B contient des personnes qui ont suivi un traitement K60, celles-ci devront être exclues dans le groupe témoin C. Cette exclusion interviendra uniquement lorsque ce traitement a lieu dans les 3 mois précédant et suivant le

diagnostic avec le code CISP-2/CIM-10 pour douleurs lombaires ou pour les codes de nomenclature d'imagerie médicale colonne vertébrale lombaire.

- Min. 4 semaines et max. 6 mois d'incapacité de travail dans une période de max. 6 mois avant la survenance du code de nomenclature traitement K60 (groupe B) OU la survenance des codes CISP-2/CIM-10 douleurs lombaires OU des codes de nomenclature pour imagerie médicale colonne vertébrale lombaire (groupe C) .	< 4 semaines d'incapacité de travail; > 6 mois d'incapacité de travail. L'incapacité de travail tombe en dehors de la période de 6 mois avant l'intervention.	BCSS
---	--	------

Étant donné que le programme de FEDRIS inclut uniquement des travailleurs qui sont en incapacité de travail depuis au moins 4 semaines et au maximum de 6 mois, les groupes témoin seront par conséquent aussi sélectionnés sur la base de ces conditions. Il sera aussi important de pouvoir identifier que cette incapacité de travail est vraisemblablement la conséquence de douleurs lombaires du patient et elle devra donc survenir dans une période de maximum 6 mois avant la survenance du code de nomenclature traitement K60 (groupe B) et/ou des codes CISP-2/CIM-10 douleurs lombaires ou imagerie médicale colonne vertébrale lombaire (groupe C).

Types de jour d'incapacité de travail: incapacité de travail primaire (régime général)	Autres types (indépendants, congé de maternité, ...)	BCSS
--	--	------

Comme dernier élément, seule l'incapacité de travail primaire est définie comme critère d'inclusion pour le groupe B et C (idem groupe A).

6. Le groupe de participants (A) se compose d'environ 5000 personnes qui ont participé au programme de FEDRIS dans la période 2015-2019. Le groupe témoin qui sera créé, se compose de préférence de 10.000 personnes, 5000 personnes dans le groupe B et de 5000 dans le groupe C. Cela correspond à un ratio 1:1 pour chaque groupe. Il s'agit au total de 15.000 personnes; ce total est nécessaire à la réalisation d'une étude validée pour la comparaison des groupes.
7. Les données seront communiquées selon le schéma figurant en annexe.
8. Le Comité d'éthique de l'UZ Gent a formulé un avis positif en date du 12 mai 2021.

II. COMPÉTENCE

9. Conformément à l'article 42, § 2, 3°, de la loi du 13 décembre 2006 *portant dispositions diverses en matière de santé*, toute communication de données à caractère personnel relatives à la santé requiert, sauf les exceptions prévues, une autorisation de principe de la chambre sécurité sociale et santé du comité de sécurité de l'information.

10. En vertu de l'article 5, § 1^{er}, de la loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale, la Banque Carrefour de la sécurité sociale recueille des données à caractère personnel auprès des institutions de sécurité sociale, les enregistre, procède à leur agrégation et les communique aux personnes qui en ont besoin pour la réalisation de recherches pouvant être utiles à la connaissance, à la conception et à la gestion de la protection sociale. Il s'agit en l'occurrence d'une communication de données à caractère personnel qui, en vertu de l'article 15, § 1^{er}, de la loi du 15 janvier 1990, doit faire l'objet d'une délibération de la chambre sécurité sociale et santé du Comité de sécurité de l'information.
11. Le Comité estime dès lors qu'il est compétent pour se prononcer sur cette communication de données à caractère personnel relatives à la santé.

III. EXAMEN DE LA DEMANDE

A. ADMISSIBILITÉ

12. Le traitement de données à caractère personnel relatives à la santé est en principe interdit, et ce conformément au prescrit de l'article 9, §1^{er} du 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 (RGPD).
13. Néanmoins, cette interdiction n'est pas d'application lorsqu'en vertu de l'article 9, §2, j), du RGPD, ce traitement est nécessaire à des fins de recherche scientifique ou à des fins statistiques, conformément à l'article 89, §1^{er}, sur la base du droit de l'Union ou du droit d'un Etat membre qui doit être proportionné à l'objectif poursuivi, respecter l'essence du droit à la protection des données et de prévoir des mesures appropriées et spécifiques pour la sauvegarde des droits fondamentaux et des intérêts de la personne concernées. Le traitement à des fins archivistiques dans l'intérêt public, à des fins de recherche scientifique ou historique, ou à des fins statistiques est soumis, conformément au présent règlement, à des garanties appropriées pour les droits et libertés de la personne concernée. Ces garanties garantissent la mise en place de mesures techniques et organisationnelles, en particulier pour assurer le respect du principe de minimisation des données. Ces mesures peuvent comprendre la pseudonymisation, dans la mesure où ces finalités peuvent être atteintes de cette manière. Chaque fois que ces finalités peuvent être atteintes par un traitement ultérieur ne permettant pas ou plus l'identification des personnes concernées, il convient de procéder de cette manière.
14. Le traitement envisagé a lieu dans le cadre d'une étude scientifique «Evaluatie van een nationaal secundair preventieprogramma voor werknemers met (sub)acute lage rugpijn » effectuée par des chercheurs de l'UGent.
15. Selon l'article 6 du RGPD, le traitement de données à caractère personnel n'est licite que si, et dans la mesure où, au moins une des conditions mentionnées est remplie.

