**Consultation menée par [nom du service public candidat] à la labellisation Services Publics + à destination des organismes certificateurs habilités[[1]](#footnote-1)   
au sens de l’arrêté du 31 août 2023 portant création du label « Services Publics + »**

**Fiche d’expression des besoins simplifiée en cas de commande d’un montant estimé inférieur à 40 000 euros HT en application de l’article R2122-8 du code de la commande publique**

La présente consultation a pour objet la labellisation « Services Publics + » de [indiquer le service public concerné] conformément au référentiel des engagements détaillés du Programme « Services Publics + », et au guide du label « Services Publics + », accessibles sur le site de la direction interministérielle de la transformation publique : <https://www.plus.transformation.gouv.fr/le-label-services-publics>

Les prestations se décomposent comme suit :

* Prestation 1 : Les audits [du service public] candidat à la labellisation initiale ou au renouvellement de label [option à choisir] « Services Publics +, conformément au guide du label « Services Publics + » ;
* Prestation 2 : La formation des auditeurs internes de [indiquer le service public concerné] [*optionnel – possibilité de supprimer cette prestation]*

Les prestations sont réalisées conformément au cahier des clauses administratives générales applicables aux marchés publics de prestations intellectuelles approuvé le 30 mars 2021*. (disponible à l’adresse :* [*https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043310613*](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043310613)*)*

**CONTENU DE L’OFFRE DU CANDIDAT**

Date limite d’envoi de l’offre : XXX

Les offres sont envoyées à l’adresse suivante : XXX

A partir des éléments indiqués infra, le candidat indiquera sa proposition tarifaire et présentera succinctement son offre d’accompagnement en détaillant [à adapter] :

* La communication du nombre de jours / de la durée d’intervention par auditeur le cas échéant, selon les caractéristiques des sites à évaluer et le nombre d’agents en interaction avec les usagers
* Le coût d’une labellisation sur 3 ans et le tarif jour / auditeur pratiqué (frais de déplacement indiqués en sus)
* Le/Les profil(s) du ou des auditeurs qui seront proposés aux sites candidats et justifiant a minima d’une expérience d’audit de certification système et de service dans le secteur public
* La réalisation d’une enquête de satisfaction à destination du service public audité à l’issue des audits

**Renseignements concernant le service public candidat à la labellisation « *Services Publics +* »**

1. **IDENTITE DU SERVICE PUBLIC CANDIDAT**

|  |
| --- |
| Dénomination |
| Nom du directeur général  Courriel :  Téléphone : |
| Nom de l’acheteur  Courriel :  Téléphone : |
| Nom du référent Services Publics + \*  Courriel :  Téléphone : |
| Adresse  Code postal  Ville |

*\* Le référent Services Publics + est la personne missionnée par le directeur ou chef de service pour coordonner les actions liées à la démarche d’amélioration de la qualité de service rendu aux usagers*

1. **ORGANISATION DU SERVICE PUBLIC CANDIDAT**

*A toute fin utile, vous pourrez joindre un exemplaire de votre organigramme*

[Tableau à renseigner pour le service public, hors collectivités territoriales]

Liste des sites rattachés au service public candidat & nombre d’agents en interaction avec les usagers (directe ou indirecte).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SITE** | **Identification du / des service(s) présent(s) sur le site** | **NOMBRE D’AGENTS** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **EFFECTIF TOTAL** | |  |

1. **PERIMETRE DE LABELLISATION (pour les collectivités territoriales uniquement)**

Liste des services / sites impliqués dans la démarche de labellisation & nombre d’agents en interaction avec les usagers (directe ou indirecte).

*Pour les communes / EPCI*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM DU SERVICE** | **SITE(S)** | **NOMBRE D’AGENTS** |
| **Accueil général** |  |  |
| **Etat civil – délivrance de titres – services à la population** |  |  |
| Périmètre optionnel : (indiquer le service concerné) |  |  |
| Périmètre optionnel : (indiquer le service concerné) |  |  |
| Périmètre optionnel : (indiquer le service concerné) |  |  |
| **EFFECTIF TOTAL** | |  |

*Pour les régions / départements*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM DU SERVICE** | **SITE(S)** | **NOMBRE D’AGENTS** |
| **Accueil général** |  |  |
| **Compétence sélectionnée :**  **Services concernés :**   * **…** * **…** * **…** |  |  |
| **Périmètre optionnel :**  Compétence sélectionnée :  Services concernés :   * … * … * … |  |  |
| **Périmètre optionnel :**  Compétence sélectionnée :  Services concernés :   * … * … * … |  |  |
| **EFFECTIF TOTAL** | |  |

