

ACCORD-CADRE DE SERVICES

ATTRI1

ACTE D'ENGAGEMENT

MAPA N° 2025/ 020 du 20/05/2025

A - Objet de l'acte d'engagement.

■ Objet de l'accord-cadre :

Le présent accord-cadre concerne la mise en œuvre des actions de prévention bucco-dentaire pour des enfants de grandes sections : actions de sensibilisation et dépistage.

La description du projet est reprise dans le CCTP.

Codes CPV : 85131000-6 (services de soins dentaires)
33711790-1 (kits d'hygiène dentaire)

■ Cet acte d'engagement correspond :

1.
 - ☒ à l'ensemble de l'accord-cadre (*en cas de non-allotissement*) ;
 - ☐ au lot n°..... ou aux lots n°..... de l'accord-cadre (*en cas d'allotissement*) ;
(Indiquer l'intitulé du ou des lots tel qu'il figure dans l'avis d'appel à la concurrence ou l'invitation à confirmer l'intérêt.)
2.
 - ☒ à l'offre de base.
 - ☐ à la variante suivante :
3.
 - ☐ avec les prestations supplémentaires suivantes :

B - Engagement du titulaire ou du groupement titulaire.

B1 - Identification et engagement du titulaire ou du groupement titulaire :

(Cocher les cases correspondantes.)

Après avoir pris connaissance des pièces constitutives de l'accord-cadre suivantes :

- ☒ CCAP n° 2025/020
- ☒ CCAG : le Cahier des Clauses Administratives Générales applicables aux marchés de Fournitures Courantes et de Services passés par l'Etat (CCAG-FCS), approuvé par l'arrêté du 30 mars 2021 ;
- ☒ CCTP n° 2025/020
- ☒ Autres (cf. article 4 du CCAP)

et conformément à leurs clauses,

☐ le signataire

☐ s'engage, sur la base de son offre et pour son propre compte ;

[Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale du soumissionnaire, les adresses de son établissement et de son siège social (si elle est différente de celle de l'établissement), son adresse électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie et son numéro SIRET.]

☐ engage la société sur la base de son offre ;

[Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale du soumissionnaire, les adresses de son établissement et de son siège social (si elle est différente de celle de l'établissement), son adresse électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie et son numéro SIRET.]

☐ l'ensemble des membres du groupement s'engagent, sur la base de l'offre du groupement ;

[Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale de chaque membre du groupement, les adresses de son établissement et de son siège social (si elle est différente de celle de l'établissement), son adresse électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie et son numéro SIRET.]

à livrer les fournitures demandées ou à exécuter les prestations demandées :
(Cocher la ou les cases correspondante(s))

☐ aux prix indiqués ci-dessous ;

☐ Taux de la TVA :

☐ Montant hors taxes :

Montant hors taxes arrêté en chiffres à :

Montant hors taxes arrêté en lettres à :

☐ Montant TTC :

Montant hors taxes arrêté en chiffres à :

Montant hors taxes arrêté en lettres à :

☒ aux prix indiqués dans l'annexe financière jointe au présent document (annexe 3).

Les prix sont réputés fermes pendant toute la durée de l'accord-cadre. Ils comprennent toutes les charges fiscales, parafiscales ou autres frappant obligatoirement la prestation ainsi que tous les frais annexes du titulaire, y compris la fourniture des kits pour les enfants.

Il est à noter que les prix fixés par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie pourront évoluer dans le courant de l'accord-cadre. Le cas échéant, le titulaire sera informé par la CPAM de la Somme et un avenant au présent accord-cadre sera établi.

Les prix pourront être actualisés conformément à l'article 19-3 du CCAP.

B2 – Nature du groupement et, en cas de groupement conjoint, répartition des prestations :

(en cas de groupement d'opérateurs économiques.)

Pour l'exécution de l'accord-cadre, le groupement d'opérateurs économiques est :

(Cocher la case correspondante.)

☐ conjoint OU ☐ solidaire

(Les membres du groupement conjoint indiquent dans le tableau ci-dessous la répartition des prestations que chacun d'entre eux s'engage à réaliser.)

