



Ministère des affaires sociales, de la santé
et des droits des femmes

Direction Générale de l'Offre de Soins

Sous-direction du pilotage de la performance
des acteurs de l'offre de soins

Bureau de l'efficience des établissements
publics et privés (PF1)

Personnes chargées du dossier :

Claire BOUINOT

dgos-pf1@sante.gouv.fr

Ministère des finances et des comptes
publics

**Direction Générale des Finances
Publiques**

Service des collectivités locales

Bureau de la trésorerie, des moyens de
paiement et des activités bancaires (CL1C)

bureau.cl1c@dgfip.finances.gouv.fr

Bureau du conseil fiscal et valorisation
financière du secteur public local et du
secteur public de santé

bureau.cl2a@dgfip.finances.gouv.fr

La Ministre des affaires sociales, de la santé et
des droits des femmes

Le Ministre des finances et des comptes publics

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé (pour mise en
œuvre)

Mesdames et messieurs les délégués du
directeur général des finances publiques (pour
information)

Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux
et départementaux des finances publiques (pour
mise en œuvre)

Mesdames et Messieurs les directeurs
d'établissements publics de santé (pour mise en
œuvre)

**INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGOS/PF1/DGFIP/CL1C/CL2A/2014/363 du 22
décembre 2014** relative au dispositif d'accompagnement des établissements publics de santé
dans la sécurisation de leurs prêts structurés

NOR : **AFSH1431071J**

Classement thématique : Etablissements publics de santé – Dette

Validée par le CNP le 05 décembre 2014 - Visa CNP 2014-179

Calendrier : application à compter de la date de publication de la présente instruction

Catégorie : Directives adressées par les ministres aux services chargés de leur application.
Résumé : La présente instruction a pour objet de préciser les modalités de mise en place du dispositif d'accompagnement des établissements publics de santé dans la sécurisation de leurs contrats de prêt structuré. L'instruction détaille les conditions d'éligibilité au dispositif ainsi que la procédure d'instruction des demandes d'aide.
Mots-clés : Emprunt structuré, contrat de prêt, gestion de la dette, risque de taux, indemnité de remboursement anticipé (IRA).
Annexes : Charte de Bonne conduite et chronologie de la procédure d'instruction des demandes et d'attribution des aides
Diffusion : Les établissements publics de santé doivent être destinataires de cette instruction, par l'intermédiaire des agences régionales de santé (ARS), selon le dispositif existant au niveau régional.

1. Contexte et enjeux

Le contexte récent a été marqué par une diversification des produits financiers proposés aux établissements publics de santé (EPS) par les établissements de crédit, avec le développement d'emprunts « structurés », c'est-à-dire des emprunts dont les évolutions de taux d'intérêt sont soumises à des conditions spécifiques. Certains produits utilisent des effets particuliers (écarts d'index hors zone Euro, coefficient multiplicateur etc.) pouvant aboutir à ce que l'évolution du taux payé soit non proportionnelle à l'évolution du ou des indice(s) financiers sous-jacents.

Le surcoût financier induit par plusieurs types d'emprunts structurés peut s'avérer insoutenable pour certains EPS. Aussi, la mise en place d'un dispositif d'accompagnement des hôpitaux les plus exposés au risque des emprunts structurés a-t-elle été décidée en Conseil des ministres du 23 avril 2014. Le dispositif sera doté d'une enveloppe d'aides de 100 millions d'euros.

Le dispositif a pour objectif de soutenir les établissements, qui ne pourraient le faire sans aide, à réduire au mieux le risque de taux auquel est exposé leur encours de dette. Cette aide constituera le dernier jalon d'une démarche engagée par l'établissement avec ses partenaires bancaires et l'ARS pour sécuriser sa dette. Il est donc attendu que les dossiers de demande d'aide qui seront remontés dans le cadre de ce dispositif traduisent l'aboutissement de cette démarche qui aura été conduite dans une logique de partage des responsabilités entre les différents acteurs (établissements de santé, banques et tutelles).

La période de candidature pour émarger au dispositif est limitée dans le temps. Après le 30 avril 2015, aucune nouvelle demande ne pourra être instruite. Les crédits attribués seront notifiés d'ici fin 2015.

La présente instruction a pour objectif de préciser le périmètre des EPS éligibles à ce dispositif ainsi que les contrats de prêt concernés (partie 2) puis de détailler les modalités d'instruction des demandes d'aides (partie 3) ainsi que la procédure d'attribution des aides (partie 4).

