



Délibération
DAAJ/LK

Envoyé en préfecture le 12/04/2021

Reçu en préfecture le 12/04/2021

Affiché le

Berger
Levrault

ID : 017-211704150-20210401-2021_19CONTRAT-DE

CONSEIL MUNICIPAL DU JEUDI 1^{ER} AVRIL 2021

2021 – 19. CONTRAT D’OBJECTIFS ET DE MOYENS 2021 ENTRE LA VILLE DE SAINTES ET L’AGENCE REGIONALE DE SANTE NOUVELLE AQUITAINE - ORGANISATION D’UN CENTRE DE VACCINATION COVID-19 DANS LE CADRE DE LA GESTION DE L’EPIDEMIE DE COVID-19

Président de séance : DRAPRON Bruno, Maire

Etaient présents : 32

DRAPRON Bruno, CHEMINADE Marie-Line, CALLAUD Philippe, PARISI Evelyne, BERDAI Ammar, TORCHUT Véronique, CREACHCADEC Philippe, TOUSSAINT Charlotte, BARON Thierry, DEREN Dominique, TERRIEN Joël, EHLINGER François, JEDAT Günter, CHANTOURY Laurent, CAMBON Véronique, BUFFET Martine, DAVIET Laurent, CARTIER Nicolas, ABELIN-DRAPRON Véronique, AUDOUIN Caroline, DEBORDE Sophie, GUENON Delphine, BENCHIMOL-LAURIBE Renée, MARTIN Didier, MAUDOUX Pierre, DIETZ Pierre, CHABOREL Sabrina, MACHON Jean-Philippe, ARNAUD Dominique, ROUDIER Jean-Pierre, BETIZEAU Florence, ROUSSAUD Barbara.

Excusés ayant donné pouvoir : 2

CATROU Rémy à BETIZEAU Florence, DELCROIX Charles à TOUSSAINT Charlotte.

Absente excusée : 1

VIOLLET Céline.

Secrétaire de séance : CHANTOURY Laurent

Date de la convocation : 26 mars 2021

Date d’affichage : 12 AVR. 2021

Le Conseil Municipal,

Vu le Code Général des Collectivités Territoriales,

Vu les articles L. 1435-8 et suivants, R. 1435-16 et suivants du code de la santé publique,

Vu l’instruction du 12 janvier 2021 relative à l’accélération de la campagne de vaccination et à la mise en place de centres de vaccination,

Considérant que la lutte contre la propagation du virus COVID-19 nécessite le déploiement de centres de vaccination,

Considérant que l’Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine (ARS) pilote ce dispositif pour un déploiement rapide avec les services de la Préfecture et des collectivités,

Considérant que la mise en place de ces centres revêt un caractère exceptionnel et provisoire lié à la crise sanitaire,



Considérant que l'ARS pourra accorder une aide financière exceptionnelle sur le Fonds d'Intervention Régional (FIR) afin de contribuer aux charges de fonctionnement du centre de vaccination dédié Covid-19 et au remboursement des professionnels de santé (retraités, salariés du privé, étudiants, sans activité, médecins et infirmiers(es) remplaçants exclusifs) recrutés directement par le centre de vaccination,

Considérant que le centre de vaccination mis en place par la Ville de Saintes a été validé par l'ARS,

Considérant que la Ville de Saintes a mis en place, d'une part, un centre de vaccination au Hall Mendès France et d'autre part, une plateforme téléphonique à l'hôtel de ville qui organise les rendez-vous et réponds aux inquiétudes et questionnements des habitants de la CDA,

Après consultation de la Commission « Ressources » du jeudi 18 mars 2021,

Il est proposé au Conseil de délibérer :

- Sur l'autorisation donnée au Maire ou son représentant pour la signature du contrat d'objectifs et de moyens 2021 entre la Ville de Saintes et l'Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine (ARS Nouvelle-Aquitaine) ainsi que ses annexes.

Le Conseil Municipal,

Après en avoir délibéré,

ADOpte à l'unanimité cette proposition.