Désignation des membres du groupement conjoint	Prestations exécutées par les membres du groupement conjoint	
	Nature de la prestation	Montant HT de la prestation

B3 - Compte (s) à créditer :

(Joindre un ou des relevé(s) d'identité bancaire ou postal.)

■ Nom de l'établissement bancaire :

■ Numéro de compte :

B4 - Avance (R.2191-3 du Code de la Commande Publique) :

Je renonce au bénéfice de l'avance :

☐ NON

☐ OUI

(Cocher la case correspondante.)

B5 - Durée de l'accord-cadre :

Le présent accord-cadre est conclu pour une durée d'un an à compter du 15/10/2025.

Il pourra être reconduit, par tacite reconduction, à la date anniversaire, dans la limite de trois fois pour une durée égale à la durée initiale, sauf dénonciation par lettre recommandée avec accusé de réception au moins trois mois avant la date anniversaire.

C - Signature de l'accord cadre par le titulaire individuel ou, en cas groupement, le mandataire dûment habilité ou chaque membre du groupement.

Attention, si le soumissionnaire (individuel ou groupement d'entreprises) a présenté un sous-traitant au stade du dépôt de l'offre et que l'acte spécial concernant ce sous-traitant n'a pas été signé par le soumissionnaire ou membre du groupement et le sous-traitant concerné, il convient de faire signer ce DC4 par le biais du formulaire ATTRI2, téléchargeable au lien suivant : <https://www.economie.gouv.fr/daj/formulaires>

C1 – Signature de l'accord-cadre par le titulaire individuel :

Nom, prénom et qualité du signataire (*)	Lieu et date de signature	Signature

(*) Le signataire doit avoir le pouvoir d'engager la personne qu'il représente.

C2 – Signature de l'accord-cadre en cas de groupement :

Les membres du groupement d'opérateurs économiques désignent le mandataire suivant ([article R. 2142-23](#) ou [article R. 2342-12](#) du code de la commande publique) :

[Indiquer le nom commercial et la dénomination sociale du mandataire]

En cas de groupement conjoint, le mandataire du groupement est :

(Cocher la case correspondante.)

☐ conjoint OU ☐ solidaire

☐ Les membres du groupement ont donné mandat au mandataire, qui signe le présent acte d'engagement :

(Cocher la ou les cases correspondantes.)

- ☐ pour signer le présent acte d'engagement en leur nom et pour leur compte, pour les représenter vis-à-vis du Pouvoir Adjudicateur et pour coordonner l'ensemble des prestations ;
(joindre les pouvoirs en annexe du présent document en cas de marché public autre que de défense ou de sécurité. Dans le cas contraire, ces documents ont déjà été fournis)
- ☐ pour signer, en leur nom et pour leur compte, les modifications ultérieures du marché public ;
(joindre les pouvoirs en annexe du présent document en cas de marché public autre que de défense ou de sécurité. Dans le cas contraire, ces documents ont déjà été fournis)
- ☐ ont donné mandat au mandataire dans les conditions définies par les pouvoirs joints en annexe.
(hors cas des marchés de défense ou de sécurité dans lequel ces documents ont déjà été fournis).

☐ Les membres du groupement, qui signent le présent acte d'engagement :

(Cocher la case correspondante.)

- ☐ donnent mandat au mandataire, qui l'accepte, pour les représenter vis-à-vis du Pouvoir Adjudicateur et pour coordonner l'ensemble des prestations ;
- ☐ donnent mandat au mandataire, qui l'accepte, pour signer, en leur nom et pour leur compte, les modifications ultérieures du marché public ;
- ☐ donnent mandat au mandataire dans les conditions définies ci-dessous :
(Donner des précisions sur l'étendue du mandat.)

Nom, prénom et qualité du signataire (*)	Lieu et date de signature	Signature

(*) Le signataire doit avoir le pouvoir d'engager la personne qu'il représente.

