

SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1989 - 1990

Annexe au procès-verbal de la séance du 25 octobre 1989.

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques,

Par M. Claude HURIET

Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : MM. Jean-Pierre Fourcade, président ; Louis Souvet, Marc Bœuf, Claude Huriet, Jacques Bimbenet, vice-présidents ; Hector Viron, Charles Descours, Guy Penne, Roger Lise, secrétaires ; MM. Jose Balareello, Jean Barras, Mme Marie-Claude Beaudou, MM. Henri Belcour, Jacques Bialski, André Bohl, Louis Boyer, Louis Brives, Jean-Pierre Cuntegrit, Jean Cherioux, Marcel Debarge, François Delga, Michel Doublet, Jean Dumont, Jean-Paul Emin, Roger Husson, André Jourdain, Paul Kauss, Philippe Labeyrie, Henri Le Breton, Marcel Lesbros, François Louisy, Pierre Louvot, Jacques Machet, Jean Madelain, Mme Hélène Missoffe, MM. Arthur Moulin, Albert Pen, Hubert Peyou, Louis Philibert, Claude Prouvoeur, Henri Revol, Roger Rigaudière, Guy Robert, Mme Nelly Rodi, MM. Gérard Roujas, Olivier Roux, Bernard Seillier, Franck Séruselat, René-Pierre Signé, Paul Souffrin, Pierre-Christian Taittinger, Martial Taugourdeau.

Voir le numéro :
Sénat : 474 (1988-1989)

Sécurité sociale.

SOMMAIRE

	Pages
TRAVAUX DE LA COMMISSION	5
EXPOSE GENERAL.	11
I - Le domaine de la prévoyance complémentaire	13
A - Une notion aux contours incertains	13
B - Une pluralité d'organismes et de formules	15
C - Le poids de la prévoyance complémentaire	18
D - La prévoyance complémentaire et le marché intérieur européen	20
II - Les lacunes de la réglementation	21
A - Les constatations du rapport Gisserot	21
B - L'évolution législative et réglementaire depuis 1985	26
III - Les orientations du projet de loi	28
A - Renforcer les garanties offertes aux assurés	28
B - Harmoniser le secteur de la prévoyance complémentaire	31
EXAMEN DES ARTICLES	33
TITRE PREMIER Dispositions communes aux opérations mises en oeuvre par les entreprises régies par le code des assurances, par les institutions relevant du titre III du Livre VII du code de la sécurité sociale et de la section 4 du chapitre II du titre II du Livre VII du code rural et par les mutuelles relevant du code de la mutualité	33
<i>Article premier</i> - Champ d'application du titre premier	33
<i>Art. 2</i> - Prise en charge des maladies antérieures dans le cadre de contrats ou conventions à adhésion obligatoire	35
<i>Art. 3</i> - Conditions dans lesquelles l'organisme peut refuser de prendre en charge les suites des maladies antérieures	38

	Pages
<i>Art 4</i> - Maintien de la couverture complémentaire au profit des anciens salariés et des ayants droit	40
<i>Art 5</i> - Garantie viagère	41
<i>Art 6</i> - Maintien des prestations en cours à la rupture du contrat	42
<i>Art 7</i> - Plafonnement des remboursements	44
TITRE II - Contrôle des institutions relevant du titre III du Livre VII du code de la sécurité sociale et de la section 4 du chapitre II du titre II du Livre VII du code rural et des mutuelles relevant du code de la mutualité	45
<i>Art 8</i> - Commission de contrôle des institutions de retraite ou de prévoyance complémentaire	45
<i>Art L. 732-10</i> du code de la sécurité sociale - Domaine d'intervention de la commission	46
<i>Art L. 732-11</i> - Missions de la commission de contrôle	46
<i>Art L. 732-12</i> - Composition de la commission de contrôle	47
<i>Art L. 732-13</i> - Modalités de contrôle	48
<i>Art L. 732-14</i> - Moyens de contrôle	49
<i>Art L. 732-15</i> - Relations avec les commissaires aux comptes	49
<i>Art L. 732-16</i> - Droit de suite	50
<i>Art L. 732-17</i> - Résultats des contrôles sur place	50
<i>Art L. 732-18</i> - Pouvoirs de mise en demeure et d'injonction	51
<i>Art L. 732-19</i> - Sanctions disciplinaires	51
<i>Art L. 732-20</i> - Délit d'entrave	52
<i>Art L. 732-21</i> - Coordination des contrôles	53
<i>Art L. 732-22</i> - Secret professionnel	53
<i>Art 9</i> - Contrôle des mutuelles	54
<i>Art 10</i> - Pouvoirs de la commission à l'égard des mutuelles	54
<i>Art 11</i> - Mesure d'ordre	55
<i>Art 12</i> - Sanctions disciplinaires à l'égard des mutuelles	55
<i>Art 13</i> - Procédure applicable aux mutuelles	55
<i>Art 14</i> - Délit d'entrave	56
TITRE III - DISPOSITIONS DIVERSES	57
<i>Art 15</i> - Dispositions relatives aux régimes complémentaires de retraite ou de prévoyance des salariés	57

	Pages
<i>Art. 16 - Autorisation de fonctionner des institutions de retraite ou de prévoyance complémentaire</i>	58
<i>Art. 17 - Dispositions relatives au fonctionnement des institutions de retraite ou de prévoyance</i>	59
<i>Art. 18 - Contrôle des commissaires aux comptes</i>	59
<i>Art. 19 - Institutions de retraite ou de prévoyance régies par le code rural</i>	60
<i>Art. 20 - Modalités d'adhésion à une mutuelle</i>	60
TITRE IV - DISPOSITIONS TRANSITOIRES	61
<i>Art. 21 - Modalités d'entrée en vigueur du titre premier</i>	61
<i>Art. 22 - Codification</i>	64
TABEAU COMPARATIF	65

TRAVAUX DE LA COMMISSION

La commission des Affaires sociales s'est réunie le mercredi 25 octobre 1989 sous la présidence de M. Louis Souvet, vice-président, pour examiner le projet de loi n° 474 (1988-1989) renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques.

M. Claude Huriet, rapporteur, a tout d'abord présenté le domaine de la prévoyance complémentaire, qui fait l'objet du projet de loi, en rappelant qu'il concernait les risques maladie-maternité, invalidité et décès, et qu'il voyait intervenir différents types d'organismes : compagnies d'assurance, mutuelles et institutions de prévoyance. Ce secteur représente environ 70 milliards de francs de prestations par an.

Il a ensuite rappelé que le rapport Gisserot, publié en 1985, avait constaté certaines situations abusives, qui tenaient aux possibilités de limiter les garanties offertes, à l'absence de règles de sécurité financière dans certains organismes et à la disparité de la législation applicable aux différents intervenants. Depuis le rapport Gisserot, un nouveau code de la mutualité a été voté, des décrets ont précisé les normes techniques applicables aux mutuelles et aux institutions de prévoyance, un projet de loi renforçant le contrôle des opérations d'assurance a été déposé.

Le projet de loi procède de la même démarche et s'inspire étroitement des propositions du rapport Gisserot.

Il prévoit l'instauration de règles communes aux trois intervenants concernés et institue une commission de contrôle des institutions de prévoyance et des mutuelles qui aura des missions comparables à la commission de contrôle des assurances.

Ce projet entend également soumettre les contrats à des règles minimales :

. les contrats de groupe devront prévoir la prise en charge des maladies contractées avant la souscription ; ils devront également préciser les conditions tarifaires qui seront offertes aux anciens salariés ou aux ayants droit d'un assuré décédé pour continuer à bénéficier d'une couverture complémentaire ;

. dans les contrats individuels, les possibilités de ne pas prendre en charge les suites d'une maladie antérieure seront limitées ;

. afin d'éviter les exclusions en cours de contrat, les organismes ne pourront effectuer de relèvement individuel de tarif à l'issue d'une période probatoire de deux ans ;

. les organismes seront tenus de constituer des provisions afin de garantir le maintien des prestations en cours en cas de rupture du contrat.

En conclusion, M. Claude Huriet a indiqué que les grandes lignes du projet de loi devaient être approuvées.

A la suite de la présentation du rapporteur, plusieurs commissaires sont intervenus.

M. Marc Boeuf a vivement approuvé le projet de loi et a estimé qu'il apporterait de notables améliorations sur des points précis : les risques d'interruption des prestations en cas de disparition de l'entreprise, la sécurité financière des opérations et les pratiques qui permettent actuellement le remboursement des soins au-delà des frais engagés.

M. Marcel Lesbros s'est interrogé sur les disparités des barèmes d'invalidité appliqués par les différents organismes assureurs.

M. Pierre Louvot a approuvé le texte, qui précise la réglementation et renforce les garanties.

M. Franck Sérusclat s'est demandé si la limitation des remboursements de soins s'appliquerait aux pharmacies mutualistes.

M. Jean Chérioux a souhaité savoir si les organismes assureurs pouvaient être tenus de réviser leurs tarifs en cas de modification des conditions de remboursement par la sécurité sociale.

En réponse à ces interventions, M. Claude Huriet a apporté les précisions suivantes :

. la détermination des barèmes d'invalidité n'entre pas dans l'objet du projet de loi et ne relève pas d'un texte législatif ;

. le plafonnement des remboursements, prévu par l'article 7, s'appliquera à tous les contrats, y compris ceux qui lient les adhérents à une pharmacie mutualiste ;

. la révision des tarifs relève de la responsabilité des parties contractantes.

La commission a ensuite procédé à l'examen des articles :

Elle a adopté l'article premier sans modification.

A l'article 2, après un débat auquel ont participé MM. Paul Souffrin, Franck Sérusclat, Guy Penne, Henri Belcour, Pierre Louvot, Bernard Seillier et Hector Viron, elle a adopté :

. un amendement rédactionnel ;

. un amendement substituant au terme "maladie" celui d'"état pathologique" qui permet de couvrir les accidents et les cas de séropositivité ;

. un amendement précisant que l'organisme demeure libre de refuser d'accorder sa garantie ;

. un amendement dérogeant au principe posé par l'article en cas de fausse déclaration de l'assuré.

A l'article 3, elle a adopté deux amendements de cohérence avec les amendements adoptés à l'article 2, puis un amendement précisant que lorsqu'il doit prouver l'antériorité de la maladie, l'organisme est tenu de respecter les règles relatives au secret médical.

L'article 4 a été adopté sans modification.

A l'article 5, la commission a adopté un amendement de cohérence puis un amendement portant de deux à trois ans la durée de la période probatoire préalable à l'intervention de la garantie viagère.

A l'article 6, elle a adopté un amendement de précision puis un amendement prévoyant que l'obligation de maintenir les rentes au niveau atteint ne fait pas obstacle aux révisions justifiées par l'évolution du taux d'invalidité.

Elle a adopté l'article 7 sans modification.

A l'article 8, relatif à la commission de contrôle des institutions de prévoyance et des mutuelles, elle a adopté :

. trois amendements rédactionnels ou de précision ;

. un amendement portant de cinq à six ans la durée du mandat des membres de la commission ;

. un amendement retirant au directeur de la sécurité sociale la qualité de membre de droit de la commission afin de prévoir son intervention en qualité de commissaire du Gouvernement ;

. deux amendements encadrant les pouvoirs de contrôle et de sanction de la commission.

En outre, sur ce même article, et après un débat auquel ont participé MM. Jean Chérioux, Marc Boeuf, Bernard Seillier, Franck Sérusclat, Charles Descours et Jean Madelain, elle a adopté un amendement transférant aux juridictions judiciaires le contentieux de la commission, le Sénat ayant adopté cette solution pour la commission de contrôle des assurances.

