



RIZIV - INAMI

**Nouveau mécanisme de contrôle de l'utilisation
correcte de l'échelle d'évaluation
Nouveau système de sanction en vigueur en cas
d'application significativement mauvaise de
l'instrument d'évaluation
A partir du 1^{er} octobre 2008**

1	INTRODUCTION.....	2
2	ADAPTATION DE L'ARRETE ROYAL DU 3 JUILLET 1996 RELATIF AU FONCTIONNEMENT DU COLLEGE NATIONAL DES MEDECINS-CONSEILS.....	3
2.1	Sections du Collège national.....	4
2.2	Collèges locaux.....	4
3	NOUVEAU MECANISME DE CONTROLE DE L'ECHELLE D'EVALUATION..	5
3.1	Sélection des institutions.....	5
3.2	Annonce du contrôle par le collège local.....	6
3.3	Nombre de patients à examiner.....	6
3.4	Sélection des patients à examiner.....	7
3.5	Répartition du nombre de patients à examiner.....	7
3.6	Examen des patients.....	7
3.7	Communication des décisions.....	7
3.8	Date d'entrée en vigueur de la décision.....	8
3.9	Recours possibles contre la décision.....	8
4	NOUVEAU MECANISME DE SANCTION.....	9
4.1	Application significativement mauvaise de l'instrument d'évaluation.....	9
4.2	Comment calcule-t-on le coefficient de concordance 'Kappa' ?	10
4.2.1	Sans adaptation de catégorie.....	10
4.2.2	Adaptation de la catégorie vers le haut.....	11
4.2.3	Adaptation de la catégorie vers le bas.....	11
4.3	L'incidence financière de l'application significativement mauvaise de l'échelle	12

Nouveau mécanisme de contrôle de l'utilisation correcte de l'échelle d'évaluation Nouveau système de sanction en vigueur en cas d'application significativement mauvaise de l'instrument d'évaluation A partir du 1^{er} octobre 2008

1 Introduction

Depuis l'agrément des premiers lits MRS en 1983, un mécanisme de contrôle a été instauré par arrêté royal afin de vérifier si le besoin de soins du bénéficiaire était correctement répertorié.

Durant la première année, c'était le médecin-conseil de la mutualité à laquelle était affilié le bénéficiaire qui, soit sur la base d'un document, soit après examen du patient sur place, contrôlait la nécessité des soins et la déterminait aussi. Ce n'est que dès le moment où le bénéficiaire séjournait plus d'un an en MRS que l'échelle d'évaluation était transmise par la mutualité au Collège national des médecins-conseils institué auprès de l'INAMI. Le Collège national prenait ensuite une décision en se fondant surtout sur le diagnostic qui était mentionné sur une attestation médicale. Il pouvait également déléguer ses compétences à des sections sectorielles.

Les critères fixés en vue d'obtenir une intervention pour MRS étaient les suivants :

- 1) soit se trouver dans deux des situations suivantes :
 - être grabataire ;
 - avoir besoin d'aide pour manger de sorte qu'une tierce personne doit le nourrir ;
 - nécessiter chaque jour une toilette complète effectuée par une autre personne ;
 - souffrir d'incontinence chronique
- 2) soit être gravement perturbé sur le plan de l'orientation dans le temps et l'espace.

Une intervention a également été instaurée à partir du 1^{er} septembre 1987 dans le secteur des maisons de repos agréées pour personnes âgées ; elle était fondée sur les mêmes critères que ceux fixés pour les MRS.

Les catégories actuelles de dépendance, basées sur l'échelle dite de Katz, ont été instaurées à partir du 1^{er} avril 1991. Dès ce moment, les demandes relatives aux séjours de plus d'un an ne sont plus transmises au Collège national des médecins-conseils. Pour que le Collège national reste néanmoins informé des décisions des médecins-conseils, il est prévu que chaque organisme assureur transmette chaque trimestre des informations statistiques au Collège national.

A partir de cette même date, il a été fait plus largement appel aux sections sectorielles du Collège national : deux membres du Collège au moins examinaient de manière « intermutualiste » les bénéficiaires d'une institution.

Suite aux problèmes rencontrés lors de l'application de l'échelle d'évaluation, des **directives** ont été communiquées le 25 novembre 1993 (adaptées le 24 décembre 1997, puis le 18 novembre 2004 et le 29 mai 2006) en ce qui concerne la fixation des scores en matière de dépendance physique.

