

|  |
| --- |
| **Contrat de concession** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Numéro du contrat** | **2025022DAL22A1** |

|  |
| --- |
| **PARTIE A REMPLIR PAR L’ADMINISTRATION** |

# Objet de l’acte d’engagement

|  |  |
| --- | --- |
| **Objet** | Prestations de coiffure à destination des patients des sites hospitaliers de Corentin Celton, Vaugirard Gabriel Pallez et Broca. |
| **Numéro de la procédure** | 25-AL358CUP |
| **Forme de la procédure** | Contrat de concession |

# Informations sur le titulaire

|  |  |
| --- | --- |
| **Dénomination sociale** |  |
| **Code SAP** |  |

# Dispositions du contrat

## Eléments généraux de la prestation

La prestation consiste dans le fait de réaliser des prestations de coiffure, dont la liste exhaustive est renseignée dans le bordereau de prix unitaire, à destination des patients hospitalisés sur les sites suivants :

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom du site** | **Adresse du site** |
| Hôpital Corentin Celton | 4 Parvis Corentin Celton – 92130 Issy-les Moulineaux |
| Hôpital Broca | 54-56 Rue Pascal – 75013 Paris |
| Hôpital Vaugirard | 10 Rue Vaugelas – 75015 Paris |

Les jours de prestation retenus par site et la volumétrie moyenne estimée est la suivante :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom du site** | **Jours de prestation** | **Nombre de patients par mois** |
| Hôpital Corentin Celton | Jeudi | 25 |
| Hôpital Broca | Lundi | 12 |
| Hôpital Vaugirard | Lundi ou Vendredi | 9 |

Les prestations auront toutes lieu sur une plage horaire allant de **13H30 à 18H00**.

Les jours de prestation pourront évoluer en cours d’exécution et seront validés par l’un des interlocuteurs renseignés à l’article C.3.

Les prestations auront lieu pour le moment uniquement dans la chambre des patients. Il sera cependant possible de mettre à disposition du titulaire des locaux en cours d’exécution du contrat. Cette mise à disposition sera formalisée par le biais d’un avenant.

## Passation des commandes

Les patients contacteront directement le titulaire aux coordonnées suivantes :

|  |  |
| --- | --- |
| **Téléphone** |  |

Le titulaire est autonome dans l’organisation de la prestation en respectant les éléments décrits à l’article C.1 du présent document et l’organisation des services de soins de manière générale. Pour ce faire il devra prévenir, la veille de la prestation, le nom des patients concernés, ainsi que les dates et horaires les personnes suivantes :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom du site** | **Nom de l’interlocuteur** | **Courriel** |
| Hôpital Corentin Celton | Accueil du site  Copie :  David DAYLIES | [accueil.standard.ccl@aphp.fr](mailto:accueil.standard.ccl@aphp.fr)  Copie :  [david.daylies@aphp.fr](mailto:david.daylies@aphp.fr) |
| Hôpital Broca | Accueil du site  Copie :  David DAYLIES | [accueil.central.brc@aphp.fr](mailto:accueil.central.brc@aphp.fr)  Copie :  [david.daylies@aphp.fr](mailto:david.daylies@aphp.fr) |
| Hôpital Vaugirard | Accueil du site  Copie :  Evelyne MARTINON  David DAYLIES | [accueil.standard.vgr@aphp.fr](mailto:accueil.standard.vgr@aphp.fr)  Copie :  [evelyne.martinon@aphp.fr](mailto:evelyne.martinon@aphp.fr)  [david.daylies@aphp.fr](mailto:david.daylies@aphp.fr) |

## Interlocuteurs AP-HP

Pour la validation des éléments décrits aux articles C.4 et C.6 et pour tout problème dans l’exécution du contrat les interlocuteurs côté AP-HP sont :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Prénom NOM** | **Fonction** | **Courriel** | **Téléphone** |
| Damien THIBAULT | Directeur délégué de l’hôpital Broca | [damien.thibault@aphp.fr](mailto:damien.thibault@aphp.fr) | 01 44 08 35 52 |
| David  DAYLIES | Directeur des opérations | [david.daylies@aphp.fr](mailto:david.daylies@aphp.fr) | 06 31 46 47 23 |

## Paiement des prestations

Le choix du moyen de paiement s’effectue entre le titulaire et le patient entre ces différentes possibilités :

* Carte bancaire (le titulaire doit disposer d’un terminal de paiement) ;
* Chèque bancaire ;
* Virement.

Le paiement en espèce est strictement interdit afin de respecter la traçabilité des transactions. Un reçu devra toujours être donné au patient. Aucun pourboire ne peut être accepté ni demandé.