Pour l'adoption : 34

Contre l'adoption : 0

Abstention : 0

Ne prend pas part au vote : 0

Les conclusions du rapport,
mises aux voix, sont adoptées.
Pour extrait conforme,
Le Maire,

Bruno DRAPRON



En application des dispositions des articles R.421-1 à R.421-5 du code de justice administrative, cette décision peut faire l'objet d'un recours en annulation par courrier ou par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site www.telerecours.fr devant le Tribunal Administratif de Poitiers dans un délai de deux mois à compter de sa publication.

CONTRAT D'OBJECTIFS ET DE MOYENS 2021

Organisation d'un centre de vaccination Covid-19 dans le cadre de l'épidémie de Covid-19

Département 17, Centre situé à SAINTES

ENTRE

L'AGENCE REGIONALE DE SANTE NOUVELLE-AQUITAINE

Située 103 bis rue Belleville - CS 91704 – 33063 Bordeaux cedex
Représentée par son Directeur général, Benoît ELLEBOODE,
Ci-après dénommée « ARS »,

Et

Nom de l'entité juridique bénéficiaire

Situé(e) Square André MAUDET 17100 Saintes
N°SIRET : 21170415000351
Représenté(e) par M. Bruno DRAPRON, Maire
Ci-après dénommé(e) « le bénéficiaire »,

Vu les articles L. 1435-8 et suivants, R. 1435-16 et suivants du code de la santé publique,

Vu l'instruction du 12 janvier 2021 relative à l'accélération de la campagne de vaccination et à la mise en place de centres de vaccination

PREALABLEMENT, IL EST EXPOSE QUE :

La lutte contre la propagation du virus COVID-19 nécessite le déploiement de centres de vaccination. L'ARS Nouvelle Aquitaine a travaillé avec les services de la Préfecture et des collectivités pour accompagner le déploiement rapide de ce dispositif.
La mise en place de ces centres revêt un caractère exceptionnel et provisoire lié à la crise sanitaire.

Une aide financière exceptionnelle sur le Fonds d'Intervention Régional (FIR) pourra être accordée par l'ARS afin de contribuer aux charges de fonctionnement du centre de vaccination dédié Covid-19 et au remboursement des professionnels de santé (retraités, salariés du privé, étudiants, sans activité, médecins et infirmiers(es) remplaçants exclusifs) recrutés directement par le centre de vaccination.

Ces financements viennent compléter les aides et mises à disposition déjà engagées localement. Peuvent prétendre à ce financement les centres de vaccination dédiés Covid-19 dont l'organisation a été validée par l'ARS.

Il est convenu ce qui suit :

Article 1- Objet du contrat

Le présent contrat a pour objet de définir les conditions de participation de l'ARS au financement du centre de vaccination dédié Covid-19 situé à l'Espace Pierre Mendès France, Cours Charles de Gaulle 1700 Saintes.

Dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire de Covid-19, ce centre temporaire a été mis en place à l'initiative de l'ARS Nouvelle Aquitaine et de la Ville de Saintes.

Article 2- Modalités de financement et de versement

L'ARS s'engage à verser une compensation, pour les moyens mis à disposition sur la durée du contrat, à réception des annexes complétées.

Ce montant couvre les frais suivants :

Nature de la dépense	Montant de la subvention
Acquisition de petit matériel de diagnostic, de protection, d'informatique (<u>aide au démarrage</u>)	<i>(montant max : 3 000€)</i>
Prestation d'hygiène/élimination des déchets	<i>(montant max : 1 500€ / mois)</i>
Fonction d'accueil et/ou de secrétariat	<i>(montant max : 2 800€ / mois)</i>
Fonction d'organisation / de coordination / de logistique	<i>(montant max : 3 500€ / mois)</i>
Remboursement des rémunérations versées aux professionnels de santé	<i>Le cas échéant sur dépenses réelles – annexe 2</i>

L'ARS procédera au paiement mensuel des dépenses de fonctionnement sur présentation d'un document signé attestant sur l'honneur la liste des dépenses, d'un état récapitulatif de l'activité réalisée (cf annexe 1).

L'ARS procédera mensuellement au remboursement des rémunérations versées aux professionnels de santé sur la base du barème national, à réception de l'annexe 2 complétée.

La dotation versée sera arrondie à l'euro supérieur, dans la limite du montant attribué.