La commission a adopté l'article 9 sans modification puis l'article 10 sous réserve de deux amendements de coordination.

Elle a adopté l'article 11 sans modification.

Elle a adopté à l'article 12 un amendement de cohérence, ainsi qu'à l'article 13.

Elle a adopté les articles 14 et 15 sans modification.

A l'article 16, elle a adopté un amendement rédactionnel.

L'article 17 a été adopté sans modification.

A l'article 18, elle a adopté un amendement précisant les règles de nomination des commissaires aux comptes chargés de contrôler les institutions de prévoyance.

L'article 19 a été adopté sans modification.

L'article 20 a été adopté, sous réserve d'un amendement rédactionnel.

A l'article 21, elle a adopté un amendement de coordination puis un amendement dispensant de verser une indemnité de résiliation lorsqu'un nouvel organisme reprend les engagements après la rupture du contrat.

Elle a adopté l'article 22 sans modification.

La commission a ensuite adopté l'ensemble du projet de loi ainsi amendé.

Mesdames, Messieurs,

Ce projet de loi entend renforcer les garanties dont bénéficient les assurés dans les opérations de prévoyance complémentaire, c'est-à-dire les opérations concernant la couverture des risques maladie-maternité, invalidité et décès.

La prévoyance complémentaire constitue un volet relativement modeste de la protection sociale puisqu'elle représente à peine 5 % de ses dépenses. Elle est cependant appelée à jouer un rôle important dans la couverture sociale des français.

En effet, elle correspond à une nécessité dans un contexte d'accroissement continu des besoins de santé. Avec le développement des opérations collectives dans le cadre de l'entreprise, elle devient également un élément du statut salarial.

S'agissant d'une couverture facultative et d'organismes relevant du droit privé (compagnies d'assurance, mutuelles, institutions de prévoyance), l'intervention du législateur est traditionnellement peu fréquente dans le domaine de la prévoyance complémentaire.

Toutefois, la multiplicité d'organismes intervenant dans ce secteur sous des statuts différents et la grande diversité des produits qu'ils proposent n'ont pas toujours abouti à une meilleure protection des assurés.

Chargé d'étudier l'ensemble de ce secteur, un groupe de travail présidé par M. Pierre Gisserot a rendu, en 1985, un rapport

relevant l'insuffisance de la réglementation et le développement de situations anormales, soit que les garanties offertes aux assurés soient abusivement limitées, soit que les organismes interviennent dans des conditions de sécurité contestables, soit enfin que le régime social et fiscal appliqué à ces organismes et à leurs opérations connaisse des disparités injustifiées. A défaut d'être organisée selon des règles claires et applicables à tous, la concurrence s'exerce au détriment de l'assuré.

A la suite de ce rapport et des nombreuses propositions qu'il formulait, un certain nombre d'avancées législatives et réglementaires ont été réalisées.

Un nouveau code de la mutualité a été voté en 1985. Des décrets ont précisé, en 1988, les règles techniques de sécurité applicables aux mutuelles et aux institutions de prévoyance.

Enfin, un projet de loi relatif aux assurances, récemment adopté par le Sénat, instaure une commission de contrôle chargée de veiller aux opérations d'assurance et précise le régime des assurances de groupe.

Le présent projet de loi renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques procède de la même démarche.

Il n'entend nullement toucher au statut juridique des divers organismes de prévoyance, et respecte la spécificité de chacun d'entre eux, qui demeurent régis par des règles propres. Il ne modifie pas davantage le champ d'intervention de ces organismes.

Il vise à imposer un ensemble de règles minimales aux contrats de prévoyance, quel que soit l'organisme assureur, afin de mettre fin à certains abus et de clarifier les droits des assurés. Ces règles seront incluses, par un décret de codification, dans le code des assurances, le code de la sécurité sociale et le code de la mutualité. Il organise le contrôle, par une autorité indépendante, des intervenants du secteur social, mutuelles et institutions de

prévoyance, afin de veiller au respect des dispositions législatives et réglementaires et des règles de sécurité financière. Cette commission bénéficiera, dans son domaine de compétence, des mêmes prérogatives que la commission de contrôle des assurances.

Dans cette mesure, il constitue une avancée importante vers la transparence du secteur de la prévoyance complémentaire.

*

* *

I - LE DOMAINE DE LA PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE

Relativement modeste comparé à la protection sociale obligatoire, le domaine de la prévoyance complémentaire est souvent ignoré. Sa définition même épouse des contours mal définis, des organismes aux statuts fort divers y interviennent et son poids dans l'ensemble des dépenses sociales est difficile à évaluer. La clarification de ces notions est donc indispensable.

Par ailleurs, votre commission souhaite donner un bref aperçu de la situation de la prévoyance complémentaire face à l'ouverture du marché intérieur européen.

A. UNE NOTION AUX CONTOURS INCERTAINS

Bien qu'étant fréquemment utilisé, le terme de prévoyance ne fait l'objet d'aucune définition juridique précise. On le retrouve sous des acceptions différentes, dans le code des assurances, le code de la mutualité ou le code de la sécurité sociale. D'après certains de ces textes, les opérations d'épargne ou de retraite entreraient dans la prévoyance ; selon d'autres, elle ne comprendrait pas la couverture maladie.

Dans le langage courant toutefois, la prévoyance complémentaire vise trois types de risques : la maladie et la maternité, l'incapacité de travail et l'invalidité et enfin, le décès. Ainsi, les opérations de retraite sont distinctes de la prévoyance, les régimes complémentaires obéissant sur ce point à une réglementation très spécifique, puisque la loi les a rendus obligatoires.

Aussi, le champ d'application retenu par le projet de loi recouvre-t-il bien ce que l'on entend généralement par opérations de prévoyance.

. La prévoyance complémentaire en matière de maladie et de maternité

Elle a pour objet de compléter, en tout ou en partie, la couverture offerte par les régimes de base et permet la prise en charge du ticket modérateur à la charge de l'assuré pour les frais médicaux et pharmaceutiques, les frais d'hospitalisation et les frais d'appareillage.

Les contrats peuvent également prévoir le versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail dû à la maladie ou à la maternité. En effet, la plupart des régimes de base de salariés ne compensent qu'une partie de la part de salaire, les régimes de non-salariés ne versant quant à eux aucune indemnité journalière.

. La prévoyance complémentaire en matière d'incapacité de travail et d'invalidité

Cette garantie permet le versement d'indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire, ou de rentes en cas d'incapacité permanente, lorsque l'intéressé a été victime d'un accident du travail. En cas d'invalidité, elle prévoit le service d'une pension qui se poursuit, soit jusqu'à l'âge de la retraite, soit jusqu'à la cessation de l'état d'invalidité.

Ici encore, ces prestations viennent en complément des prestations de la sécurité sociale pour les salariés, alors que la protection de base des non-salariés n'a pas couvert ce type de risques (hormis l'invalidité pour les exploitants agricoles).

. La prévoyance complémentaire en matière de décès

La plupart des régimes de base de salariés prévoient le versement de capitaux décès.

Les organismes de prévoyance complémentaire garantissent quant à eux le service d'un capital ou d'une rente aux ayants-droits. Le bénéficiaire du capital est généralement le conjoint, à défaut les enfants ou les autres héritiers, ou encore toute autre personne désignée par l'assuré. L'assurance peut prévoir des garanties annexes comme la majoration du capital en cas d'accident, le reversement d'un capital aux enfants à charge en cas de décès du conjoint survivant ou la prise en charge des frais d'obsèques.

Les rentes du conjoint survivant permettent, soit de procurer un revenu en l'attente d'une pension de réversion, soit de compléter cette dernière. Des rentes peuvent également être versées aux enfants à charge, généralement en remplacement du capital, jusqu'à leur majorité ou jusqu'à la fin de leurs études.

B. UNE PLURALITE D'ORGANISMES ET DE FORMULES

Trois types d'organismes, régis par des statuts différents, interviennent dans le domaine de la prévoyance complémentaire et mettent en oeuvre des opérations qui peuvent être collectives ou individuelles.

**. Les organismes de prévoyance complémentaire :
compagnies d'assurance, mutuelles et institutions de
prévoyance**

Les compagnies d'assurance, au travers des opérations d'assurance de personnes, sont amenées à participer à la prévoyance complémentaire, certaines d'entre elles gérant déjà, il faut le rappeler, la protection sociale obligatoire des non-salariés et des exploitants agricoles.

Les entreprises régies par le code des assurances obéissent à des statuts juridiques très différents puisqu'il s'agit aussi bien de sociétés nationalisées que de sociétés anonymes soumises au régime des sociétés commerciales. Les sociétés étrangères agréées pour travailler en France sont également soumises à la législation française. Les sociétés à caractère mutuel, parmi lesquelles figurent les mutuelles agricoles, sont des sociétés civiles dans lesquelles chaque adhérent est également sociétaire, et ne redistribuent leurs excédents qu'aux sociétaires. Elles comportent des sous-catégories comme les sociétés mutuelles d'assurance, qui fonctionnent sans réseau d'intermédiaires rémunérés et s'adressent à des personnes répondant à un critère donné (régional ou professionnel), ou encore les sociétés à forme mutuelle.

Les mutuelles, groupements à but non lucratif, sont régies par le code de la mutualité qui a été rénové par la loi du 25 juillet 1985. A côté des mutuelles elles-mêmes, on distingue les caisses autonomes mutualistes, qui n'ont pas de personnalité juridique distincte de la mutuelle qui les a créées, mais qui ont pour vocation de gérer les risques donnant lieu à des prestations de plus d'un an et qui, de ce fait, sont soumises à des contraintes particulières.

Les institutions de prévoyance constituent la troisième catégorie et représentent une spécificité française. Appelées communément "institutions L 4" en raison de l'article du code de la sécurité sociale qui les régissait, devenues "institutions L. 731-1" avec le nouveau code, ce sont également des organismes à but non lucratif qui ont la particularité d'être créés dans le cadre professionnel ou interprofessionnel et d'être gérés paritairement par les partenaires sociaux, leur conseil d'administration doit en effet comporter au moins pour moitié des représentants des salariés. Les institutions de

l'article L. 731-1 gèrent essentiellement les régimes de retraite complémentaire, mais leur vocation très étendue les conduit également à intervenir dans la prévoyance. Elles sont régies par le code de la sécurité sociale ou par l'article 1050 du code rural lorsqu'il s'agit de salariés agricoles.

La création des institutions de prévoyance est soumise à l'autorisation de l'autorité administrative. Elle intervient, soit à la suite d'une convention ou d'un accord collectif, soit d'un accord d'entreprise ratifié par la majorité des salariés ou encore à la suite d'une décision du chef d'entreprise.

Les institutions de prévoyance sont de taille très variable. Elles peuvent couvrir un champ interprofessionnel (par exemple la caisse interprofessionnelle de prévoyance des cadres), une profession (caisse du bâtiment et des travaux publics, caisse de prévoyance du personnel des organismes sociaux et similaires, institution de retraites et de prévoyance des V.R.P.) ou une entreprise (caisse de prévoyance du personnel de la BNP, caisse de prévoyance du Crédit du Nord).

. Les opérations de prévoyance

Elles sont individuelles ou collectives. Les mutuelles sont plutôt spécialisées dans les opérations individuelles et les institutions de prévoyance dans les opérations collectives. Les compagnies d'assurance interviennent dans les deux types d'opérations.