Le titulaire se charge de la facturation et de l’encaissement des sommes dues par les patients. Le GHU ne peut en aucun cas être tenu responsable d’un défaut de paiement.

Le titulaire est autorisé à faire afficher dans les endroits prévus à cet effet, la tarification de ses prestations après la validation du support par l’un des interlocuteurs désignés à l’article D.3 du présent document.

## Pénalités

En cas de problématiques liées à l’exécution des prestations le prestataire est soumis aux pénalités suivantes :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Manquement** | **Périodicité** | **Montant** |
| Absence à un rendez-vous planifié | Par constat | 100 € |

Aucun rendez-vous n’est dû s’il y a moins de 5 rendez-vous prévu par jour et par site.

Ces pénalités s’appliquent par l’émission d’un titre de recette envoyé au prestataire.

## Obligations du titulaire

**Généralités**

Le titulaire reconnaît expressément se soumettre aux lois et réglementations propres aux établissements hospitaliers dans lesquels ont lieu les prestations.

Le titulaire ne peut en aucun sous-traiter sa prestation, il doit communiquer la liste exhaustive des personnes susceptibles de réaliser les prestations. Cette liste comporte le nom, prénom et coordonnées des intervenants ainsi que leurs diplômes (a minima le CAP « Métiers de la Coiffure »).

Toute évolution de cette liste doit faire l’objet de l’accord expresse de l’AP-HP via l’un des interlocuteurs désignés à l’article C.3 du présent document.

Il est entendu que tout dommage constaté imputable à la responsabilité du prestataire donnera lieu à un remboursement à l’AP-HP.

**Mesures d’hygiène**

Les intervenants ont l’obligation de porter une tenue vestimentaire identifiée avec l’insigne ou le logo de la société. Cette tenue doit être propre. Le titulaire doit faire respecter à ses intervenants les protocoles d’hygiène et de désinfection du matériel utilisé. Les produits utilisés doivent répondre aux normes d’hygiène, de qualité et de sécurité. Toute utilisation d’un produit doit se conformer aux mesures de sécurité concernant la présence d’allergènes.

**Discrétion professionnelle et déontologie**

Le titulaire et ses intervenants s’engagent à faire preuve de discrétion professionnelle pour tous faits, informations ou documents portés à leur connaissance dans l’exercice de leurs fonctions.

Les sites où auront lieu la prestation accueillent des patients dépendants et donc vulnérables. Le prestataire devra respecter une déontologie stricte. Les intervenants devront, en toutes circonstances, adopter une attitude courtoise, polie et traiter la clientèle avec toute l’attention requise compte tenu de sa vulnérabilité. Ils doivent être attentifs au respect du rythme de la personne âgée. Ils sont tenus au respect de la liberté de conscience de chacun ; toute forme d’intervention concernant les opinions politiques, confessionnelles ou religieuses, les appartenances ethniques sont interdites.

# Durée du contrat

## Date de début d’exécution

Le contrat commence à s’exécuter à compter :

De 01/11/2025 ou à défaut à sa date de notification.

## Date de fin d’exécution

Le contrat prend fin à l’issue d’une durée de 60 mois à compter de sa date de début définie à l’article D.1.

## Reconduction

Le contrat est reconductible par reconduction expresse 2 fois pour une période de 12 mois sans que sa durée ne puisse dépasser 84 mois (7 ans).

# Modalités d’exécution financière

## Redevance pour occupation du domaine public

Le concessionnaire verse une redevance (redevance d’occupation du domaine public et redevance de participation, le contrat valant occupation du domaine public) sous la forme d'une part fixe, redevance minimum garanti, et d'une part variable, pourcentage du chiffre d'affaires annuel réalisé de toutes les ventes, majoré du taux de TVA en vigueur. Les modalités de calcul de cette redevance sont renseignées par le titulaire du contrat aux articles G.3 et G.4 du présent contrat.

## Détails du montant des prestations réalisées

Voir annexe financière (Bordereau des Prix Unitaires).

## Révision des prix des prestations réalisées

Les prix sont fermes la première année d’exécution de la concession.

La révision des prix des prestations proposées ne peut se faire qu’annuellement, à la date anniversaire du contrat de concession, après envoi d’un courrier de demande d’accord à la Cellule des Marchés du GHU APHP. Centre Université Paris Cité à l’adresse :

Hôpital Cochin Port-Royal

Cellule des Marchés

Bâtiment le Cloître - Porte 4 - 2ème étage

123 Boulevard Port-Royal - 75014 PARIS

Ou par voie dématérialisée à l’adresse :

[Cellulemarches.aphpcup@aphp.fr](mailto:Cellulemarches.aphpcup@aphp.fr)

La demande de révision des prix devra parvenir à la cellule des marchés deux mois avant la date anniversaire du contrat et doit s’accompagner d’une annexe financière mise à jour.

