COMMISSION RÉGIONALE DE SUIVI

DES ESMS EN DIFFICULTÉS FINANCIÈRES

**DOSSIER D’INSTRUCTION**

Les commissions de suivi des ESMS en difficultés financières ont été instituées par l’instruction interministérielle n° DGCS/SD5B/DGFIP/DSS/CNSA/2023/145 du 21 septembre 2023 et généralisées par l’instruction DGCS/DSS/CNSA du 22 mai 2024 relative aux orientations de 2024 pour la campagne budgétaire des ESMS accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées (ESMS relevant de l’OGD PA/PH).

Initialement dédiée à la situation financière des EHPAD et services à domicile du secteur de la dépendance, ces commissions sont désormais élargies à l’ensemble des ESMS (personnes âgées et handicap).

En Corse, a été instituée en 2023 une commission régionale réunissant des représentants de :

* L’ARS de Corse
* La Collectivité de Corse
* La DRFIP
* Les organismes d’assurance maladie (CPAM et MSA)
* L’URSSAF
* La Banque des territoires.

La commission régionale vise à examiner et gérer des situations d’urgences aux fins de prévenir les insuffisances de trésorerie.

Le fonds d’urgence exceptionnel décidé en 2023 n’a pas été reconduit en 2024. A ce titre, les moyens d’actions mentionnés par l’instruction du 21 septembre 2023 restent identiques à l’exception de la mention relative aux fonds d’urgence.

Conformément aux orientations définies dans le cadre de la campagne budgétaire 2024 l’ARS ne délivrera plus de soutien financier en crédits non reconductibles pour des motifs visant à compenser une situation financière fragile ou dégradée des ESMS relevant de sa compétence, en dehors d’une saisine par les structures concernées de ladite commission. Ce soutien financier non pérenne n’est pas obligatoire ni automatique et dépendra de l’analyse de la situation financière, des mesures à engager préalablement à tout soutien complémentaire mais également du niveau de disponibilité constaté par l’ARS au titre de ses dotations régionales limitatives.

A minima seront organisées deux commissions par an :

* **Octobre/novembre N** :
  + - Suivi sur la base des principaux indicateurs des ESMS maintenus sous la vigilance de la commission par décision collégiale : tableau mise en œuvre plan d’action, état des dettes, résultat de l’année N anticipé, niveau trésorerie et besoin en fonds de roulement. Les ESMS s’engagent à transmettre ces indicateurs au 1er octobre N aux services de l’ARS et/ou de la Collectivité de Corse. Une audition de l’établissement concerné et/ou de l’organisme gestionnaire pourra être organisée au regard de la situation constatée sur cette base.
    - Analyse des demandes d’intégration dans le suivi de la commission : les dossiers incomplets ne feront pas l’objet d’une instruction et d’une audition devant la commission
* **Mai/Juin N+1** : audition des ESMS intégrés sur la liste des structures faisant l’objet d’un suivi par la commission. Les éléments présentés par les ESMS dans ce contexte découleront des orientations définies lors de la précédente convention et intègreront a minima les principaux indicateurs mentionnés précédemment.

Par conséquent, le présent dossier doit être renseigné pour tout ESMS relevant du champ de compétence de la commission régionale de suivi des ESMS en difficultés qui présentent des risques importants de rupture de trésorerie d’ici au 31/12/2025 pouvant induire des ruptures de paiement des salaires, des fournisseurs ou de remboursement des dettes fiscales et sociales. Ne sont donc pas concernées les demandes de soutien en CNR non justifiées par une situation de fragilité de l’établissement et/ou de l’organisme gestionnaire qui impacterait de façon conséquente la continuité de l’activité à travers sa capacité financière à répondre à ses principales obligations financières ;

Ce dossier dument renseigné, ainsi que l’ensemble des pièces mentionnées page 12, doivent être retransmis à la ou les autorités de tarification compétentes le **30/09/2025 délai de rigueur (16h00)** aux adresses suivantes : [ars-corse-medico-social@ars.sante.fr](mailto:ars-corse-medico-social@ars.sante.fr) ET [alerte.essms@isula.corsica](mailto:alerte.essms@isula.corsica) (les ESMS sous compétence exclusive de l’ARS sont tenus de transmettre exclusivement leur dossier sur la bal [ars-corse-medico-social@ars.sante.fr](mailto:ars-corse-medico-social@ars.sante.fr)). L’instruction des dossiers sera réalisée par la ou les autorités compétentes.

Tout dossier incomplet (dont plan prévisionnel de trésorerie annexe au dossier type) ou transmis hors délai ne sera pas instruit.

La forme du présent dossier ne doit pas être modifiée.

Les demandes doivent être formulées par l’intermédiaire du présent dossier.