Les contrats d'assurance collectifs, appelés également assurances de groupe, peuvent être à adhésion obligatoire ou facultative. L'adhésion est obligatoire lorsqu'elle est mise en oeuvre dans le cadre d'une convention ou d'un accord collectif, ou à la suite de la ratification par la majorité des salariés d'un projet d'accord d'entreprise. Lorsque le contrat de prévoyance couvrant les salariés d'une entreprise est souscrit sur la seule initiative de l'employeur, l'adhésion est obligatoire pour les salariés embauchés après la souscription, les salariés en fonction pouvant refuser d'être couverts et d'acquiescer les cotisations.

Il existe également des contrats collectifs à adhésion facultative, par exemple les opérations d'assurance collective en garantie d'emprunts immobiliers.

En matière de prévoyance collective des salariés, le code de la sécurité sociale a confié un monopole de la protection complémentaire aux institutions de prévoyance dites "L 4" (ou L. 731-1) et aux mutuelles, ces dernières intervenant assez peu en ce domaine. Toutefois, les institutions de prévoyance peuvent faire assurer directement leurs prestations par une compagnie d'assurance.

C. LE POIDS DE LA PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE

L'éclatement des organismes assureurs et la multiplicité des types d'opérations menées rendent bien difficile l'appréciation du poids de la prévoyance complémentaire.

. Les personnes couvertes par la prévoyance complémentaire

Une récente enquête du ministère des affaires sociales portant sur la couverture maladie, fait apparaître un développement rapide de la protection complémentaire au cours des dernières décennies.

La part de la population bénéficiant d'une couverture complémentaire est passée de 30 % en 1960, à 49 % en 1970 et à 68 % en 1980. Pour la population adulte, le chiffre atteignait plus de 77 % en 1987.

Le nombre de personnes couvertes par chacun des intervenants ne peut faire l'objet que d'une évaluation. Les mutuelles maladie couvriraient 28 millions de personnes. Les contrats

d'assurance maladie souscrits auprès des compagnies d'assurance concerneraient 10 millions de personnes (dont 3,5 millions d'assurés individuels).

. Le poids financier de la prévoyance complémentaire

D'après les renseignements fournis par le ministre des affaires sociales, et avec les réserves qui tiennent à l'hétérogénéité des sources d'information, on peut avancer les chiffres suivants qui remontent à l'année 1986 :

. les primes ou cotisations encaissées par les organismes de prévoyance se monteraient à près de 88 milliards de francs (48 milliards pour les assurances, 30 pour les mutuelles et 10 pour les institutions de prévoyance) ;

. les prestations versées (et, pour les assurances, les provisions) se monteraient à 75 milliards de francs (41 pour les assurances, 25 pour les mutuelles et 9 pour les institutions de prévoyance). A titre indicatif, la même année, les dépenses de maladie, maternité, invalidité et décès de l'ensemble des régimes de base atteignaient 402 milliards de francs.

Il ressort de ces statistiques que le "marché" de la prévoyance complémentaire se partage comme suit : 54 % pour les assurances, 34 % pour les mutuelles et 12 % pour les institutions de prévoyance. Mais la part de l'activité de prévoyance dans l'activité totale des organismes donne une vision quelque peu différente. Les mutuelles se trouvent être les plus concernées : près de 80 % de leur activité résulte de la prévoyance. Le chiffre tombe à 18 % pour les compagnies d'assurance. Enfin, les institutions "L 4" sont surtout spécialisées sur la retraite complémentaire et ne réalisent que 7,5 % de leur activité en prévoyance.

Dans l'ensemble de la prévoyance complémentaire, quelle est la part de l'assurance individuelle et la part des contrats mis en place dans le cadre de l'entreprise ?

Globalement, le tiers de la prévoyance complémentaire relève du contrat collectif d'entreprise. C'est le cas de la quasi-totalité des contrats souscrits auprès des institutions de prévoyance. La proportion est en revanche infime pour les mutuelles (moins de 5 %). Pour les assurances, les contrats de groupe d'entreprise représentent 40 % des primes reçues.

Enfin, la spécialisation apparaît également quant aux risques couverts. L'assurance décès relève principalement des compagnies d'assurance alors que les prestations maladie versées par ces dernières représentent à peine la moitié de celles des mutuelles.

D. LA PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE ET LE MARCHÉ INTÉRIEUR EUROPÉEN

La pluralité des organismes de prévoyance dans le cadre national ne doit pas faire perdre de vue la concurrence au niveau européen.

La diversité d'organisation des régimes de sécurité sociale dans les pays de la communauté ne peut que s'amplifier lorsqu'il s'agit de prévoyance complémentaire. Par ailleurs, si une coordination entre régimes européens s'ébauche en ce qui concerne les garanties de base, elle est inexistante et serait d'ailleurs difficile à mettre en place, en matière de prévoyance complémentaire.

Il serait certes souhaitable que les régimes obligatoires comme les couvertures complémentaires des différents pays membre ne soient pas trop éloignés, afin d'apporter des garanties comparables aux assurés et de ne pas créer de distorsions de concurrence. Pour des raisons tant historiques que techniques, cet objectif n'est pas à l'ordre du jour.

Beaucoup plus concrète est la question de savoir comment la concurrence d'organismes européens d'assurance s'exercera sur notre sol.

Il faut tout d'abord rappeler que les organismes étrangers qui ont un établissement en France sont soumis, en ce qui concerne le droit applicable aux contrats passés en France, aux mêmes règles que les organismes français.

Les organismes établis dans d'autres Etats membres de la C.E.E. qui n'ont pas d'établissement sur le territoire national peuvent intervenir en France dans le cadre de la libre prestation de service. La directive n° 88/357/CEE du 22 juin 1988 concernant la libre prestation de service en assurances dommages pose le principe général de l'application de la législation du lieu où se situe le risque. Ainsi, pour les risques situés en France, c'est la loi française qui s'appliquera. La loi étrangère ne peut prévaloir que lorsque le risque se situe dans plusieurs Etats : l'assuré choisit alors la législation applicable au contrat.

II - LES LACUNES DE LA REGLEMENTATION

Mises en oeuvre par des organismes relevant de législations différentes, les opérations de prévoyance complémentaire ne s'exercent pas toujours dans des conditions de parfaite transparence ou de concurrence loyale. Cette constatation mise en lumière par le rapport Gisserot en 1985 demeure d'actualité bien que certains correctifs aient déjà été apportés.

A. LES CONSTATATIONS DU RAPPORT GISSEROT

L'objectif essentiel du groupe de travail présidé par M. Pierre Gisserot était de rechercher les moyens de mettre en place les conditions d'une concurrence loyale entre les différents intervenants de la prévoyance complémentaire.

. Le débat sur la concurrence ou le monopole

La présence d'une pluralité d'intervenants sur le secteur de la prévoyance complémentaire a longtemps fait l'objet de débats.

Le rapport Morisot déposé en 1984 en prélude à la réforme du code de la mutualité posait très clairement la question d'un éventuel monopole de la mutualité sur la couverture maladie. Il écartait cependant une telle hypothèse qui aurait impliqué le retrait des compagnies d'assurance d'un domaine où elles interviennent depuis longtemps. Par ailleurs, ce monopole n'aurait guère été compatible avec l'intégration européenne car on voit mal comment la législation nationale aurait pu s'opposer à l'intervention d'organismes étrangers.

Le rapport Gisserot se place lui aussi dans la perspective d'une concurrence entre organismes.

L'intensité de la concurrence doit s'apprécier en gardant présentes à l'esprit les spécificités de chaque type d'intervenant : les mutuelles s'intéressent surtout à la protection individuelle maladie, les institutions de prévoyance interviennent quasi-exclusivement sur les contrats collectifs mais ne contrôlent que 12 % du marché. Seules les compagnies d'assurance ont une activité réellement diversifiée, intervenant aussi bien dans la protection individuelle que collective, pour le risque maladie comme pour le risque décès.

Mais l'augmentation continue des dépenses de santé, alors que la garantie de base offerte par la sécurité sociale ne peut être indéfiniment étendue, entraîne nécessairement un fort développement des opérations de prévoyance complémentaire. Dans ces conditions, la concurrence ne peut que s'amplifier.

En reconnaissant le principe de concurrence, le rapport Gisserot ne souhaitait pas pour autant laisser le champ libre à n'importe quelle pratique. Dans cette optique, il préconisait d'instaurer des règles identiques pour les trois types d'organismes

afin de les placer sur un pied d'égalité mais aussi de protéger les assurés face à des pratiques contestables. Ces propositions s'appuyaient sur le constat d'une réelle insuffisance de la réglementation.

. Les contrats collectifs.

S'intéressant aux contrats de groupe, le rapport Gisserot relève deux types principaux d'anomalies.

Certains contrats de groupe excluent totalement ou partiellement des assurés de la garantie, ce qui n'est guère normal dans la mesure où le caractère collectif de la protection devrait permettre de répartir le risque sur un grand nombre de personnes.

Dans le même ordre d'idée, le rapport juge critiquable qu'il ne soit rien prévu en faveur des personnes qui perdent leur lien avec l'entreprise dans des circonstances spécifiques. Ainsi, la veuve d'un salarié perd sa qualité d'ayant droit et se trouve du jour au lendemain privée de couverture complémentaire. Elle doit alors se retourner vers une mutuelle ou une compagnie d'assurance en vue d'une adhésion individuelle, dont les tarifs sont évidemment plus élevés. Un problème analogue se pose pour les anciens salariés devenus préretraités, retraités ou chômeurs. Faute d'avoir été aménagé, le passage de la couverture collective à la couverture individuelle implique de tels relèvements de tarifs que certains assurés ne sont pas en mesure d'y faire face.

La deuxième lacune de la réglementation des contrats collectifs concerne le risque très réel d'interruption des prestations lorsque le lien entre l'entreprise et l'assureur est rompu, par exemple en cas de résiliation ou de disparition de l'entreprise. Le problème se pose pour les régimes gérés selon la technique de la répartition, ce qui est le cas de beaucoup d'institutions de prévoyance.

Dans de tels cas, les prestations en cours (rentes ou pensions) peuvent être partiellement ou totalement supprimées, à moins que l'entreprise ne verse une indemnité de résiliation. Le

rapport signale même qu'il arrive d'exiger l'indemnité de résiliation sans pour autant que les prestations soient maintenues.

Le système de l'indemnité de résiliation cumule les inconvénients. En effet, si l'entreprise est défaillante et n'est pas en mesure d'acquitter l'indemnité, les prestations ne sont plus versées. D'autre part, par rapport aux organismes qui constituent des provisions, ceux qui pratiquent la répartition bénéficient d'un avantage injustifié puisqu'ils peuvent proposer des tarifs plus modérés. Cet avantage tarifaire est cependant illusoire pour l'entreprise puisqu'il correspond à une garantie moindre quant au maintien des prestations en cours. L'obligation de régler une indemnité de résiliation empêche par ailleurs l'entreprise de changer d'assureur.

. Les contrats individuels

Les problèmes tenant aux contrats individuels sont liés à la sélection des risques, que tous les organismes s'accusent mutuellement de pratiquer : sélection selon l'âge ou selon les conditions de santé.

Si certains contrats pratiquent la **garantie viagère**, c'est-à-dire le maintien des conditions tarifaires à l'issue d'une période probatoire de durée limitée, d'autres autorisent des relèvements de tarifs au vu de l'augmentation de la consommation médicale. Les augmentations excessives peuvent aboutir à l'exclusion de fait des assurés dont la santé est la plus précaire.

Si certains "mauvais risques" peuvent être abusivement pénalisés, il arrive que la course aux "bons risques" donne lieu à une véritable surenchère commerciale. La garantie proposée peut alors dépasser le montant des frais engagés par l'assuré. De telles pratiques qui incitent à la consommation de soins font figure, pour le rapport, d'un véritable dévoiement de la concurrence.