La formule de révision est la suivante :

P = P0 x [0,20 + (0,80 x SPST/SPSTM0)]

|  |  |
| --- | --- |
| **Sigle** | **Signification** |
| M0 | Mois du dépôt de la dernière offre ou de la dernière révision. |
| P | Prix révisé |
| P0 | Prix au mois M0 |
| SPSTM0 | Indice trimestriel de prix de production des services vendus aux entreprises français (Entreprise vers entreprise) pour les services professionnels, scientifiques et techniques de l’INSEE au mois M0 |
| SPST | Dernier indice publié connu à la date anniversaire du marché (c’est-à-dire de sa date de début prévue ou, à défaut de sa date de notification) |

Le GHU APHP. Centre Université Paris Cité traitera la demande dans un délai intervenant avant la date anniversaire du marché et se réserve le droit de refuser une hausse supérieure à l’indice des prix des prestations de coiffure.

En cas d’acceptation de la révision de prix par l’autorité concédante, le titulaire devra nécessairement mettre à jour l’affichage à destination des patients.

**Clause butoir**

La variation de prix annuelle résultant de la révision est plafonnée à 5 %. La clause butoir empêche l’évolution du prix au-delà du butoir prévu, sans que le titulaire ne puisse s’y opposer.

Seules les hausses anormales dues à des exigences réglementaires nouvelles permettront une hausse supérieure ; dans ce cas, un dossier justificatif détaillé devra être fourni.

# Signature de l’AP-HP

## Identification du pouvoir adjudicateur ou de son représentant

**GROUPE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE APHP CENTRE UNIVERSITE PARIS CITE**

Nom, Prénom et Qualité du Signataire et Pouvoir Adjudicateur : Monsieur Nicolas REVEL, Directeur Général de l’AP-HP ;

Par délégation Monsieur Didier FRANDJI, Directeur Général du GHU APHP Centre Université Paris Cité, ayant reçu délégation du Directeur Général par arrêté directorial n° 75-2022-07-08-00005 du 08 juillet 2022 ou par son représentant nommément désigné par l’arrêté n° 75-2024-11-26-00018 en date du 4 décembre 2024.

## Identification du comptable assignataire des paiements

La Direction Spécialisée des Finances Publiques de l’Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, situé au 4 Rue de la Chine 75020 Paris.

## Identification de la personne habilitée à donner les renseignements prévus aux articles R. 2191-46 à 63 du Code de la Commande Publique

Par délégation Monsieur Didier FRANDJI, Directeur Général du GHU APHP Centre Université Paris Cité, ayant reçu délégation du Directeur Général par arrêté directorial n° 75-2022-07-08-00005 du 08 juillet 2022 ou par son représentant nommément désigné par l’arrêté n° 75-2024-11-26-00018 en date du 4 décembre 2024.

## Signature

A Paris, le 04/08/2025

|  |
| --- |
| **Pour le GHU** |
| Par délégation du Directeur Général, |
|  |

|  |
| --- |
| **PARTIE A REMPLIR PAR LE TITULAIRE** |

# Engagement du titulaire

## Identification du titulaire unique

Je soussigné, contractant unique,

|  |  |
| --- | --- |
| Prénom NOM Fonction |  |
| Dénomination sociale |  |
| Forme juridique |  |
| Adresse du siège social |  |
| SIREN |  |
| SIRET |  |
| Code APE |  |
| Courriel |  |
| Téléphone |  |

## Paiements

Les éventuels paiements seront réalisés sur le RIB suivant :

|  |  |
| --- | --- |
| Titulaire du compte |  |
| Numéro du compte |  |
| Clé RIB |  |
| Code banque |  |
| Code guichet |  |
| Domiciliation |  |
| IBAN |  |
| BIC |  |

## Redevance pour occupation domaniale

En contrepartie de l’autorisation d’exercer des prestations de coiffure sur les sites hospitaliers de Corentin Celton, Vaugirard Gabriel Pallez et Broc, le concessionnaire verse une redevance de :

|  |  |
| --- | --- |
| **A remplir** | % du CA HT généré par l’activité de prestation de coiffure sur l’ensemble des sites |

## Minimum garanti

Cette redevance est assortie d’un minimum garanti de :

|  |  |
| --- | --- |
| **A remplir** | € HT / trimestre |

Il est appliqué ensuite une majoration du taux de TVA en vigueur.

## Signature du titulaire

|  |
| --- |
| **Signature du titulaire** |
|  |

Notifié le :