

ARTICLE

PUBLICATION DE LA CIRCULAIRE DGAFP/DSS DU 27 JUIN 2016

| 27/06/16 |



Publication de la **CIRCULAIRE DGAFP/DSS** du 27 juin 2016 relative à la procédure de référencement des organismes de protection sociale complémentaire des personnels des employeurs publics : confirmation du corpus juridique qui s'impose aux administrations de l'État et à leurs établissements publics ainsi qu'à tout organisme de référencement candidat.

La publication de la circulaire DGAFP/DSS le 27 juin 2016 a pour objectif d'explicitier les principes généraux du référencement **aux administrations de l'État et à leurs établissements publics** afin de leur permettre de bien comprendre les mécanismes en jeu au regard du financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels et de préparer au mieux la deuxième vague des futurs référencements prévue **fin 2016** (la première vague a été mise en oeuvre en 2009). Elle porte sur la méthodologie et les préconisations de préparation, de mise en oeuvre et de suivi de la procédure de référencement.

Cette circulaire confirme que l'ordonnance « marchés publics » n°2015-899 du 23 juillet 2015 n'impacte pas la définition et le mécanisme du référencement. Selon la DAJ, les conventions de **en effet, des marchés publics** au motif que « ces conventions de financement de prestations sociales complémentaires sont conclues par les employeurs publics aux fins de couvrir les besoins assuranciers de leur personnel. Elles n'ont pas pour objet de répondre à un besoin propre du pouvoir adjudicateur mais aux besoins de leurs agents ».

Le cadre réglementaire du dispositif de référencement

Cette circulaire se réfère donc exclusivement aux **règles du dispositif de référencement** qui entrent dans le champ d'application :

- la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires qui définit le caractère social et **l'étendue du champ de la protection sociale complémentaire** des agents publics des trois versants de la fonction publique ;
- le décret du 19 septembre 2007 relatif à la **participation de l'Etat** et de ses établissements publics **au financement de la protection sociale complémentaire** de leurs personnels qui, avec les 6 arrêtés du 19 décembre 2007, fixe les règles du régime d'aide. Ce dispositif dit « de référencement » consiste dans le versement a posteriori par l'Etat d'une aide attribuée à un organisme de référence ou répartie entre les organismes de référence sélectionnés après mise en concurrence. Le montant maximal de l'aide versée dépend de celui des **transferts effectifs de solidarité** mis en oeuvre par l'organisme de référence et au regard du nombre d'agents affiliés. (Rappelons que les agents contractuels de droit privé sont exclus du dispositif).

LES 7 DOCUMENTS JOINTS À LA CIRCULAIRE

Qui peut se porter candidat ?

- > Les mutuelles et unions mutuelles
- > Les institutions de prévoyance
- > Les entreprises d'assurances

A - LE CONTENU DES DOCUMENTS I, II, IV, VI ET VII

Le document n° I « les points clefs du référencement » présente les dispositions du décret du 19 décembre 2007 en explicitant, point par point, les mécanismes qui participent de la cohérence du dispositif. Parmi les éléments fondamentaux du référencement, la circulaire rappelle explicitement :

- Le caractère **facultatif de l'adhésion** des agents publics ;
- Le **couplage obligatoire** des risques « santé » et « prévoyance » : il n'est pas possible d'allotir la procédure d'appel à la concurrence dans ces domaines ;
- La couverture obligatoire des agents publics, **actifs comme retraités** : à noter que le terme « affiliés » est un terme général. Les terminologies « souscripteurs » et « adhérents » renvoient aux entreprises d'assurance et aux mutuelles et que, sur le fond, il n'y a pas de différence ;
- La sélection de l'organisme ou des organismes de référencement au terme d'une procédure ad hoc de **mise en concurrence** et sur la base de critères publiés respectant les principes de **transparence et de non-discrimination** ;

- **La limitation du montant de la participation au niveau des transferts de solidarité effectivement réalisés** par l'organisme de référence : cette limite constitue le plafond impératif réalisé.

Le document n° II « Aide à la définition du cahier des charges » présente les outils d'aide à la décision.

- En matière de couverture **santé**, ce document décrit plus particulièrement les critères constituant les contrats dits « responsables » qui doivent, dans tous les cas, être respectés par les offres qui seront sélectionnées au terme de la procédure, afin de participer à la politique de **maîtrise des dépenses de santé**. À titre indicatif, il présente également les différents **paniers de soins minimum** mis en place dans le cadre de l'aide à la complémentaire santé et des contrats de complémentaire santé collectifs obligatoires en entreprise.