La dépense sera imputée sur le budget annexe de l'ARS sur :

- o La mission 1 : «Promotion de la santé, prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie»
- o La destination « COVID 19 – Dépenses spécifiques - Vaccination » (MI 1-9-2).

La contribution financière sera créditée au compte du titulaire selon les procédures comptables en vigueur.

Le versement sera effectué sur le compte dont le RIB est joint en annexe.

Pour toute modification de domiciliation bancaire au cours de la durée du contrat, le bénéficiaire s'engage à en informer l'ARS dans les meilleurs délais par simple courrier, en faisant référence au présent contrat.

L'ordonnateur de la dépense est le Directeur Général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

Le comptable assignataire est l'agent comptable de l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

Article 3- Engagements du bénéficiaire

Par la signature du présent contrat, le bénéficiaire s'engage à respecter les obligations suivantes :

- utiliser le financement attribué conformément à son objet défini à l'article 1 et à la liste des dépenses présentée en annexe 1 ;
- informer l'ARS de l'évolution de l'activité de prise en charge du centre
- justifier de tous documents, pièces ou informations relatives aux dépenses engagées à chaque demande de l'ARS,
- restituer sans délai les financements non utilisés à l'agence comptable de l'ARS,
- autoriser l'ARS à mettre en ligne sur son site Internet des informations non confidentielles concernant les membres et l'activité du centre. Le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui le concernent. Pour l'exercer, il devra s'adresser au directeur de l'ARS,
- mentionner le financement du centre par l'ARS sur tous les supports de communication, site Internet, etc.,
- garantir le caractère confidentiel de toute information à laquelle est attachée le secret médical et en conséquence, à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer la confidentialité des dites informations.
- ne pas reverser tout ou partie du financement attribué à un tiers qui ne serait pas fournisseur ou prestataire de l'action financée.

Article 4- Le suivi du contrat

Le contrat fait l'objet d'un suivi qui porte sur la réalisation des missions et la consommation des crédits à partir de l'état récapitulatif des dépenses et de toutes pièces nécessaires au suivi de la consommation des crédits.

Article 5- La révision du contrat

A la demande du bénéficiaire ou de l'ARS, les dispositions du contrat pourront être modifiées par voie d'avenant.

La demande de modification fait l'objet d'une discussion et d'un accord formalisé par voie d'avenant portant sur l'objet de la modification, sa cause et toutes les conséquences qu'elle emporte.

Article 6- La résiliation du contrat

Conformément aux dispositions de l'article R. 1435-33 du code de la santé publique, en cas d'inexécution partielle ou totale des engagements prévus à l'article 3 du présent contrat, l'ARS adresse au titulaire du contrat une mise en demeure motivée de prendre, dans un délai d'un mois, les mesures nécessaires au respect de ses engagements. Le titulaire du contrat peut présenter des observations écrites ou orales dans ce délai. Compte tenu de ces éléments de réponse, ce délai peut être renouvelé une fois pour la même durée.

Envoyé en préfecture le 12/04/2021

Reçu en préfecture le 12/04/2021

Affiché le



ID : 017-211704150-20210401-2021_19CONTRAT-DE

Si, au terme du délai accordé par l'agence régionale de santé, les mesures nécessaires au respect des engagements n'ont pas été prises sans justification valable, l'ARS peut modifier ou résilier le contrat. Elle peut décider le reversement de tout ou partie des financements déjà versés au titre des engagements non mis en œuvre.

Article 7- Durée du contrat et entrée en vigueur

Le contrat prendra effet à compter du 01/01/2021 et jusqu'au 31/12/2021.

Fait à Bordeaux, le

**Le Directeur général de l'ARS
Nouvelle-Aquitaine**

Mairie de Saintes

**Bruno DRAPRON,
Maire de Saintes**

ANNEXE 1 – Charges de fonctionnement - Transmission mensuelle

Mois de/2021

1. Centre de vaccination dédié Covid-19 :

Adresse :

Nom du référent et responsable médical de l'organisation :

2. Identité du bénéficiaire (= entité juridique) :

Nom de l'entité juridique bénéficiaire :

N°SIRET :

Ou bien N° FINESSE :

Nom du représentant :