D - Identification du Pouvoir Adjudicateur

■ Désignation du Pouvoir Adjudicateur

Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Somme
Représentée par Madame Marie-Gabrielle DUBREUIL, Directrice de la CPAM, ou son délégataire
8 Place Louis Sellier - 80021 Amiens cedex 01

■ Nom, prénom, qualité du signataire de l'accord-cadre :

Madame Marie-Gabrielle DUBREUIL, Directrice de la CPAM, ou son délégataire

■ Personne habilitée à donner les renseignements prévus à l'article R. 2191-59 du code de la commande publique (nantissements ou cessions de créances) :

Madame Séverine VEILLARD, Directrice Comptable et Financière – CPAM de la Somme
8 Place Louis Sellier -80021 Amiens cedex 01

■ Désignation, adresse du comptable assignataire de la CPAM de la Somme :

Madame Séverine VEILLARD, Directrice Comptable et Financière – CPAM de la Somme
8 Place Louis Sellier -80021 Amiens cedex 01

■ Imputation budgétaire : les prestations seront financées par les fond du FNPEIS.

E – Décision du Pouvoir Adjudicateur

La présente offre est acceptée.

Elle est complétée par les annexes suivantes :

(Cocher la case correspondante.)

- ☒ Annexe n° 1 : Protocole sanitaire à destination des prestataires ;
- ☒ Annexe n° 2 : Engagement de confidentialité ;
- ☒ Annexe n° 3 : Annexe financière – Devis Quantitatif estimatif (DQE) ;
- ☒ Annexe n° 4 : Cadre de réponse technique ;
- ☐ Annexe n°... relative à la présentation d'un sous-traitant (ou DC4) ;
- ☐ Autres annexes *(A préciser)* ;

A : , le

Signature

(représentant du Pouvoir Adjudicateur habilité à signer l'accord-cadre)



Chaque salarié est acteur de sa propre protection puisqu'il doit, « prendre soin, en fonction de ses compétences et selon ses possibilités, de sa santé et sécurité ainsi que celles des autres personnes concernées par ses actes ou ses omissions au travail ».

Il incombe donc au salarié au regard du risque de contamination d'assurer sa propre protection, en respectant par exemple « les gestes barrière », celle de ses collègues et celle aussi des tiers évoluant dans son environnement immédiat de travail.

Vous venez de prendre connaissance du livret de protocole sanitaire mis en place par la CPAM de la Somme à destination des prestataires, celui-ci doit être respecté et appliqué.

Merci de votre compréhension et collaboration.

OÙ S'INFORMER SUR LE COVID-19 ?

Pour répondre aux questions sur le coronavirus Covid-19, les mesures mises en place par le gouvernement, plusieurs sources officielles d'information sont à la disposition de la population. Elles sont réactualisées en fonction de l'évolution de la situation.

IL S'AGIT :

- du site du gouvernement ;
- du site du Ministère des Solidarités et de la santé ;
- du site de Santé publique France ;
- du site du Haut Conseil de la santé publique.



Pour télécharger l'application, scannez ce QR code avec votre téléphone

LES
INFORMATIONS
UTILES



0 800 130 000

(appel gratuit)

gouvernement.fr/info-coronavirus

Ce document sera mis à jour en fonction de l'évolution des consignes et cadrages proposés par les autorités sanitaires.

SES SOURCES :

Ministère du Travail, INRS, Santé Publique France, ASMIS

7

QU'EST-CE QUE LE CORONAVIRUS COVID-19 ?

Les coronavirus sont une famille de virus, qui provoquent des maladies allant d'un simple rhume (certains virus saisonniers sont des coronavirus) à des pathologies plus sévères comme les déficiences respiratoires du MERS, du SRAS ou du COVID-19.

Le virus identifié en janvier 2020 en Chine est un nouveau coronavirus, nommé SARS-CoV-2. La maladie provoquée par ce coronavirus a été nommée COVID-19 par l'Organisation mondiale de la Santé - OMS. Depuis le 11 mars 2020, l'OMS qualifie la situation mondiale du COVID-19 de pandémie ; c'est-à-dire que l'épidémie est désormais mondiale.

QUELS SONT LES RISQUES DE TRANSMISSION DU COVID-19 ?

Quand vous êtes touché par une gouttelette contaminée :

- Sécrétions projetées lors d'éternuements ou de la toux, en cas de contact étroit : même lieu de vie, contact direct à moins d'un mètre en l'absence de mesures de protection.
- Rappelez-vous que vous pouvez aussi être porteur du virus et le transmettre.
- Quand vous portez vos mains ou un objet contaminé au visage :**
- Un risque important de transmission est le contact des mains non lavées.
- Sur les surfaces contaminées (objets, cartons, poignées...), le virus peut survivre quelques heures à quelques jours.
- Quand vous mangez, buvez, fumez ou vapotez, si vous avez les mains sales ou que vous partagez les aliments, les bouteilles ou verres avec d'autres, il existe un risque important lors du contact de la main avec la bouche.