Si des demandes sont formulées pour plusieurs ESMS relevant d’un même organisme gestionnaire, un dossier doit être rempli par établissement ou SERVICE.

# PARTIE À COMPLÉTER PAR L’ESMS

**IDENTITÉS 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  Collectivité de Corse

ESMS DEJA SUIVI AU TITRE DE LA COMMISSION (année N-1) :

OUI  NON

**CAPACITAIRES ET TAUX D’OCCUPATION :**

* **Capacitaires :**

Capacité autorisée (pour les EHPADs détailler par modalité d’accueil : HP, HT, PASA, UHR, UVA, AJ) :

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Capacité installée : (pour les EHPADs détailler par modalité d’accueil : HP, HT, PASA, UHR, AJ) :

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Pour les EHPADs, nombre et % de places habilitées à l’aide sociale

*Autorisées : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*Installées : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

* **Taux d’occupation :**

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



Comment est expliquée l’évolution du taux d’occupation ?

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Un plan d’actions opérationnel est-il formalisé pour améliorer le taux d’occupation et mieux répondre aux besoins des usagers ?  OUI  NON**

Si oui, l’annexer au présent dossier.

Si non, expliciter les raisons justifiant l’absence de plan d’actions :

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**LOCAUX ET IMMOBILISATIONS**

**L’ESMS bénéficie-t-il d’une possibilité de loyer modulé ?**   **OUI  NON**

Si oui, sur quelle part de ses places ?

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**L’ESMS est-il propriétaire ou locataire de ses locaux d’activité ?**

**PROPRIÉTAIRE  LOCATAIRE**

Si l’ESMS est propriétaire, quel est le taux de vétusté des immobilisations :

* Bâtiment : …………………………...%
* Équipement : ………………………%

**Un PPI est-il défini ?**  **OUI  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** ?  **OUI  NON**

Si non, lesquels ?

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Le dernier avis de la commission de sécurité est-il ?**  **FAVORABLE  DÉFAVORABLE**

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Si défavorable, des travaux d’urgence sont-ils à engager ?  OU I NON

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Si oui, Lesquels ?

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Les travaux incombent-ils à l’ESMS ?  OUI  NON

Si oui, lesquels ?

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**TARIFS POUR LES EHPAD :**

**Indiquer le dernier prix de journée validé**

* Chambre simple : HAS : …………………………€
* Chambre simple : non HAS : ………………€
* Chambre double : AS : ……………………......€
* Chambre double : non HAS : ………………€

**Dernière valeur PMP validée et appliquée** (même par anticipation) : ………………………………

Date de validation : …………………/…………………………/………………………

**Dernière valeur GMP validée et appliquée** (même par anticipation) : ………………………………

Date de validation : …………………/…………………………/………………………

**L’EHPAD est-il en situation de convergence tarifaire négative ?**   OUI  NON

Si oui, montant de la convergence : ……………………………….

Décrire l’impact de la réduction de la DGF soins : ……………………………………………………………….

**TARIFS POUR LES SSIAD :**

**Libellés enveloppes**

FGS – part socle N-1 : ……………………………………………. €

FGS – part variable N-1 : ………………………………………. €

Dotation de coordination N-1 : …………………………. €

Financements complémentaires (ESA, CRT, temps de psychologue…) N-1 : …………………………. €

**CONTRACTUALISATION :**

**CPOM signé :**    OUI  NON

Si oui, date de prise d’effet ? ……………………………………………………………….

Si non, à quelle étape de la contractualisation en êtes-vous ? Quelles difficultés rencontrez-vous ?

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Le CPOM intègre-t-il un objectif de retour à l’équilibre ?**  ☐ OUI ☐ NON

Si oui, quelles actions sont envisagées ou sont définies pour améliorer la situation ?

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**DIFFICULTÉS RENCONTRÉES**

***Le contexte et les difficultés rencontrées doivent faire l’objet d’une présentation circonstanciée et chiffrée***

**Présentation de l’évolution des RH au regard de l’EPRD validé ou du Budget exécutoire par rapport à la situation de la structure au moment du dépôt du dossier « ESMS en difficulté »**

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Difficultés RH et recours à l’intérim** :  OUI  NON

Si oui, détailler chaque difficulté rencontrée (origine/antériorité, montant, perspectives pour y remédier…) :

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Créances non recouvrées**: ☐ OUI ☐ NON

Si oui, détailler chaque difficulté rencontrée (origine/antériorité, montant, perspectives pour y remédier…) : ...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Impacts de l’inflation** : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, détailler chaque difficulté rencontrée (origine/antériorité, montant, perspectives pour y remédier…) : ...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Montage financier de l’investissement déséquilibré** : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, détailler chaque difficulté rencontrée (origine/antériorité, montant, perspectives pour y remédier…) : ...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Gouvernance de l’établissement et/ou de l’organisme gestionnaire ?** ☐ OUI ☐ NON