Depuis le 22 juin 1996, l'échelle d'évaluation peut être introduite auprès du médecin-conseil dans les 7 jours plutôt que dans les 3 jours. Dans le but d'avoir une meilleure intelligence de la dépendance et dans le souci d'obtenir de meilleurs soins, un nombre minimum d'exigences a été instauré à partir de cette même date pour le dossier de soins : un plan de soins a notamment été prévu ainsi que l'énumération précise d'un certain nombre de troubles confusionnels du comportement pour les bénéficiaires désorientés.

Depuis le 1^{er} mai 1997, les médecins-conseils peuvent, dans l'exercice de certaines de leurs missions, se faire assister par des auxiliaires paramédicaux qu'ils mandatent.

Au cours de ces années, le nombre d'adaptations dans les catégories de dépendance a diminué. On constatait toutefois que ce nombre était nettement supérieur à la moyenne dans un certain nombre d'institutions. Aussi, fin 2002, le Gouvernement a-t-il formulé la demande expresse que soit élaborée une nouvelle procédure de contrôle qui vise plusieurs objectifs :

- l'optimisation des contrôles ;
- veiller à une répartition équitable des contrôles entre toutes les institutions ;
- appliquer uniformément la réglementation ;
- intervenir de manière plus préventive que répressive ;
- sanctionner les institutions en cas d'application significativement mauvaise de l'instrument d'évaluation.

Ces objectifs sont poursuivis par deux arrêtés royaux :

- adaptation de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 relatif au fonctionnement du Collège national des médecins-conseils ;
- l'arrêté royal du 4 avril 2003 portant exécution de l'article 37^{quater} de la loi du 14 juillet 1994, remplacé par l'arrêté royal du 21 août 2008 (mécanisme de sanction « Kappa »).

2 Adaptation de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 relatif au fonctionnement du Collège national des médecins-conseils.

La base légale du Collège national des médecins-conseils figure à l'article 153 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. Cet article stipule que les missions et le fonctionnement du Collège national et des collèges locaux placés sous sa tutelle peuvent être déterminés par arrêté royal. Le Collège se compose de 13 membres effectifs.

Les missions de ce Collège sont définies à l'article 120 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 (modifié par l'arrêté royal du 4 avril 2003). Ses principales missions sont :

- assurer le suivi des décisions prises par les médecins-conseils dans le cadre des interventions dues dans les MRPA, les MRS, les CSJ et dans le secteur des soins à domicile, et prendre les initiatives nécessaires lorsque des irrégularités sont constatées ;
- le Collège peut examiner les bénéficiaires sur place et adapter, le cas échéant, la catégorie de dépendance.

L'arrêté royal du 3 juillet 1996 prévoit que ces missions peuvent être exécutées par **les sections du Collège national** et par **les collèges locaux**.

2.1 Les sections du Collège national

Il s'agit en l'occurrence des sections sectorielles qui existent depuis la naissance du Collège national en 1983.

Une section se compose :

- d'au moins deux médecins-conseils qui sont membres du Collège national, et
- d'un certain nombre de médecins-conseils et/ou de praticiens de l'art infirmier, en veillant à ce qu'au moins trois organismes assureurs différents soient représentés au sein de la section.

Ces sections peuvent examiner à tout moment la catégorie de dépendance de tous les bénéficiaires. La seule différence avec les collèges locaux réside dans le fait qu'il s'agit ici d'une section se composant d'au moins deux médecins-conseils qui sont membres du Collège national.

2.2 Les collèges locaux

Ceux-ci se composent :

- d'un médecin-conseil qui est responsable d'une province. Le Collège national peut désigner par province plusieurs responsables qui en assument les tâches, soit à tour de rôle, soit sur la base d'une répartition géographique ;
- d'au moins trois médecins-conseils et/ou de praticiens de l'art infirmier, en veillant à ce qu'au moins trois organismes assureurs différents soient représentés au sein de ce collège local.

Dans ce cas, il se peut que personne ne soit membre du Collège national des médecins-conseils.

3 Nouveau mécanisme de contrôle de l'échelle d'évaluation.

Une première innovation consiste en ce que, par analogie avec le mode de transmission d'une demande pour la catégorie O, le médecin-conseil ne doit plus donner son accord. Cela signifie que pour toutes les catégories de dépendance, l'institution n'enverra plus qu'une notification d'hébergement – ou de modification de catégorie – en y joignant l'échelle d'évaluation.