2. Champ d'application

Le dispositif a pour objectif de soutenir les hôpitaux les plus exposés au risque de taux des prêts structurés. Le degré d'exposition est déterminé en fonction de la taille budgétaire de l'établissement et du niveau de structuration du contrat de prêt ou contrat financier.

2.1. Etablissements de santé éligibles

Sont éligibles au dispositif les établissements publics de santé (EPS) dont le total des produits (somme des soldes créditeurs – somme des soldes débiteurs des comptes de la classe 7 des comptes de résultat principal et annexes) est inférieur à 100 millions d'euros selon le compte financier 2013.

2.2. Contrats éligibles

Seront pris en compte dans l'instruction des demandes d'aide uniquement les contrats de prêt structuré qui sont classés « hors charte » c'est-à-dire les contrats qui ne figurent pas au tableau des risques de la *Charte de bonne conduite entre les établissements bancaires et les collectivités locales* (voir annexe 1), et qui ont été souscrits par les EPS éligibles au dispositif selon le 2.1.

Il s'agit principalement de contrats de prêt dont le taux d'intérêt est indexé sur un ou plusieurs taux de change (par exemple taux de change EURO/CHF) ou dont la formule d'indexation consiste en la multiplication d'un indice ou d'une formule par un coefficient supérieur à 5, sans que ce coefficient soit assorti d'un taux d'intérêt maximum (par exemple : 7,69 % - 6 x [CMS EUR 10 ans – CMS EUR 2 ans]).

Certains contrats de prêt ainsi visés sont encore en phase dite « taux fixe » au 31.12.2014. Dès lors que sur la durée résiduelle du prêt, il reste une phase structurée « hors charte », le contrat est éligible au dispositif.

Ne sont pas éligibles au dispositif les contrats de prêt dont le capital est libellé en devise étrangère (par exemple en franc suisse).

Sont également éligibles au dispositif les contrats financiers mentionnés au III de l'article L. 211-1 du code monétaire et financier, souscrits avant ou après la première échéance du contrat de prêt auquel ils sont liés, s'ils sont classés hors charte.

Les contrats de prêt et les contrats financiers ainsi visés doivent être en cours d'amortissement au 31.12.2014. Il est précisé que les contrats de prêt hors charte ayant fait l'objet d'une opération de sécurisation avant le 31.12.2014 mais dont la date d'effet intervient après le 01.01.2015, sont éligibles au dispositif.

2.3. Validation de l'éligibilité des établissements et des contrats dans un délai d'un mois à compter de la transmission de l'instruction

a) Envoi d'une pré-liste des contrats éligibles par la DGOS aux ARS

La DGOS dispose d'une semaine à compter de la transmission de l'instruction pour communiquer à chaque ARS, par voie électronique, une liste provisoire des contrats de prêt et des contrats financiers répondant *a priori* aux deux critères d'éligibilité cités ci-dessus. La

liste est établie sur la base des informations renseignées par les établissements dans l'enquête annuelle « ODT », observatoire de la dette existante au 31.12.2013. Cette « pré-liste » contient les informations suivantes pour chaque contrat : numéro finess de l'établissement public de santé, nom de l'établissement, capital restant dû au 31.12.2013, établissement de crédit.

b) Validation de la liste des contrats éligibles par les ARS

Dans un délai de deux semaines suivant l'envoi de la liste, le directeur général de l'ARS renvoie la liste mise à jour et validée par ses soins au bureau PF1 de la DGOS à l'adresse mail : dgos-pf1@sante.gouv.fr.

En premier lieu, l'ARS valide l'éligibilité de l'EPS figurant dans la pré-liste selon le critère établi ci-dessus (2.1) et celle du ou des contrats de l'EPS concerné (2.2). L'ARS peut supprimer par exemple des contrats qui auraient fait l'objet d'une opération de désensibilisation durant l'exercice 2014. L'ARS peut ajouter des contrats non visés par la liste adressée par la DGOS si ceux-ci répondent aux critères d'éligibilité.

En deuxième lieu, l'ARS met à jour à la date du 31.12.2014 les données relatives à l'existence du contrat, au capital restant dû et au classement selon le tableau des risques.

c) Validation finale de la liste des contrats éligibles par la DGOS

En l'absence d'observation de la part DGOS dans un délai d'une semaine suivant l'envoi de la liste par l'ARS, les contrats listés sont réputés éligibles au dispositif. Les ARS informent alors les établissements concernés de leur éligibilité au dispositif et donc de la possibilité qui leur est ouverte de solliciter une aide dans ce cadre.