. Les règles techniques et le contrôle des organismes

C'est sans doute dans ce domaine que l'hétérogénéité du secteur de la prévoyance est la plus grande. Soumis à des statuts différents, régis par des droits différents, les organismes ne remplissent pas les mêmes obligations.

Si la réglementation et le contrôle des compagnies d'assurance est relativement précis, il n'en est pas de même des institutions du secteur social. Le rapport Gisserot déplore l'inexistence de plans comptables véritablement homogènes. Il souligne les risques tenant à l'utilisation des réserves dont disposent ces organismes, soit que les placements restent trop liquides, soit qu'ils s'orientent vers des secteurs trop exposés. Enfin, les institutions du secteur social ont longtemps ignoré la nécessité de respecter des marges de solvabilité ou de sécurité, qui doivent être les garanties de leurs engagements.

Cette hétérogénéité tient à la grande différence de nature et de taille des organismes : sociétés commerciales ou groupements à but non lucratif, grandes compagnies ou mutuelles locales. Toutefois, cette disparité nuit à la protection de l'assuré et elle ne se justifie plus à partir du moment où les divers organismes prétendent intervenir dans le même type d'opérations.

. Les disparités sociales et fiscales

Faut-il déduire les cotisations au titre d'opérations facultatives de prévoyance du revenu imposable et de l'assiette des cotisations sociales ? Aucune réponse claire et cohérente n'a jusqu'à présent été donnée par les législations fiscale et sociale. Toutefois, ce n'est pas sur ce point que les disparités de traitement sont les plus accusées.

Le caractère lucratif ou non lucratif de l'organisme détermine en partie le régime fiscal qui lui est appliqué. Mais la distinction n'est pas toujours facile à établir, par exemple en ce qui

concerne les sociétés mutuelles d'assurance, qui doivent répondre à des critères précis pour bénéficier de la fiscalité des organismes à but non lucratif.

Moins justifiées sont les disparités de traitement fiscal affectant les produits proposés par les organismes. Certains parlent ici de véritable distorsion de concurrence dans la mesure où des produits rigoureusement identiques seront différemment taxés en fonction du statut de l'organisme assureur.

Ainsi, les contrats individuels de prévoyance portant sur la maladie, l'incapacité et l'invalidité sont soumis à une taxe fiscale de 9 % lorsqu'ils sont souscrits auprès d'une compagnie d'assurance. Ils sont exonérés de cette taxe s'il s'agit de mutuelles. Le problème est identique en cas d'assurance collective. Le rapport Gisserot considérait cette situation comme une anomalie et préconisait la neutralité fiscale. Le Gouvernement ne semble pas partager ce point de vue puisque lors de la discussion du projet de loi relatif aux assurances, il s'est déclaré attaché au maintien des avantages fiscaux attribués aux mutuelles.

B. L'EVOLUTION LEGISLATIVE ET REGLEMENTAIRE DEPUIS 1985

A la suite du rapport Morisot, la loi du 25 juillet 1985 a modernisé le code de la mutualité. Tout en consacrant la spécificité de la mutualité, le code se place dans la perspective de la concurrence entre organismes de prévoyance complémentaire.

Les mutuelles se voient officiellement reconnaître le droit de participer à des opérations de prévoyance collective, les ressortissants du groupe assuré étant considérés comme adhérents à titre individuel de la mutuelle. Cette disposition entraîne une double conséquence : tous ceux qui souscrivent une assurance auprès d'une mutuelle disposent d'un droit de regard identique, en leur qualité d'adhérent, qu'ils soient couverts individuellement ou partie à un contrat de groupe ; les assurés peuvent rester membres de la mutuelle même s'il est mis fin à l'adhésion collective ou s'ils cessent d'appartenir au groupe de personnes couvertes collectivement.

Le nouveau code modernise également les règles de fonctionnement interne et les modalités de contrôle des mutuelles. Il prévoit, dans les mutuelles les plus importantes, l'intervention d'un commissaire aux comptes. Par ailleurs, les mutuelles sont tenues de disposer d'une marge financière de sécurité fixée à 10 % des cotisations nettes de réassurance. Si elles assurent une couverture sociale pour au moins 3 500 personnes ou si elles gèrent une caisse autonome, elles doivent se garantir auprès d'un système de garantie fédéral.

Un décret du 5 mai 1988 pose par ailleurs un certain nombre de règles précises relatives aux caisses autonomes mutualistes. Il énumère les risques que celles-ci sont autorisées à gérer et prévoit des conditions minimales de fonctionnement sur le critère du montant du fonds d'établissement et du nombre d'adhérents. Le décret précise les obligations réciproques de la caisse autonome et des adhérents. Il prévoit que l'adhérent individuel reçoit un exemplaire de son contrat et que tout adhérent dans le cadre d'un contrat collectif doit se voir remettre une notice explicative détaillée. Tout adhérent a le droit de dénoncer son contrat à condition de respecter un délai de préavis qui ne peut excéder trois mois.

En ce qui concerne les institutions de prévoyance, un décret du 18 décembre 1987 a renforcé les règles financières de sécurité relatives aux placements effectués par ces institutions. Deux décrets du 6 mai 1988 ont par ailleurs précisé leurs règles de fonctionnement. Les organismes sont notamment tenus de pouvoir garantir à tous moments leurs engagements et donc de constituer des capitaux de couverture. L'information et les droits des assurés sont également précisés, toute personne ayant signé un contrat visant à lui offrir un avantage individuel de prévoyance ayant la faculté d'y renoncer dans les trente jours qui suivent le premier versement. L'institution est quant à elle tenue de remettre une notice explicative reprenant les dispositions essentielles du contrat et faisant notamment mention de la faculté de renonciation.

Ces textes réglementaires vont dans le sens des propositions du rapport Gisserot, qui visaient à clarifier la pratique des contrats de groupe.

Toutefois, depuis 1985, aucune initiative d'ensemble n'avait permis d'imposer aux trois intervenants un corps de règles communes ayant pour objet de réduire les distorsions de concurrence en permettant une meilleure protection des assurés. Le projet de loi rédigé peu après la publication du rapport Gisserot ne fut jamais inscrit à l'ordre du jour du Parlement. Le présent projet le reprend en partie, en l'étoffant de dispositions nouvelles relatives au contrôle des institutions du secteur social.

III - LES ORIENTATIONS DU PROJET DE LOI

Le projet de loi ne constitue pas une réforme d'ensemble de la protection sociale complémentaire. En premier lieu, il s'attache exclusivement aux opérations de prévoyance et ne concerne donc pas les régimes de retraite complémentaire. Par ailleurs, il ne modifie en rien le statut de chaque type d'organisme ou le champ d'intervention de ceux-ci. Enfin, le domaine de la fiscalité n'est pas abordé, le Gouvernement ne souhaitant visiblement pas remettre en cause le régime fiscal des mutuelles.

L'objectif du Gouvernement demeure donc limité et sa démarche, inspirée par les conclusions du rapport Gisserot, procède d'un double souci :

- . renforcer les garanties offertes aux assurés,
- harmoniser le secteur de la concurrence.

A - RENFORCER LES GARANTIES OFFERTES AUX ASSURES

La plupart des dispositions du projet de loi reprennent les propositions du rapport Gisserot en les appliquant aux contrats souscrits auprès des trois types d'organismes.

. Les contrats de groupe

Le projet de loi apporte trois innovations importantes qui concernent les contrats de groupe conclus dans le cadre de l'entreprise.

L'article 2 oblige l'assureur à prendre en charge les suites de maladies contractées avant la souscription du contrat. Ainsi, une fois que l'organisme a accepté d'assurer le groupe, il ne pourrait plus exclure abusivement un assuré au motif que la maladie s'est déclarée avant d'avoir souscrit la couverture.

L'article 4 concerne le maintien de la couverture complémentaire au profit des anciens salariés devenus chômeurs, préretraités ou retraités et des ayants-droit d'un salarié décédé. Le projet ne détermine pas les conditions précises de leur prise en charge. Il renvoie ce point au contrat de groupe. En effet, le contrat de groupe devra obligatoirement contenir une clause dans laquelle seront définies les conditions tarifaires proposées aux anciens salariés ou aux ayants-droit qui décideront de souscrire auprès de l'organisme un contrat individuel.

L'article 6 généralise le principe de la constitution de provisions afin de garantir le maintien des prestations au niveau atteint en cas de rupture du contrat. L'obligation de maintenir les rentes s'appliquera dès la promulgation de la loi à tous les contrats en cours ou à venir. En revanche, l'obligation de constituer des provisions sera assortie d'une période transitoire, afin de ne pas imposer une surcharge financière insupportable pour certains organismes. Pendant cette période transitoire, le système de l'indemnité de résiliation sera maintenu.

. Les contrats individuels

En cas de contrat individuel, l'article 3 autorise l'organisme assureur à ne pas prendre en charge les suites d'une maladie antérieure. Une telle obligation pourrait en effet conduire à proposer des tarifs très élevés aboutissant à exclusion de fait certaines personnes de la couverture complémentaire. L'assureur devra en revanche préciser dans les clauses particulières du contrat, la ou les maladies dont l'assuré est atteint et dont les suites ne seront pas couvertes. Les garanties ne pourront donc être limitées qu'après en avoir clairement informé l'assuré. Par ailleurs, il sera mis fin à la situation actuelle, qui oblige fréquemment l'assuré à prouver que la maladie dont il est atteint est postérieure à la souscription du contrat. Le texte prévoit en effet un renversement de la charge de la preuve. Votre commission souhaite rappeler à ce sujet que la plus grande vigilance s'impose en matière de respect du secret médical. Il ne saurait être question d'utiliser tous moyens pour administrer la preuve de l'antériorité de la maladie.

L'article 5 instaure quant à lui le mécanisme de la garantie viagère proposé par le rapport Gisserot. Passée une période probatoire de deux ans, l'assureur ne pourra invoquer l'état de santé ou la consommation médicale de l'assuré pour relever les tarifs. L'assuré devrait ainsi se trouver à l'abri de relèvements abusifs ou excessifs de tarif et ne subira que les augmentations normales appliquées à l'ensemble des assurés ayant souscrit le même type de garantie.

. La limitation de la garantie

L'article 7 pose le principe de la limitation absolue de la garantie au montant des frais engagés par l'assuré. Cette mesure, applicable aux contrats en cours et à venir, devrait mettre fin aux pratiques de remboursements supérieurs aux dépenses à la charge de l'assuré.

B - HARMONISER LE SECTEUR DE LA PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE

Les règles protectrices des assurés, définies au titre premier, seront introduites dans le code des assurances, dans le code de la sécurité sociale et dans le code de la mutualité. Elles s'appliqueront donc à tous les organismes, quel que soit leur statut. C'est un premier élément d'harmonisation, qui va dans le sens de la concurrence organisée et loyale prônée par le rapport Gisserot.

Le titre premier met fin à des distorsions de concurrence qui tiennent aux pratiques commerciales (remboursements supérieurs aux frais) ou à l'étendue de la garantie. L'obligation de constituer des provisions, généralisée à tous les organismes, devrait placer ces derniers dans des conditions tarifaires identiques et supprimer le système injuste et inefficace des indemnités de résiliation. Il en résultera une plus grande "fluidité du marché" puisqu'il sera désormais plus facile de changer d'organisme assureur.

La création d'une commission de contrôle des institutions de prévoyance et des mutuelles va également dans le sens de l'harmonisation. Cette commission obéit à des règles de nomination et de fonctionnement identiques de la commission de contrôle des assurances. C'est une autorité indépendante de toute hiérarchie administrative puisque ses membres, choisis dans les grands corps de l'Etat et parmi les personnalités qualifiées, une fois nommés, ne peuvent être révoqués.