16. Le traitement précité est licite en ce qu'il est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle est soumise le responsable du traitement, conformément à l'article 6, 1, c), du RGPD.
17. Les responsables du traitement connaissent cet article et estiment que l'étude relative à l'évaluation du programme national de prévention des douleurs dorsales pour laquelle des données à caractère personnel doivent être traitées, constitue une étude d'intérêt public. Ceci vu le Décret spécial du 26 juin 1991 (MB 29/06/1991) relatif à l' « Universiteit Gent » et à l' « Uiversitair Centrum Antwerpen » qui dispose que l'Université de Gand est une institution publique dotée de la personnalité juridique. L'article 2 de ce décret spécial (MB 29/06/1991) souligne aussi la mission académique générale de l'UGent. L'article II.18 du « Codex Hoger Onderwijs » dispose que l'UGent assure trois missions d'intérêt général dans le domaine de l'enseignement supérieur, de la recherche scientifique et de prestations de services à la collectivité et de services scientifiques.
18. A la lumière de ce qui précède, le Comité est par conséquent d'avis qu'il existe un fondement admissible pour le traitement des données à caractère personnel relatives à la santé envisagé.

B. PRINCIPES RELATIFS AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

1. FINALITÉS

19. Selon l'article 5 du RGPD, les données à caractère personnel doivent être traitées de manière licite, loyale et transparente au regard de la personne concernée. Elles doivent être collectées pour des finalités déterminées, explicites et légitimes, et ne pas être traitées ultérieurement d'une manière incompatible avec ces finalités.
20. Les chercheurs souhaitent réaliser une comparaison rétrospective des variables demandées en ce qui concerne la reprise du travail, la durée d'absence et la consommation des soins entre les patients souffrant de douleurs lombaires subaiguës qui ont participé au programme de FEDRIS (groupe A) et des patients comparables qui ont reçu les soins courants (groupes B et C). Les données des variables de résultat seraient demandées pour la période 2014-2020. Par ce projet, ils souhaitent aussi analyser des données de facteurs d'influence éventuels tels l'âge, le sexe, le statut (ouvrier/employé), la classe de la profession (code CITP/NACE) et la province.
21. Les chercheurs concentreront leur recherches sur les questions suivantes :
- a) *Quel est l'effet de la thérapie et du nombre de sessions de traitement (code de nomenclature INAMI 558994) sur la consommation de soins par des travailleurs en incapacité de travail suite à des douleurs lombaires subaiguës?*

La collecte des données en matière d'utilisation des soins et le coût relatif aux douleurs dorsales lombaires auront, dans un premier temps, trait à une période de 12 mois précédant et 12 mois suivant le début de l'intervention définie comme la période

antérieure à la date pour laquelle on retrouve le code de nomenclature 558994 dans les données de l'AIM pour le groupe d'intervention (A) et le groupe témoin B. En ce qui concerne le groupe C, ceci aura trait à une période de 12 mois précédant et une période de 12 mois suivant une épisode de douleurs lombaires définie comme la période de 12 mois précédent et la période de 12 mois suivant le diagnostic avec le code CISP-2/code CIM-10 durant la période 2015-2019 ou la première imagerie médicale de la colonne vertébrale lombaire subie par une personne au cours de cette même période.

- Exploration univariée, bivariée et multivariée des données: Une analyse exploratoire univariée des données sera réalisée dans un premier temps. Par ailleurs, seront étudiés les rapports entre les facteurs d'influence et entre les facteurs d'influence et les variables de résultat.
- Les facteurs d'influence de la consommation des soins sont l'âge, le sexe, le type de travail (ouvrier/employé), le secteur d'activités (code NACE), la profession exercée au sein du secteur (code CITP) et la province du domicile et du lieu de la prestation des soins. Après correction pour ces variables, l'effet du programma sur la consommation des soins sera estimé.
- L'objectif de la présente étude est de réaliser une évaluation économique du programme de FEDRIS par rapport aux soins ordinaires. Les analyses économiques peuvent être réalisées dans différentes perspectives, dont les perspectives sociales et en matière de santé. La perspective sociale comprend tous les coûts, peu importe qui paie. Sont à cet égard souvent pris en compte les frais directs tels les frais d'intervention ainsi que le coût des soins non liés à l'intervention (c'est-à-dire les soins de santé et les frais de médicaments) et les frais indirects dus à l'absence au travail et à l'impact sur la productivité. La perspective en matière de santé comprend uniquement les frais directs, à savoir les frais d'intervention et les frais des autres soins.
- L'analyse des variables de résultat pour la consommation des soins sera réalisée dans une perspective sociale et prendra donc en compte tant les frais directs qu'indirects et comprend le coût total (coût agrégé). Le coût par unité de coût (par exemple, consultations, imagerie médicale, kiné) ainsi que le rapport relatif des différentes unités de coût vis-à-vis du coût total seront également analysés. Cela permet de savoir quels sont les principaux facteurs de coût. Comme analyse secondaire, il peut paraître utile de réaliser cette analyse dans une perspective de santé (donc sans les frais pour absence au travail). Les analyses en matière d'utilisation des soins et de coût ont lieu dans la perspective de l'assurance maladie (en raison du fait que la banque de données de l'AIM contient uniquement les soins remboursables) et dans la perspective du patient (ticket modérateur).

b) Quel est l'effet de la thérapie et du nombre de sessions de traitement (code de nomenclature INAMI 558994) sur la durée de l'absence et la reprise du travail par les travailleurs en incapacité de travail suite à des douleurs lombaires subaiguës?

Des analyses similaires à celles exécutées dans la partie A seront réalisées dans l'étude B; toutefois, seront utilisées comme variables de résultat la durée d'absence et la reprise du travail.