3. Procédure d'instruction des demandes d'aide

3.1. Dépôt de la demande d'aide par l'établissement auprès de l'ARS dans un délai d'un mois suivant la confirmation de son éligibilité au dispositif

Dans un délai d'un mois suivant la confirmation de son éligibilité au dispositif, le directeur de l'EPS adresse, s'il le souhaite, une demande d'aide au directeur général de l'ARS par voie électronique.

Pour chaque contrat d'emprunt ou contrat financier concerné, la demande comporte obligatoirement :

- Le contrat faisant l'objet de la demande, les éventuels avenants à ce contrat et les tableaux d'amortissement correspondants ;
- L'avis de l'établissement de crédit sur l'éligibilité du contrat au dispositif suivant les critères mentionnés au 2.2. ;
- Le montant exact de l'indemnité de remboursement anticipé (IRA) demandée par l'établissement de crédit pour chaque contrat de prêt ou contrat financier :
 - o si le remboursement anticipé était intervenu le 31 décembre 2013 ;
 - o et si le remboursement était intervenu le 31 décembre 2014.
- Une offre détaillée de l'établissement de crédit pour sécuriser le contrat en cause ; cette offre devra respecter les critères suivants :

- transformation en taux fixe ou taux variable simple (contrat de prêt classé 1A au tableau des risques de la *Charte de bonne conduite entre les établissements bancaires et les collectivités locales* (voir annexe 1)) de toutes les échéances du prêt ; les offres prévoyant la sécurisation de quelques échéances, dites de sécurisation temporaire, ne seront pas examinées ;
- nature et *quantum*, avec le détail de son calcul, de la concession faite par l'établissement de crédit (par exemple mention de la part de l'IRA prise en charge par l'établissement de crédit) ;
- mention détaillée du paiement de l'IRA restant à la charge de l'établissement de santé de la manière suivante : part de l'IRA payée dans les conditions financières du prêt refinançant le prêt quitté, part payée dans les conditions financières d'un nouveau prêt, part payée dans les conditions financières du prêt refinançant l'IRA et part autofinancée ;
- Dans le cas particulier où l'hôpital détiendrait un ou plusieurs autres contrats de prêt structuré auprès du même établissement de crédit en cours d'amortissement au 31.12.2014, il peut être présentée une seconde offre de sécurisation portant à la fois sur le contrat éligible au dispositif et le(s) contrat(s) non éligible(s) ;
- Un audit actualisé au 31.12.2014 de l'ensemble de la dette de l'établissement ;
- Une étude comprenant :
 - une courbe d'évolution des indices sous-jacents de la formule de calcul du taux d'intérêt sur les 5 dernières années et courbe des anticipations de marché pour l'ensemble des prochaines échéances du prêt ;
 - un calcul du taux d'intérêt et des frais financiers à payer sur l'ensemble des prochaines échéances si les anticipations de marché précisées ci-dessus se réalisaient ;
 - un tableau comparant les frais financiers calculés sur le taux d'intérêt bonifié et les taux calculés ci-dessus, pour l'ensemble des prochaines échéances ;
- Un projet non signé de transaction au sens de l'article 2044 du code civil conclue avec l'établissement de crédit, portant sur le ou les contrats éligibles au dispositif, visé par les deux parties ;
- La valeur au 31.12.2013 et au 31.12.2014 des trois ratios relatifs à la dette visés dans l'article D. 6145-70 du code de la santé publique ;
- La part des emprunts structurés éligibles au dispositif, faisant ou non l'objet d'une demande d'aide, dans l'encours total de la dette de l'établissement de santé.

3.2. Instruction par le niveau régional dans un délai de deux mois à compter du dépôt de la demande d'aide par l'établissement

a) Vérification de la complétude du dossier par l'ARS

Dans un délai de quinze jours suivant le dépôt de la demande, le directeur général de l'ARS :

- Soit constate que le dossier est incomplet et le retourne au directeur de l'établissement public de santé ayant présenté la demande d'aide pour qu'il le complète dans les plus brefs délais ;
- Soit constate que le dossier est complet et le transmet dans les meilleurs délais, accompagné des documents financiers nécessaires, à la DRFiP pour production d'une synthèse financière.

b) Production d'une synthèse financière par la DRFiP

La DRFiP dispose d'un délai d'un mois pour transmettre à l'ARS une étude consistant en une analyse financière rétrospective simplifiée de l'établissement. Une seule étude est réalisée par établissement, même si plusieurs emprunts font l'objet de demandes distinctes.