Le médecin-conseil peut toujours examiner le bénéficiaire individuel sur place.

Par le passé, les organismes assureurs devaient examiner sur place au moins 20 % des bénéficiaires des catégories A, B et/ou C sur base annuelle. Cette procédure présentait le gros désavantage que chaque médecin-conseil devait se déplacer individuellement pour n'examiner ensuite que les membres affiliés à sa mutualité. Avec cette approche individuelle, les risques d'interprétation différente de l'échelle d'évaluation étaient réels. Il a également été constaté qu'il était plus intéressant pour les organismes assureurs d'examiner des bénéficiaires dans une grande institution afin d'atteindre ainsi plus rapidement l'objectif des 20 %.

Afin de réaliser les objectifs fixés par le Gouvernement en 2002, à savoir l'optimisation des contrôles, leur répartition équitable entre toutes les institutions et l'application uniforme de la réglementation, le mécanisme de contrôle suivant a été instauré dans l'arrêté royal du 4 avril 2003, amendé par l'arrêté royal du 21 août 2008.

3.1. Sélection des institutions

L'INAMI fait chaque mois une sélection aléatoire de quelques 200 institutions (soit environ 10 % de l'ensemble des maisons de repos). Cette sélection tient compte de la répartition géographique des institutions et du nombre de lits pour lesquels elles ont été agréées.

Ces institutions reçoivent de l'INAMI une lettre leur communiquant qu'il y a des chances que les patients qu'elles hébergent soient examinés le mois suivant par les collègues locaux.

Chaque institution est ainsi avertie et peut, le cas échéant, adapter les échelles d'évaluation de ses patients.

L'INAMI procède le mois suivant à une seconde sélection parmi les 200 institutions sélectionnées. Ces établissements sont effectivement contrôlés dans le courant de ce mois par les collègues locaux.

Attention : le Collège national garde toujours la possibilité d'effectuer des contrôles qui NE sont PAS annoncés à l'avance.

3.2 Annonce du contrôle par le collège local

Le médecin-conseil responsable d'une province communique à l'institution, par lettre recommandée, la date de la visite au plus tôt une semaine à l'avance.

La date de cette lettre recommandée a toute son importance. En effet, l'examen de l'application significativement mauvaise de l'instrument d'évaluation ne tient pas compte des modifications de l'échelle entre cette date et le jour où le collège local effectue le contrôle (voir plus loin).

Cette lettre recommandée contient les éléments suivants :

- la date et l'heure de la visite ;
- la demande que deux représentants de l'institution (du personnel de soins de préférence) soient disponibles. Le collège local ventilera son travail en deux équipes. Il est préférable qu'un représentant de l'institution soit présent par équipe ;
- la demande qu'un représentant de l'institution soit présent afin de pouvoir attester, le cas échéant, la réception des décisions ;
- la demande que l'institution mette trois listes à sa disposition :
 - a) une liste des **patients** affiliés à une mutuelle, classés par ordre alphabétique (avec le numéro de leur chambre), sans indication de leur organisme assureur, ni de leur catégorie de dépendance ;
 - b) sous pli fermé, une liste de tous les **patients**, affiliés à une mutuelle, classés par ordre alphabétique, avec mention de leur organisme assureur (3 chiffres), de leur numéro au Registre National, de leurs scores et de leur catégorie **à la date de l'envoi recommandé** par lequel l'institution a été avertie du jour de la visite ;
 - c) une liste récapitulative par catégorie du nombre **total** de patients présents et, par qualification, de l'effectif du personnel sous contrat ou nommé le jour de la visite (sur un modèle fourni par le Service), ceci afin d'éviter de devoir fournir ces renseignements par la suite ;
- la demande que le dossier de soins et toutes les autres informations soient disponibles par bénéficiaire, de préférence sans indication au sujet de l'échelle d'évaluation ou de la catégorie ;
- toutes les références légales nécessaires (entre autres, celles des arrêtés qui prévoient la mission).

3.3 Nombre de patients à examiner

Dans une institution comptant au total 50 patients ou moins – pour les institutions mixtes (celles qui sont en même temps MRPA et MRS), tous les patients sont pris en compte – tous les patients sont examinés.

Dans une institution comptant plus de 50 patients, au moins 20 % des patients sont examinés (avec un minimum de 50).

Dans le cadre du nouveau régime de sanctions (voir plus loin), ce nombre est considéré comme plus que représentatif.