La commission dispose de moyens d'investigation importants et notamment la possibilité de faire effectuer des contrôles sur pièces et sur place. Elle bénéficie d'un droit d'accès très large aux documents comptables et financiers des organismes surveillés.

Lorsqu'elle décèle des pratiques contraires à la protection des assurés ou à l'intérêt financier des organismes, elle a les moyens d'y mettre fin et de faire prendre les mesures appropriées.

Certes, la compétence de la commission de contrôle reste limitée aux institutions de prévoyance et aux mutuelles. Cette position semble d'ailleurs réaliste compte tenu des spécificités importantes qui s'attachent aux organismes du secteur social et qu'il ne faut pas méconnaître. Il est cependant prévu que les deux commissions de contrôle échangent des informations ou tiennent des réunions communes. Dans la même optique, votre commission estime qu'il est important que le contentieux des décisions des deux commissions soit confié à une seule juridiction et ce afin d'éviter les conflits de jurisprudence.

Enfin, toujours dans une perspective d'harmonisation, l'article 18 oblige les institutions de prévoyance à recourir à un commissaire aux comptes, ce qui est déjà le cas pour les mutuelles et les compagnies d'assurance.

Le respect des statuts et de la démarche propre à chaque catégorie d'organisme excluait un alignement pur et simple de la législation qui leur est applicable. Par ailleurs, il n'était guère souhaitable de proposer une réglementation détaillée et rigide, dans un domaine où l'assurance demeure facultative et où la liberté des cocontractants doit être la règle. Un rapprochement progressif, déterminant un socle minimal de règles communes était cependant indispensable. C'est l'objet du texte proposé.

La commission a souscrit aux objectifs généraux de ce projet de loi. Elle l'a adopté sous réserve de quelques amendements de précision qu'elle vous exposera dans l'examen de chaque article.

EXAMEN DES ARTICLES

TITRE PREMIER

**DISPOSITIONS COMMUNES AUX OPÉRATIONS
MISES EN OEUVRE PAR LES ENTREPRISES RÉGIES PAR
LE CODE DES ASSURANCES, PAR LES INSTITUTIONS
RELEVANT DU TITRE III DU LIVRE VII DU CODE DE LA
SÉCURITÉ SOCIALE ET DE LA SECTION 4 DU CHAPITRE II
DU TITRE II DU LIVRE VII DU CODE RURAL ET PAR
LES MUTUELLES RELEVANT DU CODE DE LA MUTUALITÉ.**

Article premier

Champ d'application du titre premier

L'article premier définit le champ d'application du titre premier, qui regroupe les dispositions communes aux trois types d'organismes intervenant dans le domaine de la protection sociale complémentaire :

. les entreprises régies par le code des assurances, qui comprennent des sociétés anonymes nationalisées ou privées, et des sociétés à caractère mutuel,

. les institutions de prévoyance, organismes à but non lucratif gérés paritairement par les partenaires sociaux, régies par le code de la sécurité sociale ou, le cas échéant, par le code rural,

. les mutuelles, régies par le code de la mutualité.

Le titre premier concerne quatre catégories de risques, que l'on désigne généralement sous le terme d'opérations de prévoyance :

- . le risque décès,**
- . les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne, ou liés à la maternité,**
- . le risque d'incapacité de travail,**
- . le risque d'invalidité.**

Le risque décès peut donner lieu au versement d'un capital décès au conjoint survivant, aux enfants, à toute personne désignée par l'assuré ou, en l'absence de désignation, aux héritiers. Il peut également comporter le versement d'une rente au conjoint survivant ou aux enfants jusqu'à leur majorité ou la fin de leurs études.

Les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité correspondent aux prestations en nature pour maladie ou maternité : remboursement de frais liés à des soins médicaux, paramédicaux, hospitaliers ou dentaires, des frais de prothèse et d'appareillage, d'analyse et de transport, que ces frais aient été occasionnés par la survenance d'une maladie ou d'un accident ou encore résultent d'une maternité.

Le risque d'incapacité de travail concerne l'assuré se trouvant dans l'incapacité physique médicalement constatée de travailler. Il donne lieu au maintien, total ou partiel, du revenu de l'assuré par le versement d'indemnités journalières dans des conditions prédéterminées (franchise, taux et durée de la prestation).

Le risque d'invalidité donne lieu au service d'une pension, lorsque la réduction de la capacité de travail est considérée comme stabilisée. Les versements se poursuivent jusqu'à la fin de l'état d'invalidité ou à l'entrée en jouissance d'une pension de retraite.

Les opérations de retraite ne sont donc pas visées par le titre premier, ainsi que le versement de primes de fin de carrière ou d'indemnités complémentaires en cas de chômage.

Votre commission vous propose d'adopter l'article premier sans modification.

Art. 2

Prise en charge des maladies antérieures dans le cadre de contrats ou conventions à adhésion obligatoire

Le projet de loi entend préciser les conditions dans lesquelles sont prises en charge les suites de maladies contractées antérieurement à la souscription du contrat ou à l'adhésion. Il reprend ici une proposition du rapport Gisserot qui dénonçait l'exclusion de salariés dans certains contrats de groupe.

En schématisant, on peut dire que l'option retenue consiste :

. à imposer cette prise en charge lorsque l'organisme assureur peut répartir le risque sur un nombre important d'assurés, c'est-à-dire en cas de contrat d'assurance de groupe,

. à définir de manière très précise, dans les autres cas, les conditions dans lesquelles l'organisme assureur pourra refuser cette prise en charge.

L'article 2 se place dans le premier cas de figure.

Il s'agit de rendre obligatoire la prise en charge des maladies antérieures lorsque l'organisme assure des salariés, garantis collectivement, soit sur la base d'une convention ou d'un

accord collectif, soit à la suite de la ratification par la majorité des travailleurs intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, soit par décision unilatérale de l'employeur.

Cet article appelle deux séries de précisions, quant à son champ d'application et à la nature de l'obligation qui pèse sur l'organisme assureur.

Champ d'application de l'article 2

Le champ d'application de l'article 2 recouvre en partie la notion de contrat d'assurance de groupe. Il concerne en effet les **garanties collectives**, c'est-à-dire les garanties souscrites par une personne morale ou physique en vue de l'adhésion d'un ensemble de personnes répondant à des conditions définies par le contrat. Il s'agit ici de contrats conclus dans le cadre de l'entreprise et visant à couvrir l'ensemble des salariés ou une partie seulement d'entre eux, définis sur la base d'un critère objectif (par exemple les cadres dirigeants et supérieurs).

L'article 2 concerne tous les contrats collectifs dits "à adhésion obligatoire". En effet, dès lors que la couverture complémentaire est mise en place dans le cadre d'une convention ou d'un accord collectif ou à la suite de la ratification par la majorité du personnel concerné d'un projet d'accord proposé par l'employeur, les salariés sont tenus d'accepter le précompte des cotisations et donc d'adhérer au contrat d'assurance de groupe.

L'article 2 concerne également les contrats souscrits par décision unilatérale de l'employeur. Dans ce cas, seuls les salariés embauchés postérieurement à la mise en place du régime sont tenus d'y adhérer. Les salariés en place dans l'entreprise peuvent refuser le précompte des cotisations et ne pas adhérer au contrat de groupe. En pratique, il s'agit de contrats très proches des contrats à adhésion obligatoire, car ils couvrent la quasi-totalité des salariés de l'entreprise.

Obligations à la charge de l'organisme assureur

Dès lors que le contrat collectif entre dans le champ d'application défini à l'article 2, l'organisme est tenu de prendre en charge les suites des maladies contractées antérieurement à la souscription du contrat ou de la convention, ou à l'adhésion à ceux-ci.

S'agissant d'une garantie collective, couvrant la totalité ou la quasi totalité des salariés concernés, le Gouvernement estime que les organismes assureurs pourront répartir le risque et faire face à cette obligation.

Toutefois, le groupe assuré peut comporter un faible nombre de personnes, si le contrat ne vise que le personnel d'encadrement ou s'il concerne une petite entreprise. Dans ce cas, la prise en charge des maladies contractées antérieurement peut entraîner une surcharge financière. Des risques d'abus ont été évoqués par certains organismes, notamment lorsqu'un contrat de groupe est conclu en vue de couvrir une personne représentant un fort risque, ou encore lorsqu'une telle personne est incluse délibérément dans un groupe couvert par un contrat. La possibilité de plafonner l'obligation de prise en charge en cas de capital-décès a été évoquée. Votre commission n'a pas souhaité introduire un tel plafonnement, estimant que l'organisme assureur pouvait fixer le niveau maximal de sa garantie.

Il faut en outre préciser que l'organisme demeure libre de refuser d'assurer le groupe. Par ailleurs, s'il accepte d'assurer le groupe, il peut faire procéder à un examen médical des personnes à inclure dans la garantie et proposer le niveau de tarification qu'il juge adapté.

Outre un amendement rédactionnel, votre commission a adopté trois amendements sur cet article :

Le premier tend à rappeler que l'obligation de prise en charge ne vaut qu'à partir du moment où l'organisme a délivré sa garantie. Il demeure donc libre de refuser d'assurer le groupe.

Le deuxième amendement tend à élargir le champ d'application de l'article en substituant au terme "maladie" celui d'"état pathologique", qui permet d'englober les accidents et des situations comme la séropositivité.

Enfin, le troisième amendement précise que l'article 2 s'applique sous réserve des sanctions prévues en cas de fausse déclaration. Il convient en effet de ne pas imposer la prise en charge lorsque la réalité du risque a été délibérément dissimulée lors de la souscription.

Elle vous propose d'adopter l'article 2 ainsi amendé.

Art. 3

Conditions dans lesquelles l'organisme peut refuser de prendre en charge les suites des maladies antérieures

Dans tous les autres cas que ceux prévus à l'article 2, c'est-à-dire en cas de garantie collective facultative ou de garantie individuelle, l'organisme assureur n'est pas tenu de prendre en charge les suites de maladies contractées antérieurement à la souscription du contrat. Il devra toutefois en informer clairement l'assuré. Ici encore, cet article reprend une proposition du rapport Gisserot qui signalait que l'assuré n'était pas toujours clairement informé de l'étendue de la garantie souscrite.

L'article 3 prévoit que le refus de prendre en charge les suites d'une maladie repose sur une double condition à la charge de l'organisme :

. avoir clairement mentionné dans le contrat ou le certificat d'adhésion la ou les maladies antérieures dont les suites ne sont pas prises en charge,

. apporter la preuve que la maladie était antérieure à la souscription du contrat.

Il importe de préciser que cette disposition ne remet pas en cause la possibilité, pour l'organisme assureur, de prévoir des "exclusions générales" dans les clauses du contrat. En effet, le contrat définit le champ des garanties couvertes et certaines affections, qu'elles soient postérieures ou antérieures à la souscription, peuvent en être exclues.

En revanche, si l'organisme refuse de prendre en charge les suites d'une maladie contractée par l'assuré avant la souscription, il devra la viser clairement dans les clauses particulières du contrat. Par conséquent, l'assuré n'aura plus à prouver que la maladie pour laquelle il souhaite être remboursé est bien postérieure à la souscription. La situation actuelle permettait un certain nombre d'abus dans la mesure où les assurés ne pouvaient que très difficilement apporter cette preuve.

La commission a adopté sur cet article trois amendements.

Comme à l'article précédent, elle a précisé que l'organisme n'était pas tenu de contracter et que les obligations mises à sa charge par l'article 3 s'entendent sous réserve des sanctions prévues en cas de fausse déclaration.