IMPORTANT :

Toutes les mesures de sécurité et de prévention mises en œuvre sont obligatoires pour tous les employés et doivent être rigoureusement respectées, afin de pleinement vous protéger, vous et vos collègues.

La situation sanitaire ne doit pas conduire à relâcher la vigilance face à un risque épidémique qui subsiste, il est important de respecter scrupuleusement les mesures de sécurité et de prévention mises en place au sein de notre organisme.

Il vous est demandé de prendre connaissance du livret et de vous engager à appliquer les mesures de précaution liées à la situation exceptionnelle du risque sanitaire COVID-19. Ces recommandations sont issues du Gouvernement et de Santé Publique France.

Ce document est amené à être complété et/ou modifié, en fonction de l'évolution de la situation sanitaire

1. LES MESURES DE PRÉVENTION ET ÉQUIPEMENTS INDIVIDUELLES DE PROTECTION

1.1 RESPECTER LES GESTES BARRIÈRES



Dès votre entrée dans nos locaux, vous devez appliquer les gestes barrières en permanence :

- Porter obligatoirement un masque en tissu de catégorie 1 ou chirurgical. Il doit couvrir le nez, la bouche et le menton.
- Se laver les mains régulièrement, au moins toutes les deux heures à l'eau savonneuse ou à l'aide d'un gel hydro alcoolique.
- Tousser ou éternuer dans votre coude
- Utiliser des mouchoirs à usage unique et les jeter après usage dans la poubelle sécurisée des WC qui se trouve à chaque étage.
- Saluer sans serrer la main.
- Respecter une distanciation sociale d'au moins 1 mètre lorsque vous portez un masque, sinon vous devez observer une distance d'au moins 2 mètres.
- Éviter les regroupements dans les espaces réduits.
- Utiliser un stylo à usage personnel (prendre le soin de le désinfecter si besoin).

1.2 ÉTAT DE SANTÉ



À NOTER

Des thermomètres frontaux sont à disposition dans les trousses à pharmacie.

- Avant de vous rendre sur votre lieu de travail, vous devez être vigilant(e) si vous avez un ou plusieurs symptômes : fièvre (frissons, sueurs), courbatures, toux ou une augmentation de la toux habituelle, mal à la gorge, diarrhée, une fatigue inhabituelle, un manque de souffle inhabituel lorsque vous faites un effort.
- Si vous êtes cliniquement symptomatique même sans avoir consulté un médecin, vous devez contacter votre responsable ou en cas de symptômes graves, contacter le 15.
- Si des symptômes apparaissent lors de votre intervention, vous devez en informer votre responsable et quitter nos locaux pour une prise en charge médicale.

2. LES MESURES À RESPECTER SUR LES SITES

2.2 ACCÈS AUX LOCAUX

- Ne pas entrer sur un site si vous présentez des symptômes du COVID-19.
- Respecter les règles de circulation à l'intérieur du site (marquage au sol).

2.3 DANS LES LOCAUX

- Respecter les règles de circulation dans les couloirs et dans les escaliers, à l'intérieur des locaux (marquage au sol).
- Si vous devez prendre l'ascenseur, maximum 2 personnes. L'utilisation des sanitaires se fait une personne à la fois, si la distanciation sociale est impossible à respecter.



3. FOCUS SUR QUELQUES PROTOCOLES

3.1 SE LAVER LES MAINS

Se laver les mains régulièrement avec du savon et pendant 30 secondes.

En absence de savon, se désinfecter les mains avec du gel

- hydroalcoolique ;
- Avant de se toucher le visage ;
- A la fin d'une activité ;



Covid-19

3.2 MISE EN PLACE DU MASQUE

- Un masque n'est efficace que s'il est bien porté

Covid-19

COMMENT SE LAVER LES MAINS ?