3. Le bénéficiaire a reçu un financement de l'ARS Nouvelle-Aquitaine au titre d'un centre ambulatoire COVID 19

 Oui Non4. Liste des dépenses mensuelles engagées et payées uniquement au titre du centre de vaccination COVID19

Nature de la dépense	Montant maximal de la subvention	Montant des dépenses engagées et payées
Acquisition de petit matériel de diagnostic, de protection, d'informatique (aide au démarrage)*	3 000€	
Prestation d'hygiène/élimination des déchets	1 500 € par mois	
Fonction d'accueil et/ou de secrétariat	2 800 € par mois	
Fonction d'organisation / de coordination / de logistique	3 500 € par mois	
TOTAL		

(*un forfait maximum de 1 500€ sera alloué pour les opérateurs qui ont bénéficié d'un financement dans le cadre de la mise en place des centres ambulatoires COVID 19 (les dépenses relatives à l'acquisition de petit matériel de diagnostic et d'informatique ne seront pas retenues).

5. Activité mensuelle réalisée

Période d'ouverture effective du centre :

Nombre de professionnels de santé mobilisés :

- Professionnels médicaux :
- Professionnels paramédicaux :

Nombre total de patients pris en charge sur cette période :

6. Attestation sur l'honneur

Je soussigné (e), atteste avoir réalisé les dépenses mensuelles listées ci-dessus uniquement pour le centre de vaccination COVID19.

Fait à, le.....

Signature

Nom - prénom du gestionnaire du centre :.....

Fonction :.....

ANNEXE 2 – Rémunération des professionnels de santé - Transmission mensuelle
Mois de/2021 – Médecins retraités ou sans activité

1. Centre de vaccination dédié Covid-19 :

Adresse :

Nom du référent et responsable médical de l'organisation :

2. Identité du bénéficiaire (= entité juridique) :

Nom de l'entité juridique bénéficiaire :

N°SIRET :

3. Déclaration d'activité du professionnel de santé

Nom :

Prénom :

Statut :

	<u>Montant horaire brut</u>	<u>Nombre d'heures</u>	<u>Montant à verser au PS par le centre (montant net après déduction des cotisation salariales et contributions sociales</u>	<u>Montant des cotisations patronales*</u>	<u>Total global à verser au centre (montant brut + cotisations patronales)</u>
De 8H à 20H	50€				
De 20H à 23H De 6H à 8H	75€				
De 23H à 6H Dimanches et jours fériés	100€				
Total					

* dans le cadre d'un contrat de travail, la structure précompte les cotisations salariales et les contributions sociales et le professionnel de santé perçoit le montant net. Les montants affichés de remboursement par l'AM sont bruts.

4. Attestation sur l'honneur

Je soussigné (e), arrête le présent état à la somme de€.

Fait à, le.....

Signature

Nom - prénom du Professionnel de santé :.....

Fonction :.....

Signature

Nom - prénom du gestionnaire du centre :.....

Fonction :.....

ANNEXE 2 – Rémunération des professionnels de santé - Transmission mensuelle**Mois de/2021 – Médecins remplaçants****1. Centre de vaccination dédié Covid-19 :**

Adresse :

Nom du référent et responsable médical de l'organisation :

2. Identité du bénéficiaire (= entité juridique) :

Nom de l'entité juridique bénéficiaire :

N°SIRET :

3. Déclaration d'activité du professionnel de santé

Nom :

Prénom :

Statut :

A l'acte

	<u>Montant brut</u>	<u>Nombre d'actes</u>	<u>Montant à verser au PS par le centre</u> <i>(montant net après déduction des cotisation salariales et contributions sociales)</i>	<u>Montant des cotisations patronales*</u>	<u>Total global à verser au centre</u> <i>(montant brut + cotisations patronales)</i>
Consultation pré-vaccinale	25€				
Injection (au cours consultation)	25€				
En dehors consultation (équivalent K5)	9.60€				
Saisie SI Vaccination	5.40€				
Total					

Ou Au forfait

	<u>Montant horaire brut</u>	<u>Nombre d'heures</u>	<u>Montant à verser au PS par le centre</u> <i>(montant net après déduction des cotisation salariales et contributions sociales)</i>	<u>Montant des cotisations patronales*</u>	<u>Total global à verser au centre</u> <i>(montant brut + cotisations patronales)</i>
De 8H à 20H	105€				
De 20H à 23H De 6H à 8H	420€				
De 23H à 6H Samedi AM/Dimanches et jours fériés	460€ ou 115€/H				
Total					

* dans le cadre d'un contrat de travail, la structure précompte les cotisations salariales et les contributions sociales et le professionnel de santé perçoit le montant net. Les montants affichés de remboursement par l'AM sont bruts.