Elle a également substitué le terme "état pathologique" à celui de "maladie".

Enfin, la commission a souhaité rappeler le principe du secret médical. Les pratiques actuelles conduisent dans certains cas les organismes assureurs à contourner les obligations liées au secret professionnel. C'est pourquoi il est proposé de préciser que l'administration de la preuve de l'antériorité de la maladie doit s'effectuer dans le respect de l'article 378 du code pénal, qui protège le secret médical.

La commission vous propose d'adopter l'article 3 ainsi amendé.

Art. 4

**Maintien de la couverture complémentaire
au profit des anciens salariés et des ayants-droit**

L'article 4 vise à éviter les ruptures dans la couverture complémentaire de certaines catégories de personnes qui relevaient d'un contrat de groupe souscrit par une ou plusieurs entreprises.

En effet, même si certains organismes prévoient leur maintien, les garanties sont généralement supprimées en cas de départ de l'adhérent pour cause d'invalidité, de licenciement, de préretraite ou de retraite. Un problème identique se pose vis-à-vis des ayants-droit de l'assuré après le décès de ce dernier.

L'article 4, qui, comme l'article 2, ne concerne que les salariés bénéficiant d'un contrat de groupe, propose de maintenir la couverture des frais occasionnés par la maladie, une maternité ou un accident, sans condition de période probatoire ni d'examen médical, au profit de deux catégories :

. les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, d'un revenu de remplacement en cas de perte d'emploi,

. les ayants droit de l'assuré décédé.

La garantie est maintenue pendant douze mois pour les ayants-droit et sans condition de durée pour les anciens salariés.

Ce maintien s'effectue selon des conditions tarifaires pré-établies qui doivent être prévues par le contrat ou la convention d'origine. La demande doit intervenir dans les trois mois qui suivent le décès ou la rupture du contrat de travail et donne lieu à l'établissement d'un nouveau contrat. La garantie prend effet au plus tard au lendemain de la demande.

Il est permis de penser que, dans la négociation du contrat collectif, l'entreprise veillera à ce que les conditions tarifaires proposées aux anciens salariés ou aux ayants-droit soient raisonnables. En effet, l'article 4 n'aura de portée que si ces conditions tarifaires n'excèdent pas manifestement les possibilités financières des assurés.

La commission vous propose d'adopter l'article 4 sans modification.

Art. 5

Garantie viagère

Cet article reprend une proposition du rapport Gisserot et tend à instaurer une garantie viagère, en ce qui concerne les prestations en nature maladie et maternité, pour les assurés individuels ou les assurés par contrat collectif à adhésion facultative.

Ce mécanisme interdit les relèvements de tarifs, les exclusions ou les refus de remboursement, opposés aux assurés dont la consommation médicale serait excessive.

Il doit jouer après l'expiration d'une période probatoire, dont la durée a été fixée à deux ans. Il permet, au-delà de cette période, le maintien des garanties souscrites, sans modification des conditions tarifaires.

En effet, passée la période probatoire, l'assureur ne pourra majorer les tarifs au cas par cas. Il pourra seulement répercuter les hausses affectant soit l'ensemble des assurés, soit ceux d'entre eux qui souscrivent un type particulier de garantie.

Votre commission a souhaité, comme aux articles 2 et 3, limiter la portée de cet article en cas de fausse déclaration.

Elle a également adopté un amendement inspiré par un souci d'ordre technique. Lorsque l'organisme prévoit une période probatoire, celle-ci doit lui permettre de mieux évaluer le risque représenté par l'assuré. La plupart des contrats prévoient un délai de carence, qui peut aller jusqu'à six mois, et durant lequel les prestations ne sont pas versées. En outre, un délai de résiliation de trois mois s'impose aux parties. Ces divers délais doivent être décomptés du délai théorique pour obtenir la durée réelle d'observation. Dans ces conditions, il paraît plus réaliste de fixer la période probatoire à trois ans.

Votre commission vous propose d'adopter l'article 5 ainsi amendé.

Art. 6

Maintien des prestations en cours à la rupture du contrat

L'article 6 vise à résoudre les problèmes posés par la **rupture d'un contrat collectif de prévoyance**, à la suite d'une résiliation volontaire, d'un non-renouvellement ou, par exemple, de la disparition de l'entreprise. Le rapport Gisserot avait en effet constaté le vide juridique touchant certains contrats, source de préjudice pour les assurés.

La technique de la répartition, utilisée dans certaines opérations, ne permet pas de garantir le maintien des prestations dès lors que le contrat qui lie l'entreprise et l'organisme assureur est rompu. Les rentes de conjoint ou d'orphelin et les rentes d'invalidité se trouvent alors brutalement interrompues.

Afin d'éviter ce type de difficultés, l'article 6 pose le principe du maintien à un niveau au moins équivalent des prestations en cours, pour tous les contrats collectifs portant sur les risques décès, incapacité de travail ou invalidité. Si le risque s'est réalisé pendant la période d'existence du contrat, le versement des prestations doit se poursuivre à un niveau au moins égal après la résiliation ou le non-recouvrement.

A l'heure actuelle, le maintien des prestations en cours dans le cadre de contrats gérés en répartition, peut être garanti par le versement par le souscripteur d'une indemnité de résiliation. Ce type de solution présente toutefois de notables inconvénients. Les entreprises défaillantes ne sont pas toujours en mesure de régler l'indemnité. Par ailleurs, l'existence même d'une indemnité de résiliation fausse la concurrence entre organismes. Elle permet d'offrir des tarifs plus avantageux au moment de la souscription tout en rendant la résiliation plus difficile par la suite.

L'article 6 adopte une solution différente en imposant aux organismes de couvrir leurs engagements portant sur les prestations décès, incapacité de travail et invalidité, en constituant des provisions.

L'obligation de maintenir les prestations s'appliquera à tous les organismes.

L'obligation de constituer des capitaux de couverture ne pose pas de problèmes pour les organismes qui ont déjà recours aux provisions. Ceux qui ne l'ont pas fait bénéficieront d'une période transitoire prévue par l'article 21.

Outre un amendement de précision, la commission a adopté un amendement précisant que le maintien des rentes au niveau atteint ne fait pas obstacle à la révision de celles-ci, dès lors que le taux d'incapacité ou d'invalidité diminue.

La commission vous propose d'adopter l'article 6 ainsi amendé.

Art. 7

Plafonnement des remboursements

Certains contrats permettent d'obtenir des remboursements supérieurs au montant des frais engagés par l'assuré. Ils constituent par là-même une incitation à la consommation de soins.

L'article 7 propose d'interdire ces pratiques en ce qui concerne les prestations maladie et maternité, les remboursements opérés par l'organisme ne pouvant excéder les frais restant à la charge de l'assuré après les remboursements auxquels il a droit par ailleurs.

Il est à noter que le plafonnement s'appliquera à tous les contrats, y compris ceux souscrits avant la publication de la loi.

Votre commission vous propose d'adopter l'article 7 sans modification.

TITRE II

CONTROLE DES INSTITUTIONS RELEVANT DU TITRE III DU LIVRE VII DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE ET DE LA SECTION 4 DU CHAPITRE II DU TITRE II DU LIVRE VII DU CODE RURAL ET DES MUTUELLES RELEVANT DU CODE DE LA MUTUALITE

Art. 8

Commission de contrôle des institutions de retraite ou de prévoyance complémentaire

L'article 8 institue une commission de contrôle des institutions de prévoyance, dont la compétence s'étendra également aux mutuelles.

Il propose d'insérer 13 articles nouveaux dans le code de la sécurité sociale afin de préciser les missions, la composition, les règles de fonctionnement et les moyens d'action de la commission de contrôle.

Ce dispositif est très directement calqué sur les articles 25 et 26 du projet de loi portant adaptation du code des assurances à l'ouverture du marché européen, adopté par le Sénat le 11 octobre dernier, qui crée une commission de contrôle des assurances, elle-même inspirée de la commission créée par la loi bancaire de 1984.

Ainsi, les opérations de protection sociale complémentaire entreront dans le champ de l'une ou l'autre des deux commissions de contrôle, selon qu'elles sont réalisées par une entreprise d'assurance d'une part, par une institution de prévoyance ou une mutuelle d'autre part.

Art. L 732-10 du code de la sécurité sociale

Domaine d'intervention de la commission

Cet article précise simplement que la commission de contrôle vise les institutions de retraite ou de prévoyance complémentaire définies à l'article L 732-1 du code de la sécurité sociale et à l'article 1050 du code rural. Par ailleurs, l'article 9 du projet de loi propose de modifier le code de la mutualité afin d'inclure les mutuelles dans le champ d'intervention de la commission.

Toutefois, les opérations de retraite réalisées par les organismes faisant l'objet d'une compensation interprofessionnelle et générale ne sont pas soumises au contrôle de la commission. Il s'agit ici des opérations de retraite complémentaire rendues obligatoires par la loi. L'article L 731-5 du code de la sécurité sociale organise à leur profit une solidarité interprofessionnelle et générale qui apporte aux assurés les garanties de sécurité nécessaires.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sous réserve d'un amendement de précision.

Art. L 732-11

Missions de la commission de contrôle

Identique aux dispositions prévues en matière d'assurance, cet article précise les missions de la commission de contrôle :

. examiner les conditions d'exploitation et la situation financière des institutions de retraite ou de prévoyance complémentaire,

. s'assurer que ces institutions sont toujours en mesure de remplir leurs engagements à l'égard des assurés ou bénéficiaires de contrats et qu'elles disposent de la marge de sécurité prescrite,

. veiller, de manière plus générale, au respect des dispositions législatives et réglementaires propres à ces institutions.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sous réserve d'un amendement rédactionnel.

Art. L. 732-12

Composition de la commission de contrôle

Le projet de loi s'inspire de la loi bancaire et du projet de loi relatif aux assurances.

La commission comprendrait six membres :

. cinq membres nommés pour cinq ans, par arrêté conjoint du ministre de la sécurité sociale et du ministre de l'agriculture, parmi lesquels figurent un membre du Conseil d'Etat, président, un membre de la Cour de Cassation, un membre de la Cour des Comptes et deux membres choisis en raison de leur expérience en matière de prévoyance complémentaire.

. un membre de droit, en la personne du directeur de la sécurité sociale, celui-ci étant remplacé par le directeur des exploitations, de la politique sociale et de l'emploi au ministère de l'agriculture, lorsque les travaux concernent les institutions relevant du code rural.

Les membres titulaires, ainsi que les membres suppléants, nommés dans les mêmes conditions, ne peuvent être révoqués. Ils conservent leur mandat s'ils sont atteints par la limite d'âge applicable à leur corps d'origine.

En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

La commission vous propose de reprendre la position émise par le Sénat en ce qui concerne la commission de contrôle des assurances.

Afin de s'aligner sur cette dernière et sur la commission prévue par la loi bancaire, il convient de porter de cinq à six ans la durée du mandat des membres de la commission.

Votre commission s'est également interrogée sur la présence du directeur de la sécurité sociale, en tant que membre de droit, au sein de la commission de contrôle. Celle-ci doit être une autorité indépendante et les conditions de nomination des autres membres en découle. Il ne paraît donc pas cohérent de faire d'un représentant de l'administration un membre de droit. Votre commission vous propose donc de lui confier le rôle de commissaire du Gouvernement.

Votre commission a adopté l'article L. 732-12 ainsi amendé.

Art. L. 732-13

Modalités du contrôle

Cet article, conforme aux dispositions régissant la commission de contrôle des assurances, confie à la commission le soin de définir l'organisation et les modalités du contrôle. Il est toutefois précisé que le contrôle s'effectue sur pièces et sur place.