- La variable de résultat pour la durée d'absence est décrite comme le nombre de jours d'absence de maladie suite à des douleurs lombaires tel qu'enregistré dans le datawarehouse de la BCSS. Pour les groupes A et B, les jours d'incapacité de travail seront examinés 12 mois avant et 12 mois après le début de la participation au programme de rééducation. Pour le groupe C, 12 mois précédant et suivant une épisode de douleurs lombaires prenant cours à la date du diagnostic de douleurs lombaires avec le code CISP-2/code CIM-10 durant la période 2015-2019 ou de la première imagerie médicale de la colonne vertébrale lombaire au cours de cette même période.
- La variable de résultat pour la reprise du travail sera déterminée sur la base du nombre de jours d'incapacité de travail dans la période de 12 mois suivant la première session du programme de rééducation pour les groupes A et B. Pour le groupe C, il s'agira de 12 mois à partir du diagnostic de douleurs lombaires comme décrit ci-dessus ou de l'imagerie médicale de la colonne vertébrale lombaire.

2. MINIMISATION DES DONNÉES

22. Selon l'article 5 du RGPD, les données à caractère personnel doivent être adéquates, pertinentes et limitées à ce qui est nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées.
23. Les chercheurs souhaitent demander des données provenant des différentes banques de données afin de vérifier l'effectivité d'un programme de prévention secondaire pour le dos s'adressant aux travailleurs lombagiques. Les patients sont inclus entre ceux pris en charge entre janvier 2015 et fin décembre 2019. Pour chaque patient, les chercheurs souhaitent obtenir des données pour la période de 12 mois précédant l'intervention et de 12 mois à partir de la fin de l'intervention. Ils souhaitent donc obtenir des données pour la période de janvier 2014 à fin décembre 2020 inclus.
24. L'ensemble de données demandé ainsi que la source de données sont joints en annexe. Les sept sources de données avec entre parenthèses le fournisseur sont les suivantes:
 - (i) banque de données de population (AIM)
 - (ii) banque de données des soins de santé (AIM)
 - (iii) banque de données Pharma (AIM)
 - (iv) datawarehouse BCSS
 - (v) FEDRIS banque de données des accidents du travail
 - (vi) FEDRIS banque de données des participants au programme
 - (vii) banque de données Statbel
 - (viii) banque de données INTEGO
25. Ce protocole ne recueille pas de données complémentaires relatives au patient, mais procède au couplage des différentes banques de données actuelles pour atteindre les finalités précitées.

Données de la banque de données de l'AIM:

26. Les unions nationales des OA disposent de données concernant leurs membres, dans le cadre de l'exécution de leur mission légale en matière d'assurance maladie-invalidité. L'Agence intermutualiste a pour mission d'analyser les données collectées dans le cadre de ses missions et de fournir les informations à ce propos (art. 278, alinéa 1^{er}, de la loi-programme du 24/02/2002). Ces travaux peuvent être réalisés à la demande du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement notamment (art. 278, alinéa 4, 2^o). La finalité du traitement initial des données à caractère personnel (et plus précisément des données relatives à la santé) par les organismes assureurs est compatible avec les finalités du traitement ultérieur, à savoir la réalisation d'une étude scientifique. Par ailleurs, cette étude scientifique peut contribuer aux missions légales des OA telles qu'elles sont définies dans la loi du 6 août 1990 (art. 3a et b), à savoir participer à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, régie par la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Données provenant de Statbel

27. Statbel, l'Office belge de statistique, collecte, produit et diffuse des chiffres fiables et pertinents sur l'économie, la société et le territoire belges. La collecte s'effectue à l'aide de sources de données administratives et d'enquêtes. La production est réalisée de manière qualitative et scientifique. Les statistiques sont diffusées en temps opportun et de manière conviviale.

Données provenant du datawarehouse de la BCSS

28. Le Datawarehouse marché du travail et protection sociale (DWH MT&PS) a pour objet l'agrégation de données socio-économiques provenant des institutions de la sécurité sociale belge et d'autres institutions publiques. Le but du Datawarehouse marché du travail et protection sociale est de pouvoir répondre de manière plus correcte, plus rapide et moins onéreuse aux demandes de données émanant d'instituts de recherche et des autorités.

Données provenant des banques de données de Fedris

29. Fedris utilise les données relatives à la prévention de douleurs dorsales dans la gestion de cas. Il s'agit du traitement de demandes, de la prise de décisions et de l'indemnisation des participants. En ce qui concerne les données relatives aux accidents du travail, les données sont transmises par les assureurs accidents du travail. Fedris utilise les données dans le cadre de ses missions de contrôle, de la confirmation des accidents avec incapacité permanente et dans le cadre de sa mission de prévention. Fedris paie aussi, à certaines conditions, des rentes et des indemnités. Les données sont aussi nécessaires à la gestion de ces fichiers.

Données provenant de la banque de données Intego

30. Intego est un réseau d'enregistrement de médecins généralistes qui compte, à l'heure actuelle, 104 pratiques flamandes de médecins généralistes. Les données sont extraites,

toutes les semaines, du dossier médical informatisé des médecins généralistes participants¹. Les données concernées sont notamment les données relatives au diagnostic, aux paramètres cliniques, aux résultats de laboratoire, aux vaccinations et aux prescriptions (médicaments, kiné, radiologie). Seuls les diagnostics sont utilisés pour ce projet de couplage. Les données de Intego sont hébergées sur la plateforme de données Healthdata.