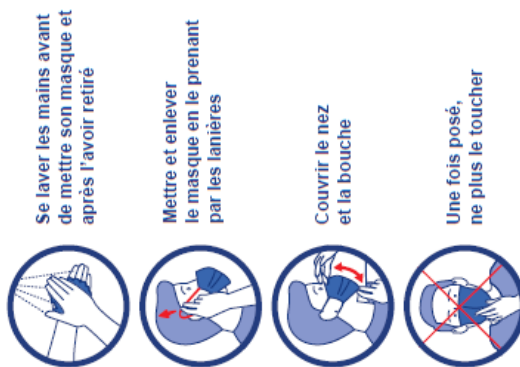


Se laver les mains à l'eau et au savon pendant 30 secondes est la mesure d'hygiène la plus efficace pour prévenir la transmission de tous les virus.

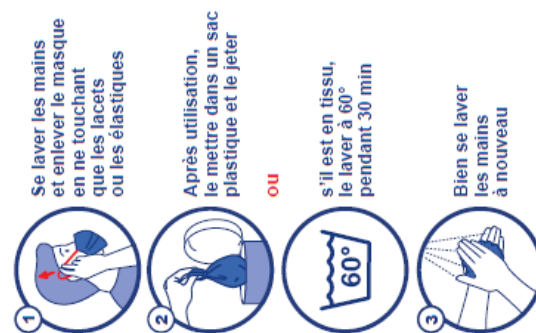


BIEN UTILISER SON MASQUE

Comment mettre son masque



Comment retirer son masque



Le masque est un moyen de protection complémentaire qui ne remplace pas les gestes barrières

INFORMATION CORONAVIRUS

COVID-19

PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES



Se laver régulièrement les mains
ou utiliser une solution hydro-
alcoolique



Tousser ou éternuer dans son
coudes ou dans un mouchoir



Se mouchoir dans un mouchoir
à usage unique



Portez un masque chirurgical ou
en tissu de catégorie 1 quand
la distance de deux mètres ne
peut pas être respectée



Respecter une distance
d'au moins deux mètres avec les
autres



Limitier au maximum ses
contacts sociaux (6 maximum)



Éviter de se toucher le visage



Aérer les pièces le plus souvent
possible, au minimum quelques
minutes toutes les heures



Saluer sans serrer la main
et arrêter les embrassades



Utiliser les outils numériques (TousAntiCovid)



GOUVERNEMENT.FR/INFO-CORONAVIRUS



0 800 130 000
(appel gratuit)

C:\MS09-0012\01-17\FR\FR 2021

INFORMATION CORONAVIRUS

COVID-19

QUE FAIRE DÈS LES PREMIERS SIGNES ?

Si vous avez de la fièvre, de la toux, mal à la gorge,
le nez qui coule ou une perte du goût et de l'odorat :



Consultez rapidement
votre médecin pour qu'il décide
si vous devez être testé



En attendant les résultats,
restez chez vous et évitez tout contact



GOUVERNEMENT.FR/INFO-CORONAVIRUS



0 800 130 000
(appel gratuit)

W:\03\27-0012\03 - 19 mai 2020

La société _____,
Forme juridique : _____
Au capital de _____ euros
Immatriculée au RCS de _____, sous le numéro _____
Dont le siège social est situé _____

Représentée par le _____, agissant en qualité de _____

Ci-après dénommée « la Société »

Agissant dans le cadre d'un Marché public intitulé « *Actions de prévention bucco-dentaire des enfants scolarisés en grandes sections de maternelle (GSM) en zones défavorisées* », portant le numéro **2025/020** initié par la CPAM de la Somme, ci-après désignée la « CPAM », auquel elle a répondu et au titre duquel elle a été sélectionnée, va engager des négociations, ci-après désignées les « NEGOCIATIONS » avec la CPAM, qui l'accepte.

Dans ce contexte, la Société s'engage à considérer comme strictement confidentielles, toutes les informations, ci-après désignées les « Informations Confidentielles » qui lui seront communiquées par la CPAM au cours des NEGOCIATIONS.

Dès lors, toute divulgation de ces informations est susceptible de causer un préjudice à la CPAM.

Par conséquent, la Société s'interdit de divulguer, pour quelque cause que ce soit, lesdites informations, sous quelque forme, à quelque titre et à quelque personne que ce soit.