- En matière de couverture **prévoyance**, la circulaire rappelle que les droits ouverts par les offres doivent s'ajuster aux garanties statutaires en les complétant.

Le document n° IV « Aide à la constitution des caractéristiques qualitatives et quantitatives de la population à couvrir » est un document-type qui permet de rassembler les données chiffrées et les caractéristiques qualitatives principales de la population des agents publics, nécessaires à la constitution économique d'une offre.

Le document n° VI « Un pilotage et un suivi renforcé du référencement » insiste sur le rôle essentiel du pilotage et du suivi que l'employeur public est tenu d'assurer tant en amont dans la phase de choix que pendant la période de référencement elle-même.

La participation de l'employeur public à la protection sociale complémentaire de ses personnels **est une aide d'État notifiée et acceptée par la Commission Européenne** en application de l'article 107, § 2, a du traité sur le fonctionnement de l'Union Européenne lequel dispose que sont compatibles avec le marché intérieur les aides à caractère social octroyées aux consommateurs individuels, à condition qu'elles soient octroyées sans discrimination liée à l'origine des produits.

En conséquence, à chaque étape de la procédure de mise en concurrence, les services de l'employeur public sont dans l'obligation d'informer la Direction de la sécurité sociale et la Direction générale de l'administration et de la fonction publique en transmettant les documents suivants : l'avis d'appel à la concurrence, le cahier des charges ainsi que la convention de référencement.

Le document VII concerne les modalités « *d'une parfaite information des agents* » sur leur protection sociale par l'employeur public, y compris des retraités.

B - LE CONTENU DES DOCUMENTS III ET V

Le document n° III « les étapes de la procédure de référencement » présente les modalités des 4 étapes de la procédure auxquelles doit se référer tout organisme de référencement candidat.

I - Phase de publication d'un appel public à la concurrence

L'organisme de référencement candidat doit prendre en compte :

▪ Le fait que l'appel public à la concurrence concerne un ou plusieurs organismes de référencement. **Ce choix dépend** des objectifs propres à **chaque employeur public** en fonction de **sa population et des risques spécifiques** identifiés pour certains segments de population, l'objectif pour ce dernier, étant d'offrir un choix varié aux agents, dans le cadre d'une **mutualisation offrant un effet qualité de couverture/prix intéressants** tout en assurant la viabilité du dispositif à long terme puisque la durée des conventions est de 7 ans.

Important :

- il convient de distinguer le référencement d'un ou plusieurs organismes des mécanismes d'association ou de réassurance mis en place par un organisme référencé.

Dans ce dernier cas, seul est référencé l'organisme qui a déposé une offre quels que soient les partenariats qu'il aurait conclus par ailleurs. Les partenaires de l'organisme de référence n'ont donc

pas la qualité d'organisme de référence.

- les différents organismes membres d'un groupement ou d'une association ne peuvent se présenter indépendamment à un même appel d'offres.

- la procédure ne comporte pas deux opérations (présentation de la candidature distincte de la présentation de l'offre) mais une seule et le décret n'autorise pas les employeurs publics concernés à limiter le nombre de candidats admis à présenter une offre. En d'autres termes, l'examen des offres débute par l'examen des garanties professionnelles, financières et prudentielles. L'offre est ensuite appréciée au regard des cinq critères prévus par l'article 9 du décret du 19 septembre 2007. L'ensemble des candidats ayant présenté des garanties satisfaisant aux niveaux minima devra voir son offre examinée.

- plusieurs établissements publics peuvent être associés à la même procédure de mise en concurrence que celle de leur ministère de tutelle.

▪ **La liste des services et des personnels entrant dans le référencement indiqué par l'entrepreneur public**, l'objectif pour ce dernier étant d'assurer une mutualisation des risques la plus importante possible afin de bénéficier d'un effet qualité de la couverture/prix intéressant pour le personnel. Ainsi, à titre d'exemple, il peut être souhaitable pour l'entrepreneur public que les services dont les populations sont âgées et dont les perspectives démographiques démontrent un vieillissement important en raison notamment du faible renouvellement des agents partant à la retraite, s'associent à des directions plus jeunes en vue d'assurer un meilleur équilibre démographique.

En conséquence, pour l'organisme candidat au référencement, les garanties « **santé** » et celles de « **prévoyance** » doivent être traitées ensemble. L'organisme candidat au référencement doit proposer une offre couvrant obligatoirement la totalité de ces deux « familles » dans les conditions définies par l'employeur public.