31. Le Comité prend acte du fait que l'analyse des risques « small cell » théorique sera réalisée par le KCE après le couplage final de toutes les données et avant la mise à disposition des données aux chercheurs. Le Comité constate que les chercheurs indiquent dans le set de données demandées que certaines dates exactes peuvent être réduites au niveau de la semaine. Le Comité exige que toutes les mesures de pseudonymisation soient prises afin de limiter le risque de réidentification des personnes concernées.
32. La plate-forme eHealth intervient en tant que tiers de confiance pour la pseudonymisation des NISS des personnes concernées. La plate-forme eHealth est autorisée à conserver la clé de codage utilisée pour toute la durée de l'étude, soit 10 ans à partir de la mise à disposition des données. Cette clé sera ensuite détruite.

3. LIMITATION DE LA CONSERVATION

33. Selon l'article 5, §1^{er}, e) du RGPD, les données à caractère personnel doivent être conservées sous une forme permettant l'identification des personnes concernées pendant une durée n'excédant pas celle nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées; les données à caractère personnel peuvent être conservées pour des durées plus longues dans la mesure où elles seront traitées exclusivement à des fins archivistiques dans l'intérêt public, à des fins de recherche scientifique ou historique ou à des fins statistiques conformément à l'article 89, §1^{er}, pour autant que soient mises en œuvre les mesures techniques et organisationnelles appropriées requises par le règlement afin de garantir les droits et libertés de la personne concernée (limitation de la conservation).
34. Les données sont maintenues à la disposition des chercheurs sur l'infrastructure de l'AIM, gérée par la TTP BCSS, et ce jusqu'à la fin du projet, actuellement prévue 10 ans après la date de mise à disposition. A l'issue des projets de recherche et après le rapportage des résultats, les données disponibles seront détruites. La gestion et la destruction des données sont assurées par des collaborateurs de l'AIM et de la TTP BCSS, et ce selon les conditions explicites mentionnées dans l'approbation.
35. Seules les données à caractère personnel pseudonymisées nécessaires seront conservées au sein de l'environnement sécurisé de l'UGent et seront tenues à la disposition des chercheurs jusqu'à la fin du projet. Ce délai est actuellement estimé à 10 ans à partir de la date de mise à la disposition des données. Ce délai de 10 ans est nécessaire pour l'exécution des analyses. À cet égard, il est tenu compte du cadre de l'intégrité scientifique et du temps nécessaire pour répondre à des questions éventuelles de réviseurs ou pour réaliser les rectifications

¹ Les procédures Intego ont été approuvées par le Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé par sa délibération n° 13/026 du 19 mars 2013, modifiée en dernier lieu le 17 avril 2018 (CSSSS/18/066).

demandées dans des publications dans des revues scientifiques à comité de lecture, qui résulteraient de l'analyse des banques de données couplées. A l'issue de la période de 10 ans, les données seront détruites. La gestion et la destruction des données sont assurées par des collaborateurs de l'UGent, et ce selon les conditions explicites mentionnées dans l'approbation.

36. Le Comité de sécurité de l'information estime que ce délai de conservation est raisonnable.

4. TRANSPARENCE

37. Conformément à l'article 12 du RGPD, le responsable du traitement doit prendre des mesures appropriées pour fournir toute information en ce qui concerne le traitement à la personne concernée d'une façon concise, transparente, compréhensible et aisément accessible, en des termes clairs et simples. Les informations sont fournies par écrit ou par d'autres moyens y compris, lorsque c'est approprié, par voie électronique.
38. Lorsque les données à caractère personnel n'ont pas été collectées auprès de la personne concernée, le responsable du traitement est tenu de fournir les informations citées à l'article 14, §§1 et 2 du RGPD à la personne concernée. Néanmoins, lorsque la fourniture de telles informations se révèle impossible ou exigerait des efforts disproportionnés, en particulier pour le traitement à des fins archivistiques dans l'intérêt public, à des fins de recherche scientifique ou historique ou à des fins statistiques sous réserve des conditions et garanties visées à l'article 89, paragraphe 1, ou dans la mesure où l'obligation visée au paragraphe 1 du présent article est susceptible de rendre impossible ou de compromettre gravement la réalisation des objectifs dudit traitement. En pareils cas, le responsable du traitement prend des mesures appropriées pour protéger les droits et libertés ainsi que les intérêts légitimes de la personne concernée, y compris en rendant les informations publiquement disponibles.
39. Le Comité constate qu'en vertu de l'article 14, §5, b) du RGPD, l'UGent n'informerait pas les personnes concernées.

5. SÉCURITÉ DE L'INFORMATION

40. Selon l'article 5, §1^{er}, f) du RGPD, les données à caractère personnel doivent être traitées de façon à garantir une sécurité appropriée des données à caractère personnel, y compris la protection contre le traitement non autorisé ou illicite et contre la perte, la destruction ou les dégâts d'origine accidentelle, à l'aide de mesures techniques ou organisationnelles appropriées (intégrité et confidentialité).
41. Le Comité constate que la plateforme eHealth et le TTP-BCSS interviendront en tant que tiers de confiance dans le cadre du flux décrit en annexe. La plate-forme eHealth interviendra pour le codage et la pseudonymisation des NISS.

42. Le Comité constate que les données finales du couplage seront mises à disposition des chercheurs après la réalisation d'une SCRA par le KCE. Les données seront accessibles sur un serveur de l'Agence Intermutualiste via une connexion VPN sécurisée.
43. Le Comité constate que les chercheurs déclarent qu'une analyse d'impact relative à la protection des données a été réalisée.
44. Le Comité constate que l'UGent et l'Agence Intermutualiste ont chacun désigné un médecin responsable du traitement des données à caractère personnel relatives à la santé ainsi qu'un délégué à la protection des données.
45. Le Comité constate que l'UGent a communiqué sa politique de sécurité de l'information et de respect de la vie privée.
46. Les chercheurs de l'UGent sont tenus de respecter une clause de confidentialité de par leur contrat de travail.
47. Le Comité rappelle qu'en vertu de l'article 9 de la loi du 30 juillet 2018 *relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel*, le responsable du traitement prend les mesures supplémentaires suivantes lors du traitement de données génétiques, biométriques ou des données concernant la santé :
 - 1° 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° la liste des catégories des personnes ainsi désignées est tenue à la disposition de l'autorité de contrôle compétente par le responsable du traitement ou, le cas échéant, par le sous-traitant;
 - 3° il veille à ce que les personnes désignées soient tenues, par une obligation légale ou statutaire, ou par une disposition contractuelle équivalente, au respect du caractère confidentiel des données visées.