4. Attestation sur l'honneur

Je soussigné (e), arrête le présent état à la somme de€.
Fait à, le.....

Signature

Nom - prénom du Professionnel de santé :.....
Fonction :.....

Signature

Nom - prénom du gestionnaire du centre :.....
Fonction :.....

ANNEXE 2 – Rémunération des professionnels de santé - Transmission mensuelle
Mois de/2021 – Infirmier(e) retraité(e) ou sans activité

1. Centre de vaccination dédié Covid-19 :

Adresse :
 Nom du référent et responsable médical de l'organisation :

2. Identité du bénéficiaire (= entité juridique) :

Nom de l'entité juridique bénéficiaire :
 N°SIRET :

3. Déclaration d'activité du professionnel de santé

Nom :
 Prénom :
 Statut :

	<u>Montant horaire brut</u>	<u>Nombre d'heures</u>	<u>Montant à verser au PS par le centre (montant net après déduction des cotisation salariales et contributions sociales)</u>	<u>Montant des cotisations patronales*</u>	<u>Total global à verser au centre (montant brut + cotisations patronales)</u>
De 8H à 20H	24€				
De 20H à 23H De 6H à 8H	36€				
De 23H à 6H Dimanches et jours fériés	48€				
Total					

* dans le cadre d'un contrat de travail, la structure précompte les cotisations salariales et les contributions sociales et le professionnel de santé perçoit le montant net. Les montants affichés de remboursement par l'AM sont bruts.

4. Attestation sur l'honneur

Je soussigné (e), arrête le présent état à la somme de€.

Fait à, le.....

Signature

Nom - prénom du Professionnel de santé :.....

Fonction :.....

Signature

Nom - prénom du gestionnaire du centre :.....

Fonction :.....

ANNEXE 2 – Rémunération des professionnels de santé - Transmission mensuelle

Mois de/2021 – Infirmier(e) remplaçant(e)

1. Centre de vaccination dédié Covid-19 :

Adresse :

Nom du référent et responsable médical de l'organisation :

2. Identité du bénéficiaire (= entité juridique) :

Nom de l'entité juridique bénéficiaire :

N°SIRET :

3. Déclaration d'activité du professionnel de santé

Nom :

Prénom :

Statut :

A l'acte (les majorations dérogatoires COVID ne sont pas cumulables avec ces rémunérations)

	Montant brut	Nombre d'actes	Montant à verser au PS par le centre (montant net après déduction des cotisations salariales et contributions sociales)	Montant des cotisations patronales*	Total global à verser au centre (montant brut + cotisations patronales)
Cotations ville	6.30€				
IFD					
IK					
Total					
Cotations ville					

Ou Au forfait

	Montant horaire brut	Nombre d'heures	Montant à verser au PS par le centre (montant net après déduction des cotisations salariales et contributions sociales)	Montant des cotisations patronales*	Total global à verser au centre (montant brut + cotisations patronales)
De 8H à 20H	55€				
De 20H à 23H De 6H à 8H	220€				
De 23H à 6H Dimanches et jours fériés	240€ ou 60€/H				
Total					

* dans le cadre d'un contrat de travail, la structure précompte les cotisations salariales et les contributions sociales et le professionnel de santé perçoit le montant net. Les montants affichés de remboursement par l'AM sont bruts.

4. Attestation sur l'honneur

Je soussigné (e), arrête le présent état à la somme de€.

Fait à, le.....

Signature

Nom - prénom du Professionnel de santé :.....
Fonction :.....

Signature

Nom - prénom du gestionnaire du centre :.....
Fonction :.....