II - Phase de communication aux candidats

L'organisme au référencement candidat peut demander la communication des éléments quantitatifs et qualitatifs des garanties attendues par l'employeur public. Le décret du 19 septembre 2007 prévoit que les garanties éligibles à la participation financière de l'employeur public doivent **impérativement couvrir** les risques liés à la santé, à la **maternité** et à l'**incapacité de travail** ainsi que **tout ou partie** des risques liés à l'**invalidité et au décès**. Le choix de l'employeur public, en matière de couplage « santé » et « prévoyance » s'opère entre les combinaisons

suivantes :

- Le couplage intégral dans lequel l'intégralité des risques cités par le décret sont couverts par le référencement ;
- Le couplage partiel soit d'une couverture des risques liés à la santé, à la maternité et à l'incapacité auxquels s'ajoute la couverture du risque invalidité.

Il est préconisé à l'entrepreneur public de choisir un couplage intégral avec une option de base d'entrée au niveau des garanties minimales prévues par le décret du 19 septembre 2007. Il s'agit de tenir compte notamment du niveau de la couverture existante, de l'impact d'une couverture intégrale sur le niveau des cotisations et l'effort de participation financière consentie ou encore de l'effet prix induit par une forte mutualisation des risques à occurrence faible (par exemple : décès). À la demande des organismes candidats, l'employeur public peut adresser à chacun d'entre eux un document définissant les caractéristiques quantitatives et qualitatives de la population à couvrir et des prestations à proposer.

Important :

- la production de ces caractéristiques est donc une obligation pesant sur l'employeur public mais reste soumise à la demande des organismes candidats. Le document IV propose à l'employeur public une aide à la constitution de ces caractéristiques quantitatives et qualitatives des populations à couvrir.

- il peut également être prévu, dans la convention de référencement, une clause imposant à l'organisme référencé de produire des données qualitatives et quantitatives tout au long de la vie de cette convention.

- le référencement n'interdit pas à l'organisme candidat de proposer des garanties supplémentaires du champ retenu par l'employeur public notamment la couverture du **risque « dépendance »**. Cependant ces garanties ne font pas partie du dispositif solidaire et ne peuvent **pas donner lieu à une participation financière de l'employeur public**. Les tarifs correspondant à ces garanties supplémentaires doivent être clairement identifiées et proposés, à titre facultatif, aux adhérents ou souscripteurs. **Ils ne relèvent donc pas du référencement.**

III - Phase de remise des offres sur la base des critères précisés dans l'appel public à la concurrence

L'employeur public fonde son choix sur l'ensemble des critères de l'article 9 du décret du 19 septembre 2007.

Cet article **n'instaure pas de hiérarchisation des critères** et l'employeur public dispose d'une marge dans la détermination des pondérations, qui doivent apparaître dans l'avis d'appel public à la concurrence. L'utilisation de sous-critères n'est pas recommandée.

A - Il y a cinq critères de choix pour respecter le principe de transparence tels que définis par l'article 9 du décret du 19 septembre 2007 :

1° - Le rapport entre la qualité des garanties et le tarif proposé : le niveau de prix et des garanties doit être aligné avec le statut de la fonction publique. Une offre proposant un tarif attractif au titre de la première année d'adhésion ne doit pas conduire à une augmentation importante des cotisations des années suivantes. Il est donc préconisé à l'établissement public d'imposer à l'ensemble des candidats l'expression du prix en « toutes taxes comprises » et de faire apparaître l'ensemble des composantes du prix dont les frais de gestion et la répercussion de la participation financière de l'employeur public soit par adhérent ou souscripteur, soit par le bénéficiaire des transferts de solidarité.

2° - Le degré effectif de solidarité entre les adhérents ou souscripteurs, intergénérationnelle, familiale et en fonction de la rémunération. Il s'agit là d'un élément qui constitue **l'une des bases du caractère social** du dispositif de référencement. À ce titre une pondération significative doit lui être réservée. **La solidarité** se matérialise par une compensation de cotisation entre, **d'une part, les adhérents ou souscripteurs concentrant le moins de risques et, d'autre part, ceux concentrant le plus de risques.**