Par ces motifs,

la chambre sécurité sociale et santé du comité de sécurité de l'information

sous réserve de l'accord de Statbel pour les données qui le concernent,

sous réserve de l'accord de la chambre Autorité fédérale en ce qui concerne la communication de données par Statbel ou de la conclusion d'un protocole avec Statbel,

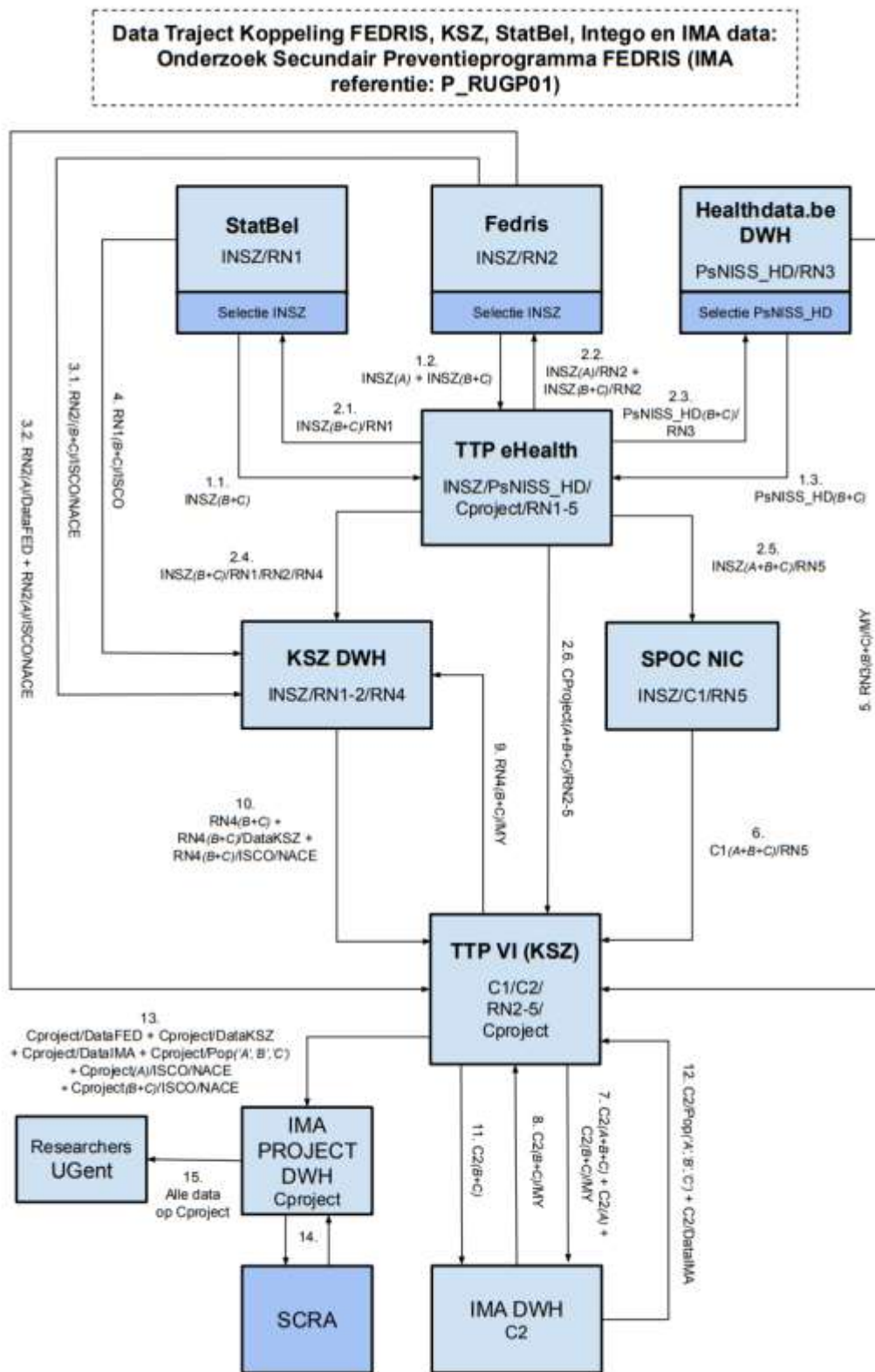
conclut que:

la communication des données à caractère personnel telle que décrite dans la présente délibération est autorisée moyennant le respect des mesures de protection de la vie privée qui ont été définies, en particulier les mesures en matière de limitation de la finalité, de minimisation des données, de limitation de la durée de conservation des données et de sécurité de l'information.

Bart VIAENE
Président

Le siège de la chambre sécurité sociale et de la santé du comité de sécurité de l'information est établi dans les bureaux de la Banque Carrefour de la sécurité sociale, à l'adresse suivante: Quai de Willebroeck 38 - 1000 Bruxelles (tél. 32-2-741 83 11).

Annexe 1 - Flux des données



Data Traject Koppeling Fedris, KSZ, StatBel, Intego en IMA data:
Onderzoek Secundair Preventieprogramma Fedris (IMA: P RUGP01).