Si oui, détailler chaque difficulté rencontrée (origine/antériorité, montant, perspectives pour y remédier…) : ...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Autres :**

Détailler chaque difficulté rencontrée (origine/antériorité, montant, perspectives pour y remédier…) : ...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**EXISTENCE DE DETTES**

**Dettes fournisseurs :**  ☐ OUI ☐ NON

Si oui, détailler origine/antériorité, montant, perspectives pour y remédier ainsi que délai de paiement actuel :

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Dettes fiscales :**  ☐ OUI ☐ NON

Si oui, détailler origine/antériorité, montant, perspectives pour y remédier ainsi que délai de paiement actuel :

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Un plan de règlement a-t-il été sollicité ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, détailler les modalités définies : ...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Dettes sociales :**  ☐ OUI ☐ NON

Si oui, détailler origine/antériorité, montant, perspectives pour y remédier ainsi que délai de paiement actuel :

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Un plan de règlement a-t-il été sollicité ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, détailler les modalités définies : ...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Dettes** **auprès établissement bancaire** : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, détailler origine/antériorité, montant, perspectives pour y remédier ainsi que délai de paiement actuel :

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Existe-t-il des difficultés à honorer le remboursement de l’emprunt ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, détailler les modalités définies : ...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**NATURE DU RISQUE (Évaluation de la situation d’ici au 31/12/2025)**

Le défaut de trésorerie est de nature à empêcher le versement des salaires

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 ☐

**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)*

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**CONCLUSION :**

**Actions sollicitées auprès des membres de la commission (étalement dettes fiscales etc.)**

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Montant des Crédits Non Reconductibles Sollicités**

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Dossier complété le :** …………………/…………………/…………………

**Signature et qualité du signataire :**

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**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) ;
  + Trésorerie prévisionnelle d’exploitation (mensuelle)
  + Bilan financier

# PARTIE A COMPLETER PAR LA COMMISSION

**MEMBRES DE LA COMMISSION :**

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**CNR ATTRIBUES EN N, N-1, N-2, N-3 AU TITRE DU SOUTIEN AUX DIFFICULTES FINANCIERES POUR LE CANDIDAT**

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**ANALYSE DE LA SITUATION FINANCIERE (cf guide des indicateurs financiers)**

1. **ANALYSE DE LA TRESORERIE**

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

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **ANALYSE GLOBALE**

(Contexte de la difficultés, analyse de l’entité gestionnaire ou du groupe, gouvernance, difficultés organisationnelles …)

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **ANALYSE D’INDICATEURS RH**

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **ANALYSE DE L’ACTIVITE**

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **ANALYSE DE LA TARIFICATION PAR LES ATC**

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **AUTRES**

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**CONCLUSIONS :**

Au vu des éléments communiqués et analysés, les difficultés financières rencontrées par la structure sont d’ordre conjoncturel ET/ OU structurel, l’instructeur propose :

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**AU TERME DE LA COMMISSION :**

INTEGRATION AU SUIVI DE LA COMMISSION : OUI  NON

CNR ACCORDES *le cas échéant*: ……………………………€

**PLAN D’ACTION PROPOSE PAR LA COMMISSION**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification de l’action** | **Structure chargée de l’action** | **Calendrier de mise en œuvre** | **Indicateurs d’évaluation** | **Délai d’évaluation** |
| *Ex : Etalement de dettes* | *DDFIP* | *30/11/2023* | *Amélioration du délai de rotation des dettes* | *Sous 2 mois* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

# SUIVI DE LA COMMISSION

*Selon documents transmis fin du 1er semestre n+1*

**ANALYSE DE LA SITUATION FINANCIERE**

1. **ANALYSE DE LA TRESORERIE**

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

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **ANALYSE GLOBALE**

(Contexte de la difficultés, analyse de l’entité gestionnaire ou du groupe, gouvernance, difficultés organisationnelles …)

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **ANALYSE D’INDICATEURS RH**

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **ANALYSE DE L’ACTIVITE**

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **ANALYSE DE LA TARIFICATION PAR LES ATC**

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **AUTRES**

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**SUIVI DU PLAN D’ACTIONS - ANNEE N+1**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification de l’action** | **Structure chargée de l’action** | **Date de la réunion de suivi** | **Résultats obtenus** | **Commentaires** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**CONCLUSIONS :**

Au vu des éléments communiqués et analysés, les difficultés financières rencontrées par la structure sont d’ordre conjoncturel ET/ OU structurel, l’instructeur propose :

Maintien dans le suivi :  OUI  NON

Alerte particulière dans l’optique de la commission d’automne :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**AU TERME DE LA COMMISSION :**

**MAINTIEN DU SUIVI DE LA COMMISSION :**  OUI  NON