|  |  |
| --- | --- |
| **nouveau logo AM** | **Caisse Primaire d’Assurance Maladie de l’Aisne**  **29, Boulevard Roosevelt**  **02323 SAINT-QUENTIN CEDEX**  [**www.ameli.fr**](http://www.ameli.fr) |
|  |  |

**TRAME DE MEMOIRE TECHNIQUE**

**MARCHE PUBLIC DE SERVICES**

**N° 2025-11**

**Accord-cadre pour la réalisation des prestations des Centres d’Examens de Santé (CES) – Relance de la consultation n°2025-05**

**Le candidat doit obligatoirement compléter la trame de réponse joint sans renvoi vers un mémoire technique.**

**Seuls les documents demandés seront joints en annexe de la trame de mémoire technique.**

CRITERE 2 . VALEUR TECHNIQUE

* 1. Moyens humains - Nombre et temps ETP, qualification et compétences des personnes affectées à la réalisation des examens pour la CPAM de l’Aisne

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Quantité** | **ETP** | **Qualification et/ou compétences** | **Type de contrat**  **CDI /CDD/ Vacation** | **Présence sur le site**  **Oui / Non** | **Compétences en éducation en santé**  **Oui / Non** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

- Description du plan de formation prévu :

- Modalités d’organisation de la formation et de l’information en interne :

* 1. Moyens matériels - Matériels mis en place (y compris agrément et procédures médicales)

**Matériel informatique :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Description** | **Quantité** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Matériel et supports pour l’éducation pour la santé :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Description** | **Quantité** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Matériel médical [[1]](#footnote-1):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Description** | **Quantité** | **Date d’achat** | **Date d’agrément** | **Date du dernier contrôle technique** |
| Divans d’examen médical |  |  |  |  |
| Fauteuils de prélèvement |  |  |  |  |
| Fauteuil dentaire ou ORL |  |  |  |  |
| Electrocardiogramme |  |  |  |  |
| Spiromètre |  |  |  |  |
| Visiotest |  |  |  |  |
| Tests de vision (échelle de monoyer) |  |  |  |  |
| Audiomètre |  |  |  |  |
| Pèse-personne |  |  |  |  |
| Toises murales |  |  |  |  |
| Tensiomètres |  |  |  |  |
| Stéthoscopes |  |  |  |  |
| Otoscopes |  |  |  |  |
| Marteaux réflexes |  |  |  |  |
| Diapason |  |  |  |  |
| Guéridon de soin |  |  |  |  |
| Scialytiques |  |  |  |  |
| Centrifugeuse |  |  |  |  |
| Autres … |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* 1. Méthodes d’organisation des examens - Description des principes d’organisation des examens (EPS, EIAP, ateliers d’éducation en santé, ateliers tabac, dispositif « tabac, commencez à arrêter »):

- Modalités de recrutement et d’invitation des consultants et notamment des publics vulnérables à risque et/ou précaires:

- Recours à une structure de soins ou autres (laboratoire, spécialiste...) :

- Déroulement de l’EPS, de l’EIAP, des ateliers d’éducation en santé, des ateliers tabac, du dispositif « tabac, commencez à arrêter » :

- Modalités de remise des résultats aux consultants :

- Relais vers le médecin traitant :

- Modalités de suivi des orientations suite à l’EPS :

- Modalités retenues pour la mise en place des entretiens individuels de prévention

- Modalités retenues pour la mise en place des ateliers d’éducation en santé

- Modalités retenues pour la mise en place des ateliers tabac

- Modalités retenues pour la mise en place du dispositif « Tabac, ici commencez à arrêter »

* 1. Description des modalités de partenariat notamment avec les services internes de l’Assurance maladie et de prise en compte des offres de services de l’Assurance maladie

- Partenariat avec les services de la caisse primaire de l’Aisne, notamment la mission accompagnement santé et les services en relation avec les assurés.

- Partenariat avec l’Echelon Local du Service Médical :

- Partenariat avec le service social de la CARSAT :

- Descriptifs des partenariats externes à l’Assurance maladie : structures identifiées, modalités de collaboration

* 1. Modalités de suivi de l’activité et de la qualité

- Modalités de suivi statistiques :

- Modalités d’accueil :

- Satisfaction des consultants :

- Respect des normes et des procédures médicales :

- Mise en place d’un Plan d’Assurance Sécurité :

CRITERE 3 . RESPONSABILITE SOCIALE ET ENVIRONNEMENTALE

* 1. Volet environnemental

- Politique de gestion des déchets médicaux, dispositifs d’économie d’énergie appliqués aux matériels utilisés, recours à des produits recyclés et/ou recyclables, ainsi que mise en œuvre d’actions concrètes en faveur du développement durable.

* 1. Volet social

- Politique d’insertion professionnelle, égalité hommes-femmes :

SOUS-TRAITANCE

Indiquer si l’entreprise prévoit de recourir à la sous-traitance

- Le candidat [☐ prévoit ☐ ne prévoit pas] de recourir à la sous-traitance pour l’exécution des prestations.

Lister les prestations sous-traitées (si applicable)

- Le cas échéant, les prestations concernées par la sous-traitance sont : [XXX - préciser]

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

- Le montant estimatif de chaque prestation sous-traitée est : [XXX] € HT.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Fournir les informations sur les sous-traitants

- Le(s) sous-traitant(s) identifié(s) sont : [XXX - Nom, adresse, SIRET].

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

- Leurs capacités techniques et financières sont justifiées par les documents annexés (DC4, attestations, certificats…)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Confirmer l’engagement du sous-traitant à respecter les obligations réglementaires

- Chaque sous-traitant s’engage à respecter les obligations prévues au CCAP et au Code de la commande publique, notamment en matière de paiement direct et de responsabilité.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Si le candidat prévoit de sous-traiter, il doit joindre :

* Le formulaire DC4 dûment complété et signé (déclaration de sous-traitance).
* Les références du sous-traitant (capacités techniques et financières).
* Les justificatifs de régularité fiscale et sociale du sous-traitant (attestation de vigilance URSSAF, attestation fiscale)

1. *Pièces justificatives obligatoires attendues : factures d’achat et de contrôle* [↑](#footnote-ref-1)