c) Transmission du dossier complet par l'ARS à la DGOS

Dans un délai de deux mois suivant le dépôt de la demande d'aide par l'établissement, le directeur général de l'ARS adresse à la DGOS par voie électronique à l'adresse mail dgos-pf1@sante.gouv.fr, un dossier complet comportant obligatoirement :

- La demande d'aide de l'établissement qui lui a été adressée (dossier complet) ;
- L'analyse financière de la DRFiP ;
- Le dernier PGFP validé accompagné d'une note résumant les besoins annuels d'emprunt sur les 5 prochaines années ;
- L'analyse conduite par les services financiers de l'ARS sur la situation financière de l'établissement et sa capacité à faire face à la proposition de sécurisation du prêt.

Tous les dossiers de demande d'aide complets doivent être transmis à la DGOS **avant le 30 avril 2015**. Aucun dossier reçu après cette date ne sera traité. Il n'est pas prévu d'ouvrir une nouvelle instruction en 2016.

3.3. Instruction par le niveau national dans un délai de quatre mois suivant l'envoi des dossiers complets par l'ARS

En l'absence d'observation de la part de la DGOS dans un délai de deux semaines suivant l'envoi du dossier, celui-ci est réputé complet.

Dans un délai de quatre mois suivant la date limite de dépôt des demandes d'aide, les services de la DGOS instruisent le dossier pour calculer le montant de l'aide à allouer.

L'aide correspond, pour chaque contrat de prêt, à une fraction de l'indemnité de remboursement anticipé totale due par l'hôpital. Cette fraction ne pourra excéder 45 % et le montant de l'aide le plafond de 5 millions d'euros.

Le taux de prise en charge par le dispositif tient compte, pour chaque bénéficiaire de l'aide, d'un faisceau de critères :

- sa taille budgétaire ;
- le poids de l'encours de dette hors charte dans le total de l'encours de dette ;
- son niveau d'endettement ;
- sa situation financière et sa capacité à faire face au surcoût financier généré par les prêts structurés classés hors charte ;
- son besoin d'emprunt sur les prochaines années.

Le DGOS notifie à chaque établissement le montant de l'aide proposée par contrat, au plus tard le **31 août 2015**. Une copie de la notification est adressée en même temps au directeur général de l'ARS qui en transmet une copie à la DRFiP.

4. Procédure d'attribution des aides

4.1. Conditions d'octroi de l'aide

Le versement de l'aide est subordonné au remboursement anticipé du ou des contrats éligibles concernés et à la conclusion préalable avec l'établissement de crédit d'une transaction au sens de l'article 2044 du code civil portant sur le ou les contrats.

A compter de la date de notification de la proposition d'aide, le directeur de l'établissement dispose de six semaines pour faire connaître au directeur général de l'ARS son acceptation ou son refus de l'aide proposée sur chacun des contrats concernés par la demande d'aide.

En cas d'acceptation de l'aide proposée, le directeur de l'établissement transmet à l'ARS le dossier complémentaire au plus tard le **15 octobre 2015**. Celui-ci est composé de :

- La copie de la transaction signée avec l'établissement de crédit ;
- Une convention signée avec le DG de l'ARS définissant les modalités de versement de l'aide ainsi que les modalités de suspension ou de restitution de l'aide en cas de non-respect des conditions d'octroi.

En cas de refus de la proposition d'aide, la procédure prend fin, aucune nouvelle demande d'aide ne pourra être présentée ultérieurement dans le cadre du dispositif. L'établissement peut refuser une proposition d'aide sur un contrat mais accepter la proposition sur un autre contrat.

Une copie de la décision et, en cas d'acceptation, une copie du dossier complémentaire sont adressées à la DGOS (dgos-pf1@sante.gouv.fr) et à la DRFiP.

4.2. Modalités de versement de l'aide

A réception de la décision d'acceptation et du dossier complémentaire, la DGOS engage la procédure de délégation des crédits.

L'aide du dispositif sera versée à l'établissement par fractions annuelles égales pendant 3 ans.

Les aides seront versées aux ARS par arrêtés modificatifs des dotations régionales FIR et des dotations régionales MIGAC. Les ARS délèguent ensuite l'aide aux établissements conformément à la notification nationale adressée à l'établissement dès que l'opération de sécurisation validée par le niveau national est conclue auprès de l'établissement de crédit. La délégation de la première tranche d'aides doit avoir lieu avant le **31 décembre 2015**.