L'inspection générale des affaires sociales ainsi que les autres fonctionnaires commissionnés par elle sont mis à sa disposition en tant que de besoin.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. L 732-14

Moyens de contrôle

Cet article confie de larges pouvoirs de contrôle à la commission puisqu'elle peut demander aux institutions toutes informations nécessaires à l'exercice de sa mission ainsi que la communication des rapports des commissaires aux comptes ou de tout document comptable.

Elle peut également porter à la connaissance du public toutes informations qu'elle estime nécessaires.

De tels moyens sont également mis à la disposition de la commission de contrôle des assurances.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. L 732-15

Relations avec les commissaires aux comptes

Cet article autorise la commission de contrôle à requérir des renseignements auprès des commissaires aux comptes des institutions. Les commissaires aux comptes sont alors déliés du secret professionnel.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. L 732-16

Droit de suite

Par analogie avec le dispositif retenu dans le projet de loi relatif aux assurances, cet article étend le contrôle de la commission à tout organisme lié à l'institution et susceptible d'altérer son autonomie de fonctionnement.

Votre commission a adopté cet article sous réserve d'un amendement précisant que l'extension de ce contrôle ne peut avoir d'autre objet que la vérification de la situation financière réelle de l'institution contrôlée et le respect des engagements contractés auprès des assurés.

Art. L 732-17

Résultats des contrôles sur place

Cet article prévoit que les contrôles sur place donneront lieu à l'établissement d'un rapport dont les conclusions seront communiquées à la commission et à l'institution. Les réponses de cette dernière sont également transmises à la commission.

Les résultats du contrôle sur place sont ensuite transmis au conseil d'administration et aux commissaires aux comptes.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. L. 732-18

Pouvoirs de mise en demeure et d'injonction

Cet article définit les pouvoirs de mise en demeure et d'injonction de la commission de contrôle, lorsqu'elle constate une entorse aux dispositions législatives ou réglementaires ou lorsque la marge de sécurité ou les engagements contractés envers les assurés sont mis en péril.

La commission doit tout d'abord mettre en demeure les dirigeants de l'institution de présenter leurs observations. Elle peut ensuite adresser une mise en garde ou enjoindre à l'institution de prendre, dans un délai déterminé, les mesures appropriées.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. L. 732-19

Sanctions disciplinaires

Cet article prévoit des sanctions disciplinaires graduées à l'encontre de l'institution qui n'aurait pas déféré à une injonction adressée en vertu de l'article précédent.

La commission de contrôle peut ainsi prononcer quatre séries de sanctions : l'avertissement, le blâme, l'interdiction d'effectuer certaines opérations, le retrait total ou partiel d'autorisation.

Sur ce dernier point, il faut noter que le ministre conserve également le pouvoir de retirer l'autorisation, en vertu du nouvel article L. 732-1 du code de la sécurité sociale.

La commission doit statuer après une procédure contradictoire au cours de laquelle les intéressés pourront être entendus ou se faire représenter. La décision pourra être rendue publique, par insertion dans la presse ou par voie d'affichage, aux frais de l'institution sanctionnée.

Enfin, les décisions de la commission peuvent faire l'objet d'un recours devant le Conseil d'Etat.

Votre commission vous propose d'adopter deux amendements à cet article.

Le premier limite la possibilité de rendre publiques par voie de presse les décisions de la commission au cas où celles-ci sont devenues définitives.

Le second transfère aux juridictions de l'ordre judiciaire le contentieux de la commission de contrôle, le Sénat ayant pris une décision en ce sens pour la commission de contrôle des assurances. Il semble en effet souhaitable que le contentieux des deux commissions soit examiné par la même juridiction.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Art. L. 732-20

Délit d'entrave

Il s'agit ici de sanctionner les dirigeants d'institution qui mettraient obstacle au contrôle de la commission ou des agents mis à sa disposition. Les peines prévues, identiques à celles instituées en matière d'assurance, sont un emprisonnement de quinze jours à deux

ans et une amende de 15 000 F à 2 000 000 F ou l'une de ces peines seulement.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. L. 732-21

Coordination des contrôles

Cet article permet à la commission de contrôle des assurances et à la commission de contrôle des institutions de retraite et de prévoyance de coordonner leurs travaux, en échangeant leurs informations et en organisant des contrôles conjoints ou des réunions communes.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. L. 732-22

Secret professionnel

Cet article instaure une obligation de secret professionnel pour toute personne participant ou ayant participé aux travaux de la commission.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sous réserve d'un amendement précisant que le secret professionnel n'est pas opposable à l'autorité judiciaire.

Art. 9

Contrôle des mutuelles

Cet article précise simplement que le contrôle des mutuelles, dans l'intérêt de leurs membres, est effectué par la commission de contrôle des institutions de retraite ou de prévoyance complémentaire instituée par l'article précédent. A ce titre, la commission exerce désormais les compétences dévolues à l'autorité administrative par la code de la mutualité.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 10

Pouvoirs de la commission à l'égard des mutuelles

Cet article insère six articles nouveaux (L. 531-1-1 à L. 531-1-6) dans le code de la mutualité afin de préciser les modalités de contrôle des mutuelles par la commission.

Les dispositions retenues sont rigoureusement identiques à celles prévues pour les institutions. Toutefois, la commission de contrôle pourra faire appel aux agents du contrôle des services extérieurs du ministre chargé de la mutualité. D'ores et déjà, le contrôle déconcentré des mutuelles a été mis en place. C'est une nécessité en raison du très grand nombre de mutuelles (près de 7 000) et de leur dispersion sur le territoire national. Ce contrôle déconcentré sera transféré à la commission. Il est donc important de mettre à sa disposition les moyens en personnel correspondants.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sous réserve de deux amendements de coordination avec les dispositions prévues pour les institutions de prévoyance.

*Art. 11***Mesure d'ordre**

Par coordination avec l'article 9, transférant à la commission les pouvoirs de l'autorité administrative en matière de contrôle, cet article modifie le code de la mutualité afin d'en tirer les conséquences en matière de retrait d'approbation, d'injonction et de nomination éventuelle d'administrateurs provisoires.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

*Art. 12***Sanctions disciplinaires à l'égard des mutuelles**

Cet article prévoit que la commission de contrôle pourra prononcer des sanctions disciplinaires à l'encontre des mutuelles dans des conditions identiques à celles prévues pour les institutions de retraite ou de prévoyance complémentaire.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sous réserve d'un amendement de coordination avec les dispositions prévues pour les institutions par l'article 8.

*Art. 13***Procédure applicable aux mutuelles**

La procédure et les possibilités de recours applicables aux mutuelles sont identiques à celles définies pour les institutions de retraite ou de prévoyance complémentaire par l'article L. 732-19 du code de la sécurité sociale.

Par coordination avec la position retenue pour les institutions, votre commission vous propose un amendement transférant aux juridictions de l'ordre judiciaire le contentieux de la commission de contrôle.

Art. 14

Délit d'entrave

Par analogie avec l'article L. 732-20 du code de la sécurité sociale, cet article prévoit des sanctions pénales à l'encontre de tout dirigeant d'une mutuelle qui aura fait obstacle à la mission de la commission de contrôle ou des fonctionnaires mis à sa disposition.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

TITRE III
DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 15

**Dispositions relatives aux régimes complémentaires de retraite
ou de prévoyance des salariés**

L'article 15, comme les articles 16 et 17, tend à remettre en ordre le titre III du Livre VII du code de la sécurité sociale, afin :

- d'une part, de tirer les conséquences de l'introduction de nouveaux articles dans le code de la sécurité sociale dans le cadre du présent projet de loi,

- d'autre part, de reclasser, sans les modifier, les actuels articles du titre III, en vue de mieux distinguer les règles applicables aux régimes et celles qui concernent le fonctionnement des institutions qui les gèrent.

L'article 15 opère ces mesures d'ordre et crée un chapitre relatif aux régimes complémentaires de retraite ou de prévoyance des salariés.

Votre commission vous propose de l'adopter sans modification.

Art. 16

Autorisation de fonctionner des institutions de retraite ou de prévoyance complémentaire

Cet article propose de modifier l'actuel article L. 731-1 du code de la sécurité sociale, devenant l'article L. 732-1, qui régit les institutions de retraite ou de prévoyance complémentaire.

Il maintient en partie la définition actuelle et le principe de l'autorisation de l'autorité compétente de l'Etat. Bien qu'intervenant dans le cadre d'une ou plusieurs entreprises, au profit de travailleurs salariés ou assimilés, des institutions peuvent également recevoir l'adhésion, à titre individuel, d'anciens salariés ou d'ayants-droit de salariés, lorsque le contrat collectif le prévoit, et ce par coordination avec l'article 4 du projet de loi.

Comme c'est le cas actuellement, un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions auxquelles est subordonné l'octroi de l'autorisation.

L'article 16 indique également que l'autorisation peut être retirée en cas de modification substantielle des données au vu desquelles elle avait été délivrée. Cette disposition ne fait pas obstacle aux pouvoirs que tient la commission de contrôle en vertu de l'article 8 du projet de loi.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions auxquelles est subordonné le retrait d'autorisation pour les institutions qui n'entrent pas dans le champ d'intervention de la commission de contrôle.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sous réserve d'une précision rédactionnelle.

Art. 17

**Dispositions relatives au fonctionnement
des institutions de retraite ou de prévoyance**

Cet article rassemble, en les reclassant, les articles du code de la sécurité sociale relatifs au fonctionnement des institutions de retraite et de prévoyance.

Votre commission vous propose de l'adopter sans modification.

Art. 18

Contrôle des commissaires aux comptes

En vue de rapprocher les conditions d'exercices des différents organismes intervenant dans la protection sociale complémentaire, et de renforcer les garanties offertes aux assurés, cet article vise à compléter les dispositions relatives au régime financier et comptable des institutions de retraite ou de prévoyance complémentaire en les soumettant au contrôle d'un ou plusieurs commissaires aux comptes.

Ce contrôle s'exerce dans les conditions de droit commun sous réserve des adaptations rendues nécessaires par le statut juridique des institutions, qui seront fixées par un décret en Conseil d'Etat.

La rédaction de cet article étant quelque peu imprécise, il est souhaitable de la compléter afin de prévoir les conditions de nomination des commissaires aux comptes telles qu'elles sont définies dans la loi du 24 juillet 1966 sur les sociétés commerciales.

Votre commission vous propose d'adopter l'article 18 ainsi amendé.

Art. 19

**Institutions de retraite ou de prévoyance
régies par le code rural**

Cet article modifie le code rural afin d'harmoniser les appellations retenues, les caisses de prévoyance mentionnées à l'article 1050 demeurant des institutions de retraite ou de prévoyance.

Il précise en outre que ces institutions sont soumises au contrôle de la commission créée par le présent projet de loi.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 20

Modalités d'adhésion à une mutuelle

Il s'agit ici de compléter l'article L. 121-1 du code de la mutualité afin d'élargir les possibilités d'adhésion à une mutuelle dans le cadre d'un contrat collectif.

En matière de prévoyance collective, l'adhésion à une mutuelle peut résulter du contrat de travail, d'une convention collective, d'un accord d'établissement, ou être souscrite par tout groupement habilité à cette fin à représenter les salariés. A ces diverses possibilités, l'article 20 ajoute la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, disposition déjà prévue par le code de la sécurité sociale pour la création d'un régime complémentaire de retraite ou de prévoyance.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sous réserve d'un amendement rédactionnel.