Il existe deux types de solidarité : les solidarités **intergénérationnelles** et les solidarités **familiales**. Pour permettre l'appréciation de ce critère, les candidats doivent transmettre dans leur offre les prévisions de transferts de solidarité qu'ils mettent en oeuvre. Plus les transferts sont élevés, plus la tarification de l'organisme candidat peut être qualifiée de « solidaire », sous réserve que **les transferts proposés soient réalistes** au regard des hypothèses retenues par l'organisme candidat **et de la soutenabilité économique de l'offre.**

Entrent également dans l'appréciation du degré effectif de solidarité, le **respect des règles suivantes** : **l'accès effectif des retraités** par des cotisations déconnectées du niveau de risque et dans le respect du rapport de 1 à 3 ; **la limitation du tarif des familles les plus nombreuses au niveau du tarif des familles de trois enfants** ; **l'intégration du niveau de rémunération** dans la détermination du niveau de cotisation afin d'assurer une solidarité entre les revenus. Dans ce cadre la solidarité en fonction de la rémunération peut être appréciée par la remise des transferts monétaires prévus en prévoyance entre les bas et les hauts revenus.

Les veufs et veuves ne sont pas concernés dans la prise en compte pour le calcul des transferts de solidarité intergénérationnelle. Cependant, **l'employeur public peut, après discussion avec l'organisme de référence désigné, convenir qu'ils soient rattachés au dispositif** et intégrer ces éléments dans la convention.

3° - La maîtrise financière du dispositif : Au-delà des garanties professionnelles, financières et prudentielles présentées par le candidat, ce critère vise à apprécier la viabilité financière de l'offre. À ce titre le candidat fournit un programme d'activité dans les conditions prévues par l'arrêté du 19 décembre 2007 relatif aux critères de choix des employeurs publics. À cet égard, **les limites maximales d'évolution de tarif figurant dans l'offre attestent également du degré de maîtrise financière, de la solidité** des mécanismes d'association et de réassurance présentés.

4° - Les moyens destinés à assurer une couverture effective des plus âgés et des plus exposés aux risques : à cet égard, **l'offre doit** présenter la stratégie de recrutement assortie d'**engagements tarifaires par âge**. Il s'agit de pouvoir apprécier la qualité de la stratégie au regard des populations spécifiques ainsi que les moyens mis en oeuvre pour assurer les contacts possibles entre l'organisme et les adhérents ou souscripteurs.

5° - Tout autre critère objectif respectant l'obligation de transparence et de nondiscrimination et adapté à la couverture de la population intéressée. (Par exemple, les conditions de la persistance de la couverture complémentaire des agents conduits à exercer des fonctions à l'étranger). En tout état de cause, **ce critère supplémentaire doit figurer dans l'appel public à la concurrence.**

B - La pondération recommandée dans la circulaire est la suivante :

- Rapport entre la qualité et le tarif proposé : 30% ;
- Degré effectif de solidarité entre les adhérents ou souscripteurs, intergénérationnelle, familiale et en fonction de la rémunération : 40% ;
- Maîtrise financière du dispositif : 25% ;
- Moyens destinés à assurer la couverture effective des plus âgés et des plus exposés aux risques : 5% ;
- Tout autre critère objectif : à déterminer en veillant à l'équilibre inter-critères.

C - Les modalités de publication de l'appel public à la concurrence :

L'avis d'appel public à la concurrence est publié sous le format prévu par l'arrêté du 19 décembre 2007. Cet avis peut être inséré dans une publication habilitée à recevoir des annonces légales ainsi que dans une publication spécialisée dans le domaine des assurances. Dès que le montant de la participation envisagée excède 100.000 euros, l'avis doit être publié également au journal officiel de l'Union européenne.


D - Le délai minimum de dépôt des offres est de 45 jours :

Il peut être plus long et doit en tout état de cause figurer dans l'appel public à la concurrence.

E - Le document n° V « Dossier de candidature type » :

Il s'agit d'un exemple de dossier de candidature susceptible d'être adapté et remis dans le dossier de consultation.

IV - Phase de signature et publication



La convention de référencement entre l'employeur public et l'organisme de référencement porte sur une durée de 7 ans qui peut être prolongée une fois pour une durée d'un an pour motif d'intérêt général (article 10 du décret du 19 septembre 2007).

Lorsque plusieurs organismes de référence sont sélectionnés, les conventions sont publiées dans le même temps.

En application de l'article 11 du décret du 19 septembre 2007, « *en cas de non-renouvellement de la convention* » ou si **l'employeur public constate qu'un organisme ne respecte plus les dispositions du décret, il lui retire la qualité d'organisme de référence.**