L'ARS informe la DRFiP de la date et du montant de l'aide effectivement versée à l'établissement.

4.3. Modalités de comptabilisation de l'aide

A la notification de l'aide, un titre est émis au compte 768 "Autres produits financiers". L'indemnité de remboursement anticipé payée à la banque (et éligible à l'aide financière du fonds de soutien), est mandatée par l'ordonnateur au compte 668 "Autres charges financières". Cette charge peut être étalée par inscription au compte 4817 "Charges à répartir sur plusieurs exercices – Indemnités de renégociation et de refinancement de la

dette", conformément aux dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21 qui indique "Les indemnités de renégociation de la dette, capitalisées ou non, sont imputées au compte 668 "Autres charges financières". Elles peuvent être étalées sur la durée résiduelle de l'emprunt initial ou du nouvel emprunt si son terme est plus proche."

Par ailleurs, si une restructuration de dette concernant plusieurs emprunts est assortie d'une indemnité globale, l'étalement de cette indemnité doit être réalisé sur la durée pondérée restant à courir des différents emprunts avant renégociation, ou sur la durée du nouvel emprunt si celle-ci est plus courte.

Pour opérer cet étalement, le compte 4817 est débité en fin d'exercice du montant de ces pénalités par le crédit du compte 796 "Transferts de charges financières" au vu d'un mandat et d'un titre de recettes établis par l'ordonnateur (opération d'ordre budgétaire).

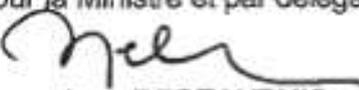
L'ordonnateur et le comptable veilleront à assurer une comptabilisation concordante du produit inscrit au compte 768 et de la charge inscrite au compte 668 (éventuellement étalée). Toutefois, pour les IRA payées en 2014 et pour lesquelles la notification de l'aide n'est pas intervenue à la clôture des comptes, aucun produit ne sera constaté en 2014.

Par ailleurs, si l'ordonnateur a choisi de ne pas étaler la charge correspondant à l'IRA, l'intégralité de l'aide du fonds devra être enregistrée en produit du même exercice. Pour les IRA payées en 2014 avec aide notifiée en 2015 le produit figure cependant sur 2015.

En revanche, si l'ordonnateur a opté pour l'étalement de la charge, le produit comptabilisé correspondant à la notification sera en partie transféré en produit constaté d'avance ; il sera ensuite rapporté au compte de résultat au même rythme que l'étalement de la charge. Pour les IRA payées en 2014 avec aide notifiée en 2015, le produit 2015 correspond à la quote-part des exercices 2014 et 2015.

Les procédures relatives aux produits à recevoir, produits constatés d'avance et transferts de charges sont décrites de façon plus précises dans l'instruction M21.

Toute difficulté d'application de la présente instruction sera signalée au bureau PF1 de la DGOS. (dgos-pf1@sante.gouv.fr).

Pour la Ministre et par délégation

Jean DEBEAUPUIS
Directeur général de l'offre de soins

Pour le Ministre et par délégation

Bruno PARENT
Directeur général des finances
publiques

ANNEXE 1 :

Charte de bonne conduite entre les établissements bancaires et les collectivités locales (extrait)

TROISIEME ENGAGEMENT : LES ETABLISSEMENTS BANCAIRES S'ENGAGENT, DANS LEURS PROPOSITIONS AUX COLLECTIVITES LOCALES, A PRESENTER LEURS PRODUITS SELON LA CLASSIFICATION CONTENUE DANS LES TABLEAUX DES INDICES DE RISQUES CI-APRES.

Les produits proposés aux collectivités locales n'ont pas tous le même degré de complexité et les risques pour l'emprunteur ne sont pas de même ampleur.

Dans le souci de rendre plus transparent le dialogue avec les élus et entre l'assemblée délibérante et l'exécutif local et d'assurer la comparabilité entre les offres, les établissements bancaires s'engagent à utiliser la classification proposée des produits en fonction des risques supportés par les collectivités.

Les prêts structurés ou les opérations d'échange de taux sont classés en fonction des risques qu'ils comportent, d'une part à raison de l'indice ou des indices sous-jacents et d'autre part de la structure du produit.