Stap 1.1: StatBel stelt voor de periode 2015-2019 op basis van de geselecteerde ISCO beroepscoodes (International Standard Classification of Occupations) uit de databank “Enquête Arbeidskrachten” een lijst samen van de identificatienummers sociale zekerheid (INSZ) van de personen die potentieel deel kunnen uitmaken van de controlepopulaties B en C. Elke INSZ in de lijst mag slechts 1 x voorkomen. StatBel brengt deze lijst $INSZ_{(B+C)}$ over naar de Trusted Third Party eHealth (TTP eHealth).

Stap 1.2: Fedris maakt twee lijsten met INSZ aan: een eerste lijst met enkel de deelnemers in het Fedris preventieprogramma (populatie A) en een tweede lijst met alle potentiële controlepersonen voor populaties B en C ⁽¹⁾. Fedris brengt de twee lijsten $INSZ_{(A)}$ en $INSZ_{(B+C)}$ over naar de TTP eHealth.

(¹) Elke INSZ in een lijst mag slechts 1 x voorkomen. Selectie van de controlegroep uit de Fedris databank “Arbeidsongevallen”, op basis van specifieke ISCO beroepscoodes + de NACE codes (Europese activiteitenomenclatuur) die overeenkomen met de NACE codes van de deelnemers.

Stap 1.3: Uit het data warehouse (DWH) van Healthdata.be, waarbinnen de INTEGO databank zich bevindt, worden de pseudoniemen (PsNISS_HD) geselecteerd van alle personen die in de INTEGO databank voor de periode 2015-2019 zijn geregistreerd met één van de gegeven ICPC-2 (International Classification of Primary Care - 2nd edition) of ICD-10 (International Classification of Diseases) codes. Healthdata.be brengt deze lijst $PsNISS_HD_{(B+C)}$ van unieke pseudoniemen voor decodering over naar de TTP eHealth.

Opmerking: de stappen 1.1, 1.2 en 1.3 dienen samen uitgevoerd te worden. De betrokken partijen (StatBel, Fedris, Healthdata.be) dienen in overleg met de TTP eHealth dit tijdstip samen te bepalen.

Vorbereidingen voor de stappen 2.1-2.6: De $PsNISS_HD_{(B+C)}$ lijst verkregen uit stap 1.3 van Healthdata.be wordt door eHealth gedecodeerd naar INSZ. Voor elke unieke INSZ aanwezig in deze gedecodeerde lijst van Healthdata.be en in de lijsten ontvangen in stappen 1.1 en 1.2 van respectievelijk StatBel en Fedris, zal de TTP eHealth een unieke Cproject code aanmaken ⁽²⁾, samen met 5 random numbers: RN1 t.e.m. RN5.

(²) Hoewel elke individuele lijst geen dubbels mag bevatten, zijn INSZ dubbels tussen de lijsten niet uit te sluiten.

Hierna zal de TTP eHealth de volgende stappen ondernemen:

- **Stap 2.1:** in een eerste nieuwe lijst worden alle INSZ verkregen van StatBel (stap 1.1) samengebracht met de corresponderende RN1. De conversielijst $INSZ_{(B+C)}/RN1$ wordt daarna naar StatBel verzonden.
- **Stap 2.2:** in de twee lijsten verkregen van Fedris (stap 1.2) worden de INSZ geassocieerd met de corresponderende RN2. De conversielijsten $INSZ_{(A)}/RN2$ en $INSZ_{(B+C)}/RN2$ worden daarna naar Fedris verzonden.

- **Stap 2.3:** in een derde nieuwe lijst worden alle INSZ na decoding verkregen van Healthdata.be (stap 1.3) samengebracht met de corresponderende RN3. Na coding van de INSZ wordt de lijst PsNISS_HD(B+C)/RN3 daarna naar HealthData.be verzonden.
- **Stap 2.4:** in een vierde lijst worden de INSZ van alle potentiële controlepersonen (populaties B en C) van Fedris, StatBel en Healthdata.be samengebracht zonder de INSZ van de Fedris deelnemers (exclusie lijst INSZ(A) uit stap 1.2 dus), samen met de corresponderende RN1, RN2 en RN4. De conversielijst INSZ(B+C)/RN1/RN2/RN4 wordt daarna naar de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ DWH) verzonden.
- **Stap 2.5:** in een vijfde lijst worden de INSZ van zowel alle potentiële controlepersonen van Fedris, StatBel en Healthdata.be als de Fedris deelnemers met de RN5 geassocieerd. De conversielijst INSZ(A+B+C)/RN5 wordt daarna naar het uniek aanspreekpunt van het Nationaal Intermutualistisch College (SPOC NIC) verzonden.
- **Stap 2.6:** in een laatste lijst worden de INSZ van zowel alle potentiële controlepersonen van Fedris, StatBel en Healthdata.be als de Fedris deelnemers met de Cproject en de random numbers RN1 t.e.m. RN5 geassocieerd. Alle RN m.u.v. RN1 worden samen met de Cproject in een conversielijst (Cproject(A+B+C)/RN2-5) naar de Trusted Third Party van de verzekeringsinstellingen (TTP VI (KSZ)) verzonden.