3.4 Sélection des patients à examiner

Dans les institutions plus importantes où tous les bénéficiaires ne doivent pas être examinés, la sélection des patients à examiner s'effectue de manière aléatoire. C'est soit le collège local, soit le collège national qui tire au hasard une lettre parmi les lettres de l'alphabet.

Ensuite, le nombre nécessaire de patients est examiné sur base de la liste alphabétique fournie par l'institution, en commençant par les personnes dont la première lettre du nom est la lettre tirée ou, à défaut, la lettre suivante de l'alphabet.

3.5 Répartition du nombre de patients à examiner

Le collège local établit une répartition des tâches à partir de la liste des patients sélectionnés, afin d'examiner les patients par deux équipes. Dans chaque cas, au moins deux personnes émanant du collège local doivent faire partie de chacune des équipes.

3.6 Examen des patients

Plusieurs principes doivent guider l'examen des patients :

- le patient est examiné sans connaissance préalable des scores de la catégorie déposée par l'institution et en vigueur à la date d'annonce de la visite (= date de la lettre recommandée) ;
- pour l'examen, toutes les informations disponibles (à l'exception des scores ou de la catégorie) peuvent être prises en considération. A cette fin, la présence du personnel de soins est indiquée;
- la décision est prise, en consensus, par le collège local. Le médecin-conseil responsable signe cette décision.

3.7 Communication des décisions

Une fois prises par le collège local, les décisions doivent être communiquées aux institutions et aux organismes assureurs des patients, en respectant les principes suivants :

- seules les modifications de catégorie sont à transmettre au responsable de l'institution, tant la nouvelle catégorie que le nouveau score (8 chiffres). Une liste des patients dans laquelle figurent le score et la catégorie suffit ;

- la notification prévoit la possibilité, pour l'institution, de contester l'ensemble ou une partie de ces décisions en introduisant, dans les 15 jours, une réclamation motivée auprès du secrétariat du Collège national (cf. infra, 3.9) ;
- si la décision est signifiée sur place, le responsable de l'institution signe le double de ce document pour réception ;
- si la décision est communiquée ultérieurement, elle doit être envoyée par recommandé ;
- toutes les échelles individuelles (y compris celles pour lesquelles la catégorie n'est pas modifiée) sont transmises au secrétariat du Collège national et sont complétées, au terme de l'examen, par le score et la catégorie à la date de l'envoi recommandé annonçant la visite ;
- le secrétariat du Collège national communique les adaptations des catégories à la direction médicale de chaque OA (secrétariat national).

3.8 Date d'entrée en vigueur de la décision

Si le collège local adresse directement la notification au responsable de l'institution, la décision prend cours à partir du **jour qui suit celui de l'examen**.

Si la signification des décisions se fait par lettre recommandée, la décision prend effet **le jour qui suit la date de la lettre recommandée**.

Le secrétariat du Collège national communique cette date à la direction médicale des OA.

3.9. Recours possibles contre la décision

Deux types de recours sont prévus : un recours interne (informel) et un recours externe (judiciaire et légal).

a) Recours interne :

Aussitôt après la visite, l'institution reçoit communication des décisions prises par le collège, ce qui lui donne la possibilité de calculer elle-même son coefficient de concordance Kappa (cf. infra, 4.2). Si elle n'est pas d'accord avec (certaines de) ces décisions, elle dispose d'un délai de **15 jours calendrier** pour communiquer ses arguments au collège local qui a pris ces décisions, au moyen d'une lettre recommandée adressée au Secrétariat du Collège national des médecins-conseils, 211 avenue de Tervuren, 1150 Bruxelles.

Le collège local peut revoir ses décisions, avec effet rétroactif à la date du contrôle, après une nouvelle visite sur place si besoin est. Le résultat de cette révision éventuelle doit être communiqué à l'INAMI dans les **deux mois** qui suivent la date du (premier) contrôle. Si aucune réponse du collège ne lui parvient dans ce délai, les demandes de révision de l'institution sont considérées comme acceptées, avec effet rétroactif à la date du (premier) contrôle.