Les établissements signataires ne commercialisent que des produits correspondant à la typologie suivante :

Tableaux des risques

	Indices sous-jacents
1	Indices zone euro
2	Indices inflation française ou inflation zone euro ou écart entre ces indices
3	Ecart d'indices zone euro
4	Indices hors zone euro. Ecart d'indices dont l'un est un indice hors zone euro
5	Ecart d'indices hors zone euro

	Structures
A	Taux fixe simple. Taux variable simple. Echange de taux fixe contre taux variable ou inversement. Echange de taux structuré contre taux variable ou taux fixe (sens unique). Taux variable simple plafonné (cap) ou encadré (tunnel)
B	Barrière simple. Pas d'effet de levier
C	Option d'échange (swaption)
D	Multiplicateur jusqu'à 3 ; multiplicateur jusqu'à 5 capé
E	Multiplicateur jusqu'à 5

ANNEXE 2 :

Chronologie de la procédure d'instruction et d'attribution des aides

Etape 1 : Validation de l'éligibilité

La DGOS envoie à chaque ARS une liste provisoire des contrats éligibles au dispositif précisant pour chacun des contrats : le numéro finess de l'établissement public de santé, le nom de l'établissement, le capital restant dû au 31.12.2013 et l'établissement de crédit.

Chaque ARS valide la liste des contrats éligibles et met à jour les informations. Elle renvoie à la DGOS la liste ainsi validée et actualisée.

La DGOS procède à une validation finale de la liste. En l'absence de retour de la DGOS, les contrats sont réputés éligibles au dispositif et les ARS en informent chaque établissement concerné.

Etape 2 : Dépôt de la demande d'aide

Le directeur de l'établissement transmet par voie électronique au directeur général de l'ARS une demande d'aide. La demande peut porter sur un ou plusieurs contrats. Pour chaque contrat concerné, la demande comportera obligatoirement toutes les pièces décrites dans la présente instruction.

Etape 3 : Instruction au niveau régional

Les services de l'ARS vérifient la complétude du dossier et le transmettent aux services de la DRFiP. S'il est incomplet, ils en informent l'établissement et lui demande de le compléter dans les meilleurs délais.

La DRFiP fournit à l'ARS une synthèse financière rétrospective de l'établissement.

L'ARS transmet à la DGOS le dossier complet composé de l'ensemble des pièces constituant la demande de l'établissement, la synthèse financière de la DRFiP, le dernier PGFP validé et l'analyse de la demande conduite par l'ARS.

Etape 4 : Instruction au niveau national

Les services de la DGOS instruisent le dossier pour déterminer le montant de l'aide à attribuer qui représente une fraction de l'indemnité de réaménagement anticipé (IRA). L'aide ne peut dépasser 45 % de l'IRA et un plafond de 5 millions d'euros.

Le DGOS notifie à chaque établissement le montant de l'aide proposée par contrat concerné.

Etape 5 : Finalisation de l'accord

Le directeur de l'établissement fait connaître, par contrat, son acceptation ou son refus de l'aide proposée.

En cas d'acceptation, il transmet un dossier complémentaire à l'ARS composé de la copie de la transaction signée avec l'établissement de crédit et la convention signée avec le DG de l'ARS. Une copie de la décision du directeur de l'établissement et le cas échéant, du dossier complémentaire, est adressée à la DGOS et à la DRFiP.

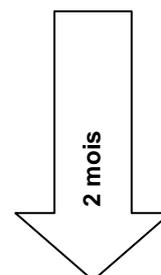
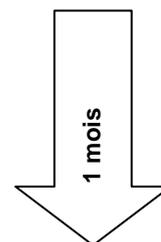
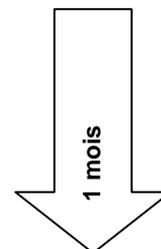
Etape 6 : Paiement

La DGOS délègue les crédits aux ARS par arrêté modificatif FIR et MIGAC. La délégation se fait par fractions annuelles égales pendant 3 ans.

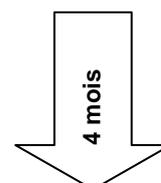
L'ARS notifie la première tranche de crédits aux établissements, une fois le contrat sécurisé, avant la fin d'année 2015.

L'ARS informe la DRFiP de la date et du montant de l'aide effectivement versée à l'établissement.

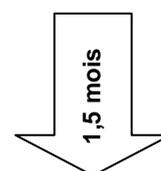
t = 0 : publication de la instruction



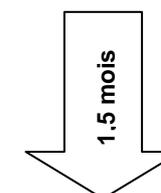
30/04/2015



31/08/2015



15/10/2015



31/12/2015