*Pour les collectivités à statut particulier*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM DU SERVICE** | **SITE(S)** | **NOMBRE D’AGENTS** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **EFFECTIF TOTAL** | |  |

1. **INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES** 
   * Pré-existence d’un Label de système ISO 9001 et/ou un Label de service : *OUI / NON*
   * Si oui, précisez : …
   * Si oui, libellé et dates de validité du certificat :

**Nom et signature du Représentant du service public candidat :**

**Date :**

# Annexe 1 : Formulaire RGPD - Contrat de traitement des données à caractère personnel entre le responsable de traitement et son sous-traitant

Le présent document est complété en fonction du dispositif mis en place.

Précisions sur les mentions à faire figurer dans le présent document :

* Si la prestation comporte plusieurs traitements avec plusieurs objectifs (= finalités au sens RGPD), il convient de les expliciter un à un avec à chaque fois les éléments associés (nature, durée, types, catégories).
* Conformément au CCP et à la PSSIE, le traitement des données doit être effectué de préférence sur le territoire national, et obligatoirement pour les données sensibles ou à défaut dans un pays de l’Union européenne.
* Afin de se conformer à l’article 32 du RGPD, il convient de détailler les mesures de sécurisation, organisationnelles et informatiques, que le responsable de traitement souhaite voir mises en œuvre pour assurer un niveau de sécurisation suffisant (par ex. chiffrement/anonymisation, disponibilité des données, modalités de transfert des données entre acteurs,…)

**Contrat de traitement des données à caractère personnel**

**entre le responsable de traitement et son sous-traitant**

Le présent contrat prend effet à compter de sa signature,

**ENTRE** : [Nom du responsable de traitement], occupant la fonction de [intitulé du poste] au sein de [organisation] basé(e) au [adresse]

**ET**:[organisme sous-traitant], basé(e) au [adresse]

* Dans le cadre de l’opération de traitement de données à caractère personnel suivante,

**(*Partie réservée au responsable de traitement*)**

Nom du projet : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Objectif(s) du traitement : …………………………………………………………………………………………………………………………….

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

Nature du traitement : …………………………………………………………………………………………………………………….…………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Durée du traitement : du ………………………… au …………………………

Type(s) de donnée(s) à caractère personnel concernée(s) : ……………………………………………………………....…………..

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

Catégorie(s) de personne(s) concernée(s) : …………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………….

* Et conformément à l’article 28 du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD),

Le sous-traitant s’engage en signant ce présent contrat à :

* ne pas recruter d’autre sous-traitant que xxxxx ; ce contrat valant accord du responsable de traitement pour le recrutement de ce sous-traitant du sous-traitant ;
* ne traiter que les données à caractère personnel sus mentionnées et ne les traiter que sur instruction documentée du responsable de traitement ;
* ce que les données à caractère personnel soient stockées à xxxx et à prendre toutes les mesures pour qu’il n’y ait aucun transfert de données à caractère personnel autre qu’entre les acteurs concernés ;
* veiller à ce que les personnes autorisées s’engagent à respecter la confidentialité ;
* garantir la sécurité du traitement conformément aux dispositions de l’article 32 du RGPD et notamment xxxx ;
* aider le responsable de traitement, dans toute la mesure du possible, à s’acquitter de son obligation de donner suite aux demandes des répondants concernant leur droit d’observation, de rectification, et de suppression de leur(s) donnée(s) à caractère personnel ;
* selon le choix du responsable de traitement (rayer la mention inutile) :
  + supprimer toutes les données à caractère personnel au terme de la prestation de service
  + ou les renvoyer au responsable de traitement ;
* mettre à disposition du responsable de traitement toutes les informations nécessaires pour démontrer le respect des obligations relatives au RGPD ;
* signer avec son propre sous-traitant un contrat du même type définissant les actions attendues permettant de garantir la meilleure conformité au RGPD

Le présent contrat est régi par le droit français. Tout litige, se rapportant au contrat et qui n’aurait pas pu faire l’objet d’une résolution amiable entre les parties, sera porté devant la juridiction administrative française compétente.