Exemple : une maison de repos est contrôlée le 15 octobre. Elle reçoit communication des nouvelles catégories fixées par le collège par une lettre recommandée datée du 16. Elle a donc jusqu'au 31 octobre pour envoyer ses réclamations éventuelles au Service des soins de santé de l'INAMI, qui les transmet au collège local concerné. Celui-ci doit alors y répondre pour le 15 décembre au plus tard. En l'absence de réponse endéans ce délai, le Service considérera que les réclamations de l'institution sont acceptées.

b) Recours externe :

Lorsque l'INAMI dispose de la décision définitive (tacite ou expresse) du collège local ou si, au bout de 15 jours, l'institution n'a pas introduit de recours interne, le Service lui communique son Kappa, ainsi que le calcul de la récupération ou de la sanction éventuelle qui en découle (cf. infra, 4.3).

Le cas échéant, l'institution dispose alors d'un délai de **30 jours** pour introduire, par citation, un recours devant le Tribunal du Travail.

Ce recours qui, à la différence du précédent, *n'est pas suspensif*, ne doit être dirigé que contre l'INAMI, même si en fait il conteste des décisions du collège local des médecins-conseils de certaines mutualités.

4 Nouveau mécanisme de sanction

L'arrêté royal du 21 août 2008 prévoit un mécanisme de sanction pour les institutions qui appliquent à mauvais escient de façon significative l'instrument d'évaluation. Sont pris en compte aussi bien le surscorage que le sous-scorage.

4.1 Utilisation significativement mauvaise de l'instrument d'évaluation

L'arrêté royal stipule à partir de quel moment une institution applique à mauvais escient de façon significative l'instrument d'évaluation, défini à partir d'un test de concordance. On parle généralement à ce propos de calcul du 'Kappa'.

Le calcul du Kappa (coefficient de concordance) permet d'examiner dans quelle mesure les demandes introduites par l'institution correspondent aux constatations du collège local.

Le résultat est toujours égal à une valeur comprise entre 0 et 1. Un résultat égal à 1 signifierait une concordance parfaite entre le diagnostic de l'institution et celui du collège local. En revanche, un résultat nul signifierait que l'institution a complété l'échelle d'évaluation de manière tout à fait arbitraire.

L'arrêté royal fait les distinctions suivantes :

a) Le Kappa est supérieur ou égal à 0,55

Il n'y a pas de différence significative entre l'évaluation de l'institution et celle du collège local.

b) Le Kappa se situe entre 0,4 et 0,55

Il s'agit dans ce cas d'une situation problématique qui donne lieu soit à un simple avertissement, soit à une récupération ou à une sanction limitée, en fonction de l'incidence financière de la discordance (cf. infra, 4.3).

c) Le Kappa est inférieur à 0,4

Cela signifie que l'institution applique erronément de façon significative l'instrument d'évaluation.

4.2 Comment calcule-t-on le coefficient de concordance 'Kappa' ?

Le collège local ou une section du collège national transmet au Secrétariat du collège national l'ensemble des scores qui étaient en vigueur à la date de l'envoi recommandé qui annonçait la visite. Tous les scores tels qu'ils ont été constatés à l'issue du contrôle sur le terrain sont également communiqués.

Les catégories de dépendance qui correspondent à ces scores sont transposées en graphique par le Service :

- à gauche (vertical) les catégories avant contrôle;
- en haut (horizontal) les catégories après contrôle.

Sur la diagonale, on obtient le nombre de bénéficiaires, où la catégorie n'a pas été appliquée.

Au-dessus de la diagonale, on obtient le nombre de bénéficiaires qui se sont vu augmenter de catégorie.

En dessous de la diagonale, on obtient le nombre de bénéficiaires qui se sont vu attribuer une catégorie moindre.

Rendons les choses plus claires à l'aide d'un exemple.

Prenons une institution comptant 44 bénéficiaires examinés :

4.2.1 Pas d'adaptation de la catégorie :

Cat 0 : 4

Cat A : 3

Cat B : 6

Cat C : 8

Cat Cd : 9

4.2.2 Adaptation de la catégorie vers le haut :

De la cat 0 à : A = 0 B = 0 C = 0 Cd = 0
 De la cat A à : B = 0 C = 0 Cd = 0
 De la cat B à : C = 0 Cd = 0

4.2.3 Adaptation de la catégorie vers le bas :

De la cat A à 0 = 1
 De la cat B à 0 = 0 A = 4
 De la cat C à 0 = 0 A = 0 B = 5
 De la cat Cd à 0 = 0 A = 0 B = 0 C = 4

Si ces données sont transposées en graphique, le résultat donne :