Le terme "Information Confidentielle" est défini comme toute information de quelque nature que ce soit et quelle que soit sa forme, écrite ou orale, y compris, sans que cela ne soit limitatif, tout écrit, note, copie, rapport, document, étude, analyse, dessin, lettre, listing, logiciel ou support numérique, spécifications, chiffre, graphique, enregistrement sonore et/ou reproduction picturale, quel que soit son support.

I – LA SOCIETE _____ S'ENGAGE NOTAMMENT A :

- Prendre toutes les mesures nécessaires pour protéger l'accès aux Informations Confidentielles,
- Ne pas utiliser les Informations Confidentielles autrement que dans le cadre des NEGOCIATIONS,
- Ne pas reproduire les Informations Confidentielles pour elle-même,
- Ne pas divulguer les Informations Confidentielles à tout tiers non autorisé ou non concerné par les NEGOCIATIONS,
- Ne pas utiliser les Informations Confidentielles pour toute action directe ou indirecte de conception, de développement ou commercialisation de produits ou services similaires ou concurrentiels à ceux de la CPAM,
- Ne divulguer les Informations Confidentielles qu'à ses seuls préposés ayant nécessité de les connaître dans le cadre des NEGOCIATIONS,
- S'assurer et garantir le respect du présent Engagement de Confidentialité par ses préposés, et de manière générale, mettre en œuvre tous les moyens pour faire respecter cette disposition, notamment par les membres de son personnel, ses collaborateurs, filiales, société mère, et sous – traitants éventuels.

II – LA SOCIETE _____ EST DELIEE DE SON ENGAGEMENT DE CONFIDENTIALITE AU CAS OU :

- La divulgation des Informations Confidentielles est exigée par la loi, les règlements, une décision judiciaire ou si cette divulgation est nécessaire pour mettre en œuvre ou prouver l'existence de droits dans le cadre des NEGOCIATIONS,
- Les Informations Confidentielles ont fait l'objet d'une mise à disposition au public par la CPAM,

- Les Informations Confidentielles tombent ou sont tombées dans le domaine public sans violation du présent Engagement de Confidentialité,
- Les Informations Confidentielles sont connues de la Société au moment de la première divulgation, sous réserve que la Société en apporte la preuve,
- Les Informations Confidentielles sont déjà connues du public, sont tombées dans le domaine public, sans violation du présent Engagement de Confidentialité,

III – PROPRIETE DES INFORMATIONS CONFIDENTIELLES

La Société reconnaît que les Informations Confidentielles qui lui sont communiquées par la CPAM sous forme tangible sont et restent la propriété de la CPAM.

La Société s'engage à ce que ces Informations Confidentielles, ainsi que toute copie et reproduction licite de celles-ci soient, dans les trente (30) jours de la demande écrite de la CPAM, restituées à celle-ci sans délai ou détruites, à la discrétion de la CPAM.

La Société reconnaît que la communication des Informations Confidentielles ne saurait être interprétée comme lui accordant une quelconque licence d'exploitation, licence d'utilisation, brevet, marque, modèle ou un quelconque droit de propriété des Informations Confidentielles ou d'utilisation de celles-ci.

IV - RESPONSABILITE

En cas de divulgation d'Informations Confidentielles par la Société, il lui appartiendra de prouver la conformité de cette divulgation avec les termes du présent Engagement de Confidentialité.

La société reconnaît qu'en cas de divulgation des Informations Confidentielles de son fait, non conforme au présent Engagement de Confidentialité, la réparation de tous les dommages y afférents seront à sa charge.

V– DUREE

La Société s'engage à respecter le présent Engagement de Confidentialité dès sa signature et pendant toute la durée des NEGOCIATIONS ainsi que pendant une période de cinq (5) ans suivant la cessation des NEGOCIATIONS et ce, pour quelque cause que ce soit.

A Amiens, le

A _____, le

Pour la CPAM de la Somme,

Pour le Titulaire,

Signature

(nom, prénom, qualité du représentant
du Pouvoir Adjudicateur habilité à signer l'accord-cadre)

Signature

(nom, prénom, qualité du représentant
du titulaire habilité à signer l'accord-cadre)

ANNEXE 3 : ANNEXE FINANCIERE – DEVIS QUANTITATIF ESTIMATIF

(joint au présent acte d'engagement)