Hierna onderneemt Fedris de volgende stappen:

- **Stap 3.1:** in een eerste nieuwe lijst worden enkel de INSZ van potentiële controlepersonen (populaties B en C) weerhouden en geassocieerd aan de relevante ISCO en NACE codes. Elke INSZ wordt vervangen door de corresponderende RN2 ontvangen van de TTP eHealth, waarna de lijst RN2(B+C)/ISCO/NACE wordt verzonden naar KSZ DWH.
- **Stap 3.2:** in een tweede nieuwe lijst worden de INSZ van de Fedris deelnemers eveneens met de relevante ISCO en NACE codes geassocieerd (1 lijn per persoon), en wordt elke INSZ vervangen door de corresponderende RN2 ontvangen van de TTP eHealth (lijst RN2(A)/ISCO/NACE). Fedris selecteert alle nodige gegevens van de deelnemers en vervangt eveneens elke INSZ door de corresponderende RN2. De lijst RN2(A)/ISCO/NACE en de gegevens (RN2(A)/DataFED) worden daarna verzonden naar de TTP VI (KSZ).

Stap 4: StatBel voegt in een lijst van alle potentiële controlepersonen de relevante ISCO code toe. Elke INSZ in deze lijst wordt vervangen door de corresponderende RN1 ontvangen van de TTP eHealth, waarna de lijst RN1(B+C)/ISCO ook naar KSZ DWH wordt verzonden.

Stap 5: Healthdata.be selecteert uit het DWH voor elke PsNISS_HD van een potentiële controlepersoon de maand en het jaar (veld MY) van elke geïncloseerde diagnose volgens ICPC-2/ICD-10 classificatie. Hierna wordt elke PsNISS_HD vervangen door de RN3 verkregen van de TTP eHealth en wordt de lijst RN3(B+C)/MY naar de TTP VI (KSZ) verzonden.

Stap 6: SPOC NIC vervangt elke INSZ uit de lijst verkregen van de TTP eHealth in stap 2.5 door de corresponderende code van de verzekeringsinstellingen (C1) en verzendt de nieuwe lijst C1(A+B+C)/RN5 naar de TTP VI (KSZ).

Stap 7: de TTP VI (KSZ) vervangt de C1 uit de SPOC NIC lijst $C1_{(A+B+C)}/RN5$ door de IMA codes (C2) en brengt deze zonder RN5 over naar het DWH van het IMA (lijst $C2_{(A+B+C)}$). De TTP VI (KSZ) vervangt a.d.h.v. de conversielijst ontvangen van de TTP eHealth de RN3 uit het HealthData bestand $RN3_{(B+C)}/MY$ door de C2 codes en brengt ook deze lijst, inclusief het veld MY, over naar het IMA DWH (bestand $C2_{(B+C)}/MY$). Tenslotte vervangt de TTP VI (KSZ) de RN2 uit de Fedris lijst $RN2_{(A)}/ISCO/NACE$ eveneens door de C2 codes en wordt dit bestand zonder ISCO/NACE codes in het IMA DWH geplaatst (lijst $C2_{(A)}$).

Stap 8: hierna zal het IMA de volgende acties ondernemen (in deze volgorde):

- Indien een C2 in de Healthdata.be $C2_{(B+C)}/MY$ lijst ook voorkomt in de Fedris lijst van deelnemers $C2_{(A)}$, dan wordt deze registratie uit de Healthdata.be lijst verwijderd. Dubbels mogen dus niet uit de Fedris lijst $C2_{(A)}$ gehaald worden.
- Een lijst met alle potentiële controlepersonen die niet door HealthData.be werden aangeleverd wordt samengesteld door enkel de C2 uit de lijst $C2_{(A+B+C)}$ te weerhouden die zich noch in de Fedris lijst van deelnemers $C2_{(A)}$, noch in de HealthData.be $C2_{(B+C)}/MY$ lijst bevinden.
- Op de overblijvende $C2_{(B+C)}$ lijst van potentiële Fedris/StatBel controlepersonen worden de volgende inclusie- en exclusiecriteria toegepast: leeftijd, sociaal statuut, aantal dagen arbeidsongeschiktheid > 0 en nomenclatuurcriteria ⁽³⁾. Voor elke C2 die na het toepassen van de voorgaande criteria overblijft, wordt eveneens de maand en het jaartal (MY) toegevoegd van de nomenclatuurcriteria ⁽⁴⁾, samen met een waarde die aanduidt tot welke potentiële populatie de persoon kan toebehoren: veld Pop met waarde 'B' of 'C' voor respectievelijk populaties B en C (1e lijst $C2_{(B+C)}/MY/Pop('B','C')$).
- Op de overblijvende HealthData.be $C2_{(B+C)}/MY$ lijst worden de volgende inclusie- en exclusiecriteria toegepast: leeftijd, sociaal statuut, aantal dagen arbeidsongeschiktheid > 0 . Voor elke C2 die na het toepassen van de voorgaande criteria overblijft, wordt een waarde toegevoegd die aanduidt tot welke potentiële populatie de persoon kan toebehoren: veld Pop met waarde 'B' indien minstens één terugbetaling ambulante multidisciplinaire revalidatiezitting voor een wervelzuilaandoening (nomenclatuurcode K60-behandeling) wordt gevonden binnen de 3 maanden na de ICPC-2/ICD-10 datum (MY), of 'C' in alle andere gevallen (2e lijst $C2_{(B+C)}/MY/Pop('B','C')$).
- De twee lijsten $C2_{(B+C)}/MY/Pop('B','C')$ van Healthdata en Fedris/StatBel worden samengevoegd tot één lijst $C2_{(B+C)}/MY/Pop('B','C')$. Een kopie van deze lijst zonder het veld Pop (= lijst $C2_{(B+C)}/MY$) wordt overgebracht naar de TTP VI (KSZ). Belangrijke opmerking: de volledige lijst inclusief het veld Pop dient echter ook door het IMA bijgehouden te worden voor de toepassing van stap 12 in dit traject.