Catégorie avant contrôle Li	Catégorie après contrôle : Ci					
	0	A	B	C	Cd	Total
0	4	0	0	0	0	4
A	1	3	0	0	0	4
B	0	4	6	0	0	10
C	0	0	5	8	0	13
Cd	0	0	0	4	9	13
Total	5	7	11	12	9	44

Les formules suivantes sont appliquées à ces données :

$P_o = (\sum Li Ci) / N$ (correspondance observée dans la population)

c'est-à-dire le rapport, d'une part, entre le nombre de bénéficiaires où la catégorie n'a pas été adaptée et, d'autre part, le nombre total de bénéficiaires. Il s'agit du total du nombre de bénéficiaires sur la diagonale divisé par le nombre total de bénéficiaires examinés :

$$P_o = [4 + 3 + 6 + 8 + 9] / 44 = 0.6818$$

$P_e = (\sum Li \times Ci) / N^2$ (correspondance attendue dans la population)

c'est-à-dire la somme de la multiplication des totaux par catégorie, divisé par le carré de tous les bénéficiaires :

$$P_e = [(5 \times 4) + (7 \times 4) + (11 \times 10) + (12 \times 13) + (9 \times 13)] / 44^2 = 0.22$$

$$\text{Kappa} = (\text{Po} - \text{Pe}) / (1 - \text{Pe})$$

$$\text{Kappa} = (0.6818 - 0.22) / (1 - 0.22) = 0.59$$

4.3 L'incidence financière de l'application significativement mauvaise de l'échelle

Le calcul du Kappa ne tient pas compte de la différence entre les catégories de dépendance telle qu'elle se traduit dans les forfaits.

Il n'est donc pas exclu que le Kappa d'une institution soit inférieur à 0,4 et que l'incidence financière des adaptations soit infime, voire négative (en cas de sous-scoring systématique), si la partie A1 des interventions accordées avant le contrôle (F1) est comparée à la partie A1 des interventions accordées après le contrôle (F2).

C'est la raison pour laquelle l'arrêté royal prévoit, avant toute chose, de déterminer cette incidence financière dans les cas d'application problématique ou significativement mauvaise de l'échelle. C'est seulement en fonction de cette incidence que, le cas échéant, une diminution des forfaits sera appliquée.

La lecture de l'incidence financière (F1 et F2), visée ci-dessus, donne lieu aux cas de figure suivants :

- a) Kappa est inférieur à 0,55 mais égal ou supérieur à 0,4 :
- si la différence entre la partie A1 du forfait avant le contrôle (F1) et la partie A1 du forfait après le contrôle (F2) est inférieure ou égale à 5%, l'institution reçoit un simple avertissement.
L'arrêté précise que cet avertissement peut donner lieu « à un nouveau contrôle **non annoncé** des patients dans un délai d'un an après le premier contrôle ». L'expression "*contrôle non annoncé*" signifie que, comme l'institution ne sera pas tirée au sort, elle ne recevra pas de lettre la prévenant qu'elle *pourrait* faire l'objet d'un contrôle (cf. 3.1), mais seulement une lettre recommandée lui annonçant, quelques jours auparavant, la date de la visite du collègue local (cf. 3.2).
 - si F1 est supérieur à F2 d'un pourcentage qui excède 5 %, cette différence est récupérée pendant les 6 mois qui suivent, mais l'institution n'est pas autrement sanctionnée ;
 - si F1 est inférieur à F2 d'un pourcentage qui excède 5 %, et s'il apparaît que l'institution ne dispose pas de personnel en nombre suffisant pour répondre aux normes, le montant de la partie A1 du forfait est diminué de 5 % pendant une période de 6 mois.
- b) Kappa est inférieur à 0,4 :
- si F1 est **inférieur** à F2, et s'il apparaît que l'institution ne dispose pas de personnel en nombre suffisant pour répondre aux normes, le montant de la partie A1 du forfait est diminué de 5 % pendant une période de 6 mois ;

- si F1 est **supérieur** à F2 d'un pourcentage qui n'excède pas 5 %, le montant de la partie A1 du forfait est diminué de ce pourcentage, *multiplié par 1,01*, pendant une période de 6 mois ;
- si F1 est **supérieur** à F2 d'un pourcentage **qui excède 5 %**, le montant de la partie A1 du forfait est diminué de ce pourcentage, *multiplié par 1,5*, pendant une période de 6 mois.

Cette diminution prend cours le premier jour du trimestre civil qui suit la notification et est valable pendant une période de six mois.