
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 la dite 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 1^{er} 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 intégreront 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 31/12/2024 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 dûment renseigné, ainsi que l'ensemble des pièces mentionnées page 12, doivent être retransmis à la ou les autorités de tarification compétentes le **15/09/2024 délai de rigueur (16h00)** aux adresses suivantes : ars-corse-medico-social@ars.sante.fr ET 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). L'instruction des dossiers sera réalisée par la ou les autorités compétentes.

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

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

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 :	
<i>Autorisées</i>
<i>Installées</i>

- **Taux d'occupation :**

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

	N-5	N-4	N-3	N-2	N-1	N (à date)
Nombre places installées						
Nb journées prévisionnelles	0	0	0	0	0	0
NJ journées réalisées						
Taux d'occupation	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

<p>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> <p><input type="checkbox"/> OUI</p> <p><input type="checkbox"/> NON</p>	<p>Si oui, l'annexer au présent dossier.</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> <p>.....</p> <p>.....</p>

LOCAUX ET IMMOBILISATIONS

<p>L'EHPAD bénéficie-t-il d'une possibilité de loyer modulé ?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI</p> <p><input type="checkbox"/> NON</p>	<p>Si oui, sur quelle part de ses places ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>L'ESMS est-il propriétaire ou locataire de ses locaux d'activité ?</p> <p><input type="checkbox"/> PROPRIÉTAIRE</p> <p><input type="checkbox"/> LOCATAIRE</p>	<p>Si l'ESMS est propriétaire, quel est le taux de vétusté des immobilisations :</p> <p>- Bâtiment :%</p> <p>- Équipement :%</p>
<p>Un PPI est-il défini ?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI</p> <p><input type="checkbox"/> NON</p>	<p>Si non, pourquoi et comment est organisé le renouvellement des immobilisations ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

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 ?
Le dernier avis de la commission de sécurité est-il ? <input type="checkbox"/> FAVORABLE <input type="checkbox"/> DÉFAVORABLE	Si défavorable, des travaux d'urgence sont-ils à engager ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, Lesquels ? Les travaux incombent-ils à l'ESMS ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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) : 	Dernière valeur GMP validée et appliquée (même par anticipation) :
Date de validation :	Date de validation :
L'EHPAD est-il en situation de convergence tarifaire négative ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, montant de la convergence : Décrire l'impact de la réduction de la DGF soins :

TARIFS POUR LES SAAD :

Tarif horaire : dernières valeurs€
Tarif(s) horaire(s) pratiqués :€
Dotation complémentaire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, montant :€
Nombres d'heures APA/ PCH prévues au budget :	- APA : - PCH :
Nombre d'heures APA/PCH réalisées au jour du remplissage du dossier	- APA : - PCH :

TARIFS POUR LES SSIAD :

Libellés enveloppes	Montant
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 :

<p>CPOM signé :</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>Si oui, date de prise d'effet ?</p> <p>.....</p> <p>Si non, à quelle étape de la contractualisation en êtes-vous ? Quelles difficultés rencontrez-vous ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</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> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

LE CONTEXTE ET LES DIFFICULTES RENCONTREES DOIVENT FAIRE L'OBJET D'UNE PRESENTATION CIRCONSTANCIEE ET CHIFFREE

(Cf. PAGES 7 A 10)

ORIGINE DES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES :

<p>Difficultés RH et recours à l'intérim</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>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Taux d'occupation faible, taux de réalisation des plans d'aide (SAAD)</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>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Tarifs insuffisants, taux horaires pratiqués (SAAD) :</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>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</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>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

<p>Impacts de l'inflation :</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>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Montage financier de l'investissement déséquilibré :</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>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Gouvernance de l'établissement et/ou de l'organisme gestionnaire ?</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>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Autres</p>	<p>Détailler toute autre difficulté de façon précise (origine/antériorité, montant, perspectives pour y remédier...) :</p> <p>.....</p> <p>.....</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>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</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>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Un plan de règlement a-t-il été sollicité ?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Si oui, détailler les modalités définies :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</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>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Un plan de règlement a-t-il été sollicité ?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Si oui, détailler les modalités définies :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

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 :

.....

Signature et qualité du signataire :

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) ;
- L'outil d'autodiagnostic financier MAPES Pays de la Loire
- Les 2 tableaux de trésorerie
- Pour les établissements sous environnement Budget prévisionnel :
 - o Trésorerie prévisionnelle d'exploitation (mensuelle)
- Pour les établissements sous Environnement EPRD :
 - o Décision modificative ou relevé infra-annuel
 - o Trésorerie prévisionnelle d'exploitation (mensuelle)

Pour les Services à domicile qui ne sont ni sous BP, ni sous ERRD, leurs documents comptables.

PARTIE A COMPLETER PAR LA COMMISSION

MEMBRES DE LA COMMISSION :

--

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...)

--

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