

---

## COMMISSION RÉGIONALE DE SUIVI DES ESMS EN DIFFICULTÉS FINANCIÈRES DOSSIER D'INSTRUCTION

---

### **PREAMBULE**

Ce dossier d'instruction s'inscrit dans la procédure de suivi des ESMS en difficulté de Bourgogne Franche Comté et fait suite à l'instruction interministérielle n° DGCS/SD5B/DGFIP/DSS/CNSA/2023/145 du 21 septembre 2023 et pérennisée par l'instruction DGCS/DSS/CNSA du 22 mai 2024 relative aux orientations de 2024

**Pour mémoire, ces commissions départementales visent à examiner et gérer des situations d'urgences aux fins de prévenir les insuffisances de trésorerie.**

**Elles étudient les situations les plus critiques** La criticité est évaluée à partir du délai sur la rupture de trésorerie (1 mois, 2 à 3 mois, 4 à 6 mois) observable sur le plan de trésorerie communiqué.

Pour bénéficier d'une admission à cette commission, le présent dossier de saisine devra être rempli et envoyé aux autorités de tarification compétentes **dans un délai de 30 à 45 jours avant la tenue de ces réunions selon le calendrier publié sur le site de l'ARS BFC et éventuellement des conseils départementaux dont dépend l'établissement**

L'instruction des dossiers sera réalisée par la ou les autorités compétentes.

Lorsque la situation de la structure est rétablie durablement, la commission prononce sa sortie du dispositif. La sortie fait l'objet d'une information écrite au directeur de la structure et/ou à son gestionnaire.

**TOUT DOSSIER INCOMPLET (DONT ANNEXES) OU TRANSMIS HORS DELAI NE SERA PAS INSTRUIT.**

**LA FORME DU PRESENT DOSSIER NE DOIT PAS ETRE MODIFIEE.**

**LES DEMANDES DOIVENT ETRE FORMULEES PAR L'INTERMEDIAIRE DU PRESENT DOSSIER.**

**SI DES DEMANDES SONT FORMULEES POUR PLUSIEURS ESMS RELEVANT D'UN MEME ORGANISME GESTIONNAIRE, UN DOSSIER DOIT ETRE REMPLI PAR ETABLISSEMENT OU SERVICE.**

## PARTIE À COMPLÉTER PAR L'ESMS

### IDENTITÉ DE L'ORGANISME GESTIONNAIRE ET DE L'ESMS CONCERNÉ :

Désignation de l'organisme gestionnaire :		
N° FINESS (entité juridique) :		
N° SIREN :		
Adresse :		
Nom, prénom, adresse mél du représentant légal :		
Désignation de l'ESMS concerné :		
N° FINESS (établissement) :		
N° SIRET :		
Adresse :		
Nom et coordonnées du directeur :		

**AUTORITÉ(S) DE TARIFICATION COMPÉTENTE(S) :**  ARS  Département de  
(à préciser)

### CAPACITAIRES ET TAUX D'OCCUPATION :

#### - Capacitaires

Capacité autorisée (pour les EHPAD détailler par modalité d'accueil : HP, HT, PASA, UHR, AJ) :	.....
Capacité installée : (pour les EHPAD détailler par modalité d'accueil : HP, HT, PASA, UHR, AJ) :	.....
Pour les EHPAD, nombre et % de places habilitées à l'aide sociale :	
Autorisées	.....
Installées	.....

### - Taux d'occupation :

Évolution des taux d'occupation (pour les EHPAD ne concernent que l'hébergement permanent) :

Comment est expliquée l'évolution du taux d'occupation ?	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
Un plan d'actions opérationnel est-il formalisé pour améliorer le taux d'occupation et mieux répondre aux besoins des usagers ?	<p><b>Si oui, l'annexer au présent dossier.</b></p> <p>Si non, expliciter les raisons justifiant l'absence de plan d'actions :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

## TARIFICATION,LOCAUX ET IMMOBILISATIONS

L'EHPAD bénéficie-t-il d'une possibilité de loyer modulé au sens de l'article R 314-182 du CASF ?	Si oui, sur quelle part de ses places et combien de tarifs sont appliqués? ..... ..... .....
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Quel mode de facturation l'établissement pratique-t-il ?  <input type="checkbox"/> facturation terme à échoir <input type="checkbox"/> facturation à terme échu	..... ..... .....
Les frais de séjour pris en charge par le département au titre de l'aide sociale sont-ils payés ?  <input type="checkbox"/> sous forme de dotation globale <input type="checkbox"/> selon une facturation individuelle	