ANNEXE 2 – Rémunération des professionnels de santé - Transmission mensuelle
Mois de/2021 – Etudiants en santé – Internes en médecine

1. Centre de vaccination dédié Covid-19 :

Adresse :
 Nom du référent et responsable médical de l'organisation :

2. Identité du bénéficiaire (= entité juridique) :

Nom de l'entité juridique bénéficiaire :
 N°SIRET :

3. Déclaration d'activité du professionnel de santé

Nom :
 Prénom :
 Statut :

	<u>Montant horaire brut</u>	<u>Nombre d'heures</u>	<u>Montant à verser au PS par le centre (montant net après déduction des cotisation salariales et contributions sociales)</u>	<u>Montant des cotisations patronales*</u>	<u>Total global à verser au centre (montant brut + cotisations patronales)</u>
De 8H à 20H	50€				
De 20H à 23H De 6H à 8H	75€				
De 23H à 6H Dimanches et jours fériés	100€				
Total					

* dans le cadre d'un contrat de travail, la structure précompte les cotisations salariales et les contributions sociales et le professionnel de santé perçoit le montant net. Les montants affichés de remboursement par l'AM sont bruts.

4. Attestation sur l'honneur

Je soussigné (e), arrête le présent état à la somme de€.

Fait à, le.....

Signature

Nom - prénom du Professionnel de santé :.....

Fonction :.....

Signature

Nom - prénom du gestionnaire du centre :.....

Fonction :.....

ANNEXE 2 – Rémunération des professionnels de santé - Transmission mensuelle**Mois de/2021 – Etudiants en santé ayant validé la 2^{ème} année du 2^{ème} cycle des études de médecine****1. Centre de vaccination dédié Covid-19 :**

Adresse :

Nom du référent et responsable médical de l'organisation :

2. Identité du bénéficiaire (= entité juridique) :

Nom de l'entité juridique bénéficiaire :

N°SIRET :

3. Déclaration d'activité du professionnel de santé

Nom :

Prénom :

Statut :

	<u>Montant horaire brut</u>	<u>Nombre d'heures</u>	<u>Montant à verser au PS par le centre (montant net après déduction des cotisation salariales et contributions sociales)</u>	<u>Montant des cotisations patronales*</u>	<u>Total global à verser au centre (montant brut + cotisations patronales)</u>
De 8H à 20H	24€				
De 20H à 23H De 6H à 8H	36€				
De 23H à 6H Dimanches et jours fériés	48€				
Total					

* dans le cadre d'un contrat de travail, la structure précompte les cotisations salariales et les contributions sociales et le professionnel de santé perçoit le montant net. Les montants affichés de remboursement par l'AM sont bruts.

4. Attestation sur l'honneur

Je soussigné (e), arrête le présent état à la somme de€.

Fait à, le.....

Signature

Nom - prénom du Professionnel de santé :.....

Fonction :.....

Signature

Nom - prénom du gestionnaire du centre :.....

Fonction :.....

ANNEXE 2 – Rémunération des professionnels de santé - Transmission mensuelle
Mois de/2021 – Etudiants en santé – 3^{ème} année de soins infirmiers

1. Centre de vaccination dédié Covid-19 :

Adresse :
 Nom du référent et responsable médical de l'organisation :

2. Identité du bénéficiaire (= entité juridique) :

Nom de l'entité juridique bénéficiaire :
 N°SIRET :

3. Déclaration d'activité du professionnel de santé

Nom :
 Prénom :
 Statut :

	<u>Montant horaire brut</u>	<u>Nombre d'heures</u>	<u>Montant à verser au PS par le centre (montant net après déduction des cotisation salariales et contributions sociales)</u>	<u>Montant des cotisations patronales*</u>	<u>Total global à verser au centre (montant brut + cotisations patronales)</u>
De 8H à 20H	12€				
De 20H à 23H De 6H à 8H	18€				
De 23H à 6H Dimanches et jours fériés	24€				
Total					

* dans le cadre d'un contrat de travail, la structure précompte les cotisations salariales et les contributions sociales et le professionnel de santé perçoit le montant net. Les montants affichés de remboursement par l'AM sont bruts.

4. Attestation sur l'honneur

Je soussigné (e), arrête le présent état à la somme de€.

Fait à, le.....

Signature

Nom - prénom du Professionnel de santé :.....

Fonction :.....

Signature

Nom - prénom du gestionnaire du centre :.....

Fonction :.....