Responsable de traitement Sous-traitant

Fait à ………………… le …………………… Fait à ……………… le ……………………

Signature : Signature :

# Annexe 2 : Modèle de déclaration d’intérêt

## Conflit d’intérêt personnel

**Le présent document est rempli pour chaque membre de l’équipe mobilisée pour la réalisation des prestations, avant chaque démarrage de prestation, au regard de sa situation professionnelle ou personnelle (mandataire, co-traitant ou sous-traitant).**

**Identité**

M. / Mme (rayez la mention inutile)

Nom**:**

Prénom**:**

Fonctions au titre desquelles est produite la déclaration :

Nom et adresse de l’organisme :

Adresse de messagerie électronique :

Coordonnées téléphoniques :

**Contexte de la déclaration :**

**Objet de la prestation concernée :**

**Administration commanditaire :**

**Date de réalisation de la prestation : Du \_\_\_\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_\_\_\_**

**Option à compléter**

Déclare qu’en application du CCP de l’accord cadre, ne pas présenter de situation de potentiel conflit d’intérêt.

Déclare qu’en application du CCP de l’accord cadre, être en situation de potentiel conflit d’intérêt pour les raisons suivantes (*Cocher la case et détailler*) :

A effectué une prestation auprès d’un client dont les intérêts entreraient en interférence avec les intérêts de la prestation effectuée auprès de l’administration au cours des 5 dernières années,

Est un ancien agent de l’Etat ou de toute autre administration depuis moins de 5 ans,

Participe aux organes dirigeants d’un organisme public ou privé ou d’une société au cours des cinq dernières années ;

Dispose de participations financières directes dans le capital d’un organisme privé dont les intérêts pourraient interférer avec les intérêts de la prestation à effectuer ou a disposé au cours des cinq dernières années ;

Le conjoint ou partenaire de PACS réalise une activité qui pourrait être contraire aux intérêts de la prestation ;

Dispose d’une fonction ou d’un mandat électif en lien avec la prestation à assurer

Dispose d’une fonction associative en lien avec la prestation à assurer

Autre

Explications :

Je soussigné \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ certifie sur l’honneur l’exactitude des renseignements indiqués dans la présente déclaration.

En cas de conflit avéré, je déclare accepter les dispositions d’organisation qui seront prises par l’administration concernant les prestations en cours (retrait de mon champ d’attribution, supervision renforcée, etc.).

Fait le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature :

## Conflit d’intérêt de l’entreprise

**Le présent document est rempli par une personne habilité à représenter l’entreprise, voire le groupement le cas échéant, avant chaque démarrage de prestation, au regard des activités de l’entreprise.**

**Identité de l’entreprise et personne habilité à la représenter**

***Joindre à la présente déclaration le pouvoir de la personne habilitée à représenter la société.***

M. / Mme (rayez la mention inutile)

Nom**:**

Prénom**:**

Fonctions au titre desquelles est produite la déclaration :

Nom et adresse de l’organisme :

Adresse de messagerie électronique :

Coordonnées téléphoniques :

**Contexte de la déclaration :**

**Objet de la** prestation**concernée :**

**Administration commanditaire :**

**Date de réalisation de la prestation : Du \_\_\_\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_\_\_\_**

**Option à compléter**

Déclare qu’en application du CCP de l’accord cadre, ne pas présenter de situation de potentiel conflit d’intérêt.

Déclare qu’en application du CCP de l’accord cadre, être en situation de potentiel conflit d’intérêt pour les raisons suivantes (*Cocher la case et détailler*) :

L’entreprise a effectué une prestation auprès d’un client dont les intérêts entreraient en interférence avec les intérêts de la prestation effectuée auprès de l’administration au cours des 5 dernières années,

L’entreprise va effectuer une prestation auprès d’un client dont les intérêts entreraient en interférence avec les intérêts de la prestation effectuée auprès de l’administration

L’entreprise dispose de participations financières directes dans le capital d’un organisme privé dont les intérêts pourraient interférer avec les intérêts de la prestation à effectuer

L’entreprise bénéficie de subventions publiques ou privées qui pourraient altérer son objectivité

Autre

Explications :

Je soussigné \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ certifie sur l’honneur l’exactitude des renseignements indiqués dans la présente déclaration.

En cas de conflit avéré, je déclare accepter les dispositions d’organisation qui seront prises par l’administration concernant les prestations en cours (retrait de la mission, supervision renforcée, etc.).

Fait le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature :

1. Organismes certificateurs habilités par la commission nationale du label « Services Publics+ » dont la liste est publiée sur le site internet de la Direction interministérielle de la Transformation publique [↑](#footnote-ref-1)