Le prélèvement automatique est-il mis en place auprès des résidents payants  <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui pour quelle part en % de ces résidents
Une caution est-elle versée par le résident à son admission ?  <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, quel en est le montant ?
L'établissement met-il en œuvre des provisions égales à 90 % des ressources de l'hébergé dans l'attente de la finalisation du dossier aide sociale ?  <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui cette mention figure t'elle dans le contrat de séjour et/ou dans le règlement intérieur ?
L'EHPAD envisage-t-il de mettre en œuvre des tarifs différenciés en application de la loi Bien Vieillir et du décret du 31 décembre 2024?  <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, sur quelle part de ses places, pour quel écart par rapport au tarif ASH et pour quel montant de ressources supplémentaires estimé? ..... ..... .....
L'ESMS est-il propriétaire ou locataire de ses locaux d'activité ?  <input type="checkbox"/> PROPRIÉTAIRE <input type="checkbox"/> LOCATAIRE	Si l'ESMS est propriétaire, quel est le taux de vétusté des immobilisations :  - Bâtiment : .....% - Équipement : .....%
Un PPI est-il défini ?  <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si non, pourquoi et comment est organisé le renouvellement des immobilisations ? ..... ..... ..... .....
Si l'ESMS est locataire, quel est le montant du loyer annuel ?	.....€
Les travaux obligatoires relevant du propriétaire sont-ils réalisés ?  <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si non, lesquels et pour quel montant estimé? ..... ..... ..... .....

<p>Le dernier avis de la commission de sécurité est-il ?</p> <p><input type="checkbox"/> FAVORABLE  <input type="checkbox"/> DÉFAVORABLE</p>	<p>Si défavorable, des travaux d'urgence sont-ils à engager ?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI  <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Si oui, Lesquels ?</p> <p>.....  .....  .....  .....  .....  .....</p> <p>Les travaux incombent-ils à l'ESMS ?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI  <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Si oui, lesquels ?</p> <p>.....  .....  .....  .....</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**TARIFS POUR LES EHPAD :**

<p>Indiquer le dernier prix de journée validé</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chambre simple : HAS : .....€</li> <li>- Chambre simple : non HAS : .....€</li> <li>- Chambre double : AS : .....€</li> <li>- Chambre double : non HAS : .....€</li> </ul>
<p>Dernière valeur PMP validée et appliquée (même par anticipation) :</p> <p>.....</p> <p>Date de validation :</p> <p>.....</p>	<p>Dernière valeur GMP validée et appliquée (même par anticipation) :</p> <p>.....</p> <p>Date de validation :</p> <p>.....</p>

<p>Financements complémentaires (ESA, CRT, PASA...) N-1</p>	<p>.....  .....</p>
-------------------------------------------------------------	-------------------------

## CONTRACTUALISATION :

<p>CPOM signé :</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>Si oui, date de prise d'effet ? .....</p> <p>Si non, à quelle étape de la contractualisation en êtes-vous ? Quelles difficultés rencontrez-vous ? ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....</p>
<p>Le CPOM intègre-t-il un objectif de retour à l'équilibre ?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>Si oui, quelles actions sont envisagées ou sont définies pour améliorer la situation ? ..... ..... ..... .....</p>

## DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

**LE CONTEXTE ET LES DIFFICULTES RENCONTREES DOIVENT FAIRE L'OBJET D'UNE PRESENTATION CIRCONSTANCIEE, CHIFFREE  
ET SIGNEE (Cf. PAGES 7 A 13)**

## ORIGINE DES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES :

<p>Taux d'occupation faible</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>Si oui, détailler chaque difficulté rencontrée (origine/antériorité, montant, perspectives pour y remédier...) :</p> <p>..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....</p>
<p>Tarifs insuffisants</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>Si oui, détailler chaque difficulté rencontrée (origine/antériorité, montant, perspectives pour y remédier...) :</p> <p>..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....</p>
<p>Créances non recouvrées :</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>Si oui, détailler chaque difficulté rencontrée (origine/antériorité, montant, perspectives pour y remédier...) :</p> <p>..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....</p>
<p>Des difficultés particulières sont-elles rencontrées pour des créances dûes par des départements au titre de l'accueil de résidents extérieurs ?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>Si oui quels sont les départements concernés et quelle est la dette de chacun ?</p> <p>Combien de résidents hors département l'établissement accueille-t'il ? soit en % de la capacité</p>
<p>L'établissement a-t-il contracté une ligne de trésorerie ?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>Si oui pour quel montant</p> <p>Est-elle mobilisée et pour combien</p>

	Quel en est le type ? ( ligne de trésorerie classique, affacturage, .....)
Impacts de l'inflation :	<p>Si oui, détailler chaque difficulté rencontrée (origine/antériorité, montant, perspectives pour y remédier...) :</p> <p>.....</p>
Montage financier de l'investissement déséquilibré :	<p>Si oui, détailler chaque difficulté rencontrée (origine/antériorité, montant, perspectives pour y remédier...) :</p> <p>.....</p>
Gouvernance de l'établissement et/ou de l'organisme gestionnaire ?	<p>Si oui, détailler chaque difficulté rencontrée (origine/antériorité, montant, perspectives pour y remédier...) :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

## **EXISTENCE DE DETTES**

<p>Dettes fournisseurs :</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>Si oui, détailler origine/antériorité, montant, perspectives pour y remédier ainsi que délai de paiement actuel ... :</p> <p>..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....</p>
<p>Dettes fiscales :</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>Si oui, détailler origine/antériorité, montant, perspectives pour y remédier ainsi que délai de paiement actuel ... :</p> <p>..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....</p> <p><b>Un plan de règlement a-t-il été sollicité ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Si oui, détailler les modalités définies :</p> <p>..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....</p>