⁽³⁾ Populatie B: min. 1 terugbetaalde prestatie ambulante multidisciplinaire revalidatiezitting voor een wervelzuilaandoening (nomenclatuurcode K60-behandeling) zonder terugbetaalde prestaties medische beeldvorming van de lumbale wervelzuil (LWZ) in de 3 maanden voorafgaande aan de K60-behandeling. Populatie C: min. 1 terugbetaalde prestatie medische beeldvorming LWZ zonder terugbetaalde prestaties K60-behandeling in de 3 maanden voorafgaande aan de medische beeldvorming LWZ.

⁽⁴⁾ Eerste terugbetaalde prestatie K60-behandeling voor personen die potentieel deel kunnen uitmaken van populatie B of eerste terugbetaalde prestatie medische beeldvorming LWZ voor personen die potentieel deel kunnen uitmaken van populatie C.

Stap 9: de TTP VI (KSZ) vervangt elke C2 code uit de lijst C2(B+C)/MY door de RN4 code en brengt de nieuwe lijst RN4(B+C)/MY over naar KSZ DWH.

Stap 10: hierna zal de KSZ de volgende acties ondernemen (in deze volgorde):

- de KSZ converteert (a.d.h.v. de lijst verkregen van de TTP eHealth in stap 2.4) de RN2 en RN1 uit de lijsten respectievelijk verkregen van Fedris (stap 3.1) en StatBel (stap 4) naar RN4, waarna dubbels worden verwijderd en de twee lijsten worden samengevoegd. Uit de lijst RN4(B+C)/MY ontvangen in stap 9 worden dan enkel de registraties met RN4 weerhouden die ook in de samengevoegde Fedris/StatBel lijst voorkomen. Na conversie van de RN4 naar INSZ voor de overblijvende registraties, past het KSZ de tweede reeks van inclusie- en exclusiecriteria toe: stelsel en arbeidsongeschiktheid ⁽⁵⁾.
- de KSZ selecteert alle nodige gegevens voor deze INSZ die na het toepassen van de 2e reeks inclusie- en exclusiecriteria overblijven. Na de gegevensselectie wordt elke INSZ vervangen door de corresponderende RN4 (gegevensset RN4(B+C)/DataKSZ). De KSZ bereidt dan ook een lijst voor met alle unieke RN4 die als controlepersonen werden weerhouden (lijst RN4(B+C)) en een tweede lijst van deze zelfde RN4 geassocieerd met alle ISCO en NACE codes (lijst RN4(B+C)/ISCO/NACE).
- De gegevens RN4(B+C)/DataKSZ en de lijsten RN4(B+C) en RN4(B+C)/ISCO/NACE worden overgebracht naar de TTP VI (KSZ)

(5) Minstens 4 weken en max. 6 maanden arbeidsongeschikt zijn in de periode van 6 maanden voor het voorkomen van nomenclatuurcode K60-behandeling (groep B) of het voorkomen van de nomenclatuurcodes van medische beeldvorming LWZ OF de registratie van ICPC2/ICD10-codes lage rugpijn (groep C). Soort dagen arbeidsongeschikt: enkel primaire arbeidsongeschiktheid (algemene regeling). Stelsel: enkel arbeiders & bedienden.

Stap 11: de TTP VI (KSZ) converteert elke RN4 uit de lijst RN4(B+C) naar de juiste C2 en plaatst hierna C2(B+C) in het IMA DWH.

Stap 12: hierna zal het IMA de volgende acties ondernemen:

- Uit de lijst C2(B+C)/MY/('A','B','C') van stap 8 worden enkel de registraties met C2 weerhouden die ook voorkomen in de lijst C2(B+C) van stap 11. Indien de populatiegroottes het toelaten, worden voor de controlegroepen B en C subselecties gemaakt van C2 tot maximaal een 1 op 1 verhouding ⁽⁶⁾ wordt bekomen met de populatiegrootte van Fedris deelnemers (lijst C2(A) uit stap 7).
- Alle nodige gegevens worden geselecteerd op basis van de uiteindelijke lijst van controlepersonen (resultaat = gegevensset C2(B+C)/DataIMA).
- De C2 van zowel de Fedris deelnemers als de uiteindelijke controlepopulaties B en C worden in één lijst gebracht, samen met een veld Pop die aanduidt tot welke populatie elke C2 behoort ('A' = Fedris deelnemer, 'B' = controlepopulatie B en 'C' = controlepopulatie C).
- De lijst C2/Pop('A','B','C') en de gegevens C2(B+C)/DataIMA worden overgebracht naar de TTP VI (KSZ).

(⁶) Voor de uiteindelijke samenstelling van controlepopulatie C zal er voorrang gegeven worden aan de inclusie van overblijvende INTEGO personen (lijst C2(B+C)/MY in stap 7), waarna er aangevuld wordt met overblijvende StatBel en/of Fedris controlepersonen.

Stap 13: de TTP VI (KSZ) converteert in onderstaande bronnen alle codes naar de corresponderende Cproject:

- van Fedris uit stap 3.2: de gegevens RN2(A)/DataFED en de lijst RN2(A)/ISCO/NACE
- van de KSZ uit stap 10: de gegevens RN4(B+C)/DataKSZ en de lijst RN4(B+C)/ISCO/NACE
- van het IMA uit stap 12: de gegevens C2(B+C)/DataIMA en de lijst C2/Pop('A','B','C')

De TTP VI (KSZ) transfereert ten slotte de lijsten en de gegevens naar het IMA Project Datawarehouse.

Stap 14: een Small Cell Risk Analysis (SCRA) wordt uitgevoerd indien nodig geacht door het Informatieveiligheidscomité (IVC).

Stap 15: de gegevens en de lijsten worden ter beschikking gesteld van de onderzoekers.