<p>Dettes sociales :</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>Si oui, détailler origine/antériorité, montant, perspectives pour y remédier ainsi que délai de paiement actuel ... :</p> <p>..... ..... ..... ..... ..... ..... .....</p> <p><b>Un plan de règlement a-t-il été sollicité ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Si oui, détailler les modalités définies :</p> <p>..... ..... ..... ..... ..... .....</p>
<p>Dettes auprès d'établissements bancaires :</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>Si oui, détailler origine/antériorité, montant, ... :</p> <p>..... ..... ..... ..... ..... ..... .....</p> <p>Existe-t-il des difficultés à honorer le remboursement de l'emprunt ?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Si oui, détailler les modalités définies :</p> <p>..... ..... ..... ..... .....</p>

**NATURE DU RISQUE (Évaluation de la situation d'ici le 31 décembre de l'année en cours)**

- ✓ Le défaut de trésorerie est de nature à empêcher le versement des salaires et si oui sous quel délai ?
  - ✓ Le défaut de trésorerie est de nature à empêcher le paiement des fournisseurs
  - ✓ Le défaut de trésorerie est de nature à empêcher le paiement des dettes fiscales
  - ✓ Le défaut de trésorerie est de nature à empêcher le paiement des dettes sociales
  - ✓ L'établissement a-t-il utilisé les outils proposés par l'ANAP

Si oui nécessité d'en présenter une synthèse

## MESURES DE REDRESSEMENT DÉJÀ ENTREPRISES

(Demande d'étalement de dettes, échange avec les autorités de tarification, CNR obtenus...)

---

---

---

---

---

## **PLAN D'ACTIONS PROPOSÉ VISANT À UNE STABILISATION DE LA SITUATION :**

*(Description détaillée des perspectives envisagées avec échéancier, intégration des aides sollicitées comme levier d'un redressement)*

**Dossier complété le :**

## La Direction de l'établissement

## Le Président du Conseil d'Administration

### Signatures

**Complément des ATC :**

**CNR attribués en N, N-1, N-2, N-3 au titre du soutien aux difficultés financières**

\*\*\*\*\*

**PIÈCES À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT : (pour les ESMS rattachés à un gestionnaire multi-ESMS ou multi-activités : fournir les éléments à l'échelle du gestionnaire en sus des documents de l'établissement ou du service)**

*(Les éléments et documents transmis à la commission seront examinés par ses membres tenus au secret professionnel)*

- Rapport circonstancié sur le contexte et les difficultés rencontrées, ainsi que sur les projets d'envergure en cours (notamment, projets d'investissement et/ou de restructuration) ;
- Le cas échéant, dernier rapport du commissaire aux comptes ou dernier compte de gestion pour les établissements ou services sous statut public (hors établissements ou services gérés par des établissements publics de santé) ;
- Le tableau de trésorerie mensuelle décliné sur 12 mois (intégrant le réalisé des 6 derniers mois et le prévisionnel des 6 prochains)
- Pour les établissements sous Environnement EPRD :
  - o Le PGFP et le CRPP issus du dernier EPRD validé
  - o Décision modificative ou relevé infra-annuel
  - o Trésorerie prévisionnelle d'exploitation (mensuelle) sur 12 mois dont les 6 derniers mois écoulés

## PARTIE A COMPLETER PAR LA COMMISSION

### **MEMBRES DE LA COMMISSION :**

### **ANALYSE DE LA SITUATION FINANCIERE (à l'appui du plan de trésorerie et de la fiche des indicateurs ARS°)**

#### 1. ANALYSE DE LA TRESORERIE

(Cessation de paiement, Difficultés à payer les fournisseurs, les salariés...)

## 2. ANALYSE GLOBALE

(Contexte de la difficultés, analyse de **l'entité gestionnaire ou du groupe**, gouvernance, difficultés organisationnelles ...)

## 3. ANALYSE D'INDICATEURS RH

4. ANALYSE DE L'ACTIVITE

5. ANALYSE DE LA TARIFICATION PAR LES ATC

6. AUTRES

**CONCLUSIONS :**

Au vu des éléments communiqués et analysés, les difficultés financières rencontrées par la structure sont d'ordre Choisissez un élément..

## AU TERME DE LA COMMISSION

### **PLAN D'ACTION PROPOSE**

Identification de l'action	Structure chargée de l'action	Calendrier de mise en œuvre	Indicateurs d'évaluation	Délai d'évaluation
<i>Ex : Etalement de dettes</i>	<i>DDFIP</i>	<i>30/11/2023</i>	<i>Amélioration du délai de rotation des dettes</i>	<i>Sous 2 mois</i>

### **SUIVI DU PLAN D'ACTIONS**

Identification de l'action	Structure chargée de l'action	Date de la réunion de suivi	Résultats obtenus	Commentaires