TITRE IV
DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Art. 21

Modalités d'entrée en vigueur du titre premier

Tous les contrats souscrits après la date de publication de la loi devront se conformer aux dispositions du titre premier.

S'agissant des contrats existants, et de leurs futurs renouvellement, l'article 21 prévoit cinq cas de figure.

I. Le principe de plafonnement du remboursement des frais de soins de santé, posé par l'article 7, s'applique à l'ensemble des contrats existants.

II. La couverture complémentaire des anciens salariés et des ayants-droit, telle qu'elle est organisée par l'article 4, devra être prévue par tous les contrats existants, dans le délai d'un an après la date de publication de la loi. Ces contrats devront donc être rendus conformes à l'article 4 dans ce délai.

III. La garantie viagère, prévue par l'article 5, est applicable à tous les contrats existants pour autant qu'un délai de deux ans se soit écoulé depuis leur souscription. Ce délai correspond à la période probatoire durant laquelle l'organisme peut ajuster les tarifs en fonction du risque représenté par l'assuré. La garantie viagère s'applique donc aux contrats souscrits depuis plus de deux ans. Elle s'appliquera aux autres contrats existants lorsqu'ils atteindront l'ancienneté de deux années.

Votre commission vous propose de porter de deux à trois ans cette condition de durée, afin de tenir compte de la position prise sur l'article 5.

IV. La prise en charge des maladies antérieures, organisée par les articles 2 et 3, n'est pas applicable aux contrats souscrits avant la date de promulgation de la loi.

V. Si tous les organismes doivent appliquer, dès la promulgation de la loi, l'obligation de maintenir les rentes au niveau atteint en cas de rupture du contrat, prévue par l'article 6, l'obligation de provisionnement, instaurée en vue de maintenir ces rentes donne lieu à un dispositif d'application complexe.

En effet, certains organismes parmi lesquels une bonne part des compagnies d'assurance, certaines mutuelles mais également quelques institutions de prévoyance de création récente, ont déjà constitué des capitaux de couverture et détiennent des provisions correspondant à leur engagement. Ces organismes sont déjà en mesure de garantir le maintien des rentes au niveau atteint. L'obligation de provisionnement peut donc être immédiatement appliquée aux contrats existants sans modifier la situation de ces organismes.

Qu'en est-il des organismes qui n'ont pas constitué de provisions correspondant à leur engagement ?

Le projet de loi apporte une solution différente selon les possibilités de l'organisme assureur.

a) Si l'organisme dispose de réserves suffisantes pour provisionner intégralement son engagement, c'est-à-dire les rentes en cours de service et les rentes à venir, il doit affecter ses réserves au provisionnement.

D'après le ministère des affaires sociales, un certain nombre d'institutions de prévoyance seraient dans cette situation et auraient constitué, grâce à une tarification appropriée, des réserves de sécurité d'importance comparable, voire supérieure, aux provisions mathématiques. En fait, bien que gérées en répartition, ces institutions ont également pratiqué la capitalisation. N'ayant pas la qualification de provisions, ces réserves ne peuvent être affectées aux contrats particuliers, ce qui conduit, en cas de rupture, à exiger des entreprises une indemnité de résiliation en vue de maintenir les rentes au niveau atteint. Le projet de loi permettrait donc d'utiliser ces réserves sous forme de provisions.

b) Si l'organisme ne dispose pas de ces réserves, le projet de loi distingue les rentes en cours de service et les rentes à venir.

Pour les rentes en cours de service, l'organisme est dispensé de l'obligation de provisionnement.

Pour les rentes à venir, l'obligation de provisionner s'échelonne sur une période de sept ans. Les provisions doivent être constituées au moins linéairement. Cette obligation se traduira nécessairement par un relèvement des tarifs.

En cas de résiliation ou de non renouvellement du contrat, le maintien des rentes au niveau atteint sera garanti par le versement d'une indemnité de résiliation dont le montant correspondra à la fraction de l'engagement qui n'est pas couverte intégralement par des provisions.

Les modalités d'application de ce dispositif transitoire doivent être précisées par décret.

Ce dispositif n'est pas entièrement satisfaisant, dans la mesure où les entreprises se trouveront dans une situation différente selon que l'organisme a constitué des provisions ou qu'il ne l'a pas fait. Toutefois, il expirera fin 1996 et à cette date, l'ensemble des

organismes seront traités sur un pied d'égalité. Ce délai répond d'ailleurs au souci légitime de ne pas déstabiliser certains d'entre eux par une surcharge financière excessive.

Votre commission vous propose toutefois d'adopter un amendement dispensant du versement de l'indemnité de résiliation lorsqu'un organisme reprend les engagements détenus par l'assureur d'origine.

Votre commission vous propose d'adopter l'article 21 ainsi amendé.

Art. 22

Codification

Cet article précise qu'un décret en Conseil d'Etat codifiera les dispositions du titre premier en les insérant dans le code des assurances, le code de la sécurité sociale et le code de la mutualité.

Il n'est en revanche pas prévu d'insérer les dispositions du titre premier dans le code rural. En effet, depuis la loi n° 89-474 du 10 juillet 1989, les institutions de prévoyance relevant de l'article 1050 du code rural sont régies par les dispositions du titre III du Livre VII du code de la sécurité sociale.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

*

* *

Votre commission vous propose d'adopter ce projet de loi assorti des amendements qu'elle vous a exposés.

TABLÉAU COMPARATIF

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la commission
	TITRE PREMIER	TITRE PREMIER
	DISPOSITIONS COMMUNES AUX OPERATIONS MISES EN OEUVRE PAR LES ENTRE- PRISES REGIES PAR LE CODE DES ASSURANCES, PAR LES INSTITUTIONS RELEVANT DU TITRE III DU LIVRE VII DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE ET DE LA SECTION 4 DU CHAPITRE II DU TITRE II DU LIVRE VII DU CODE RURAL ET PAR LES MUTUELLES RELEVANT DU CODE DE LA MUTUALITE	DISPOSITIONS COMMUNES AUX OPERATIONS MISES EN OEUVRE PAR LES ENTRE- PRISES REGIES PAR LE CODE DES ASSURANCES, PAR LES INSTITUTIONS RELEVANT DU TITRE III DU LIVRE VII DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE ET DE LA SECTION 4 DU CHAPITRE II DU TITRE II DU LIVRE VII DU CODE RURAL ET PAR LES MUTUELLES RELEVANT DU CODE DE LA MUTUALITE
	Article premier.	Article premier.
	Les dispositions du présent titre s'appliquent aux opérations mises en œuvre par les organismes suivants :	Sans modification
	a) entreprises régies par le code des assurances ;	
	b) institutions relevant du titre III du livre VII du code de la sécurité sociale ;	
	c) institutions relevant de la section 4 du chapitre II du titre II du livre VII du code rural ;	
	d) mutuelles relevant du code de la mutualité ;	
	et ayant pour objet la couverture du risque décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité.	

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la commission

Art. 2.

Lorsque des salariés sont garantis collectivement, soit sur la base d'une convention ou d'un accord collectif, soit à la suite de la ratification par la majorité des travailleurs intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, soit par décision unilatérale de l'employeur, contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, l'organisme prend en charge les suites des maladies contractées antérieurement à la souscription du contrat ou de la convention ou à l'adhésion à ceux-ci.

Art. 3.

Pour les opérations collectives autres que celles mentionnées à l'article 2 de la présente loi et pour les opérations individuelles, l'organisme ne peut refuser de prendre en charge les suites de maladies contractées antérieurement à l'adhésion de l'intéressé ou à la souscription du contrat ou de la convention qu'à la condition :

a) que la ou les maladies antérieures dont les suites ne sont pas prises en charge, soient clairement mentionnées dans le contrat individuel ou dans le certificat d'adhésion au contrat collectif;

b) que l'organisme apporte la preuve que la maladie était antérieure à la souscription du contrat ou à l'adhésion de l'intéressé au contrat collectif.

Art. 2.

Lorsque des salariés ...

...la ratification par la majorité des salariés intéressés...

...d'invalidité, l'organisme qui délivre sa garantie prend...
...les suites des états pathologiques survenus antérieurement...

...à ceux-ci, sous réserve des sanctions prévues en cas de fausse déclaration.

Art. 3.

Pour les opérations...

...
l'organisme qui a accepté une souscription ou une adhésion ne peut refuser, sous réserve des sanctions prévues en cas de fausse déclaration, de prendre en charge les suites d'états pathologiques survenus antérieurement...

...la condition :

a) que le ou les états pathologiques antérieurs...

...clairement mentionnés dans...

...collectif;

b) que l'organisme...
...preuve que l'état pathologique était antérieur à la souscription...

...au contrat collectif.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la commission

Dans les cas prévus à l'alinéa précédent, l'administration de la preuve s'effectue dans le respect des dispositions de l'article 378 du code pénal relatives au secret professionnel.

Art. 4.

Art. 4.

Lorsque des salariés sont garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article 2 de la présente loi, en vue d'obtenir le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, le contrat ou la convention doit prévoir, sans condition de période probatoire ni d'examen médical, les modalités et les conditions tarifaires des nouveaux contrats ou conventions par lesquels l'organisme maintient cette couverture :

Sans modification

1° au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les trois mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ;

2° au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les trois mois suivant le décès.

Le nouveau contrat ou la nouvelle convention doit prévoir que la garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la commission
<p>CODE DE LA SECURITE SOCIALE,</p>	<p>Art. 5.</p>	<p>Art. 5.</p>
<p><i>Art. L. 321-1</i> -L'assurance maladie comporte:</p>	<p>Pour les opérations collectives autres que celles mentionnées à l'article 2 de la présente loi et pour les opérations individuelles et sous réserve du paiement des primes ou cotisations, l'organisme ne peut refuser, après l'expiration d'un délai de deux ans suivant l'adhésion de l'intéressé ou la souscription du contrat ou de la convention, de maintenir le remboursement ou l'indemnisation des frais mentionnés aux articles L. 321-1, 1° à 3° et L. 331-2 du code de la sécurité sociale aux personnes affiliées au contrat collectif ou d'assurance de groupe ou mentionnés au contrat individuel ou à la convention tant que celles- ci le souhaitent, sans réduction des garanties souscrites, aux conditions tarifaires de la catégorie dont elles relèvent, avec maintien, le cas échéant, de la cotisation ou de la prime pour risque aggravé.</p>	<p>Pour les opérations...</p> <p>...cotisations et des sanctions prévues en cas de fausse déclaration, l'organisme...</p> <p>...d'un délai de trois ans suivant...</p> <p>... pour risque aggravé</p>
<p>1o) la couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'analyses et d'examens de laboratoire, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré et les membres de sa famille, au sens fixé par l'article L. 313-3, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'analyses et d'examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;</p> <p>2o) la couverture des frais de transport de l'assuré ou des ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, selon les règles définies par l'article L. 322-5 et dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'Etat ;</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la commission
<p>30) la couverture, sur décision de la commission d'éducation spéciale créée par l'article 6 de la loi no 75 534 du 30 juin 1975, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements d'éducation spéciale et professionnelle, ainsi que celle des frais de traitement concourant à cette éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'Etat en application de l'article 5 de la loi no 75 534 du 30 juin 1975.</p>		
<p><i>Art. L. 331-2</i> L'assurance maternité couvre les frais médicaux, pharmaceutiques, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites.</p>		
<p>Les frais pharmaceutiques font l'objet d'un forfait fixé par le tarif de responsabilité de la caisse.</p>		
	<p>L'organisme ne peut ultérieurement augmenter le tarif d'un assuré ou d'un adhérent en se fondant sur l'évolution de l'état de santé de celui-ci.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
	<p>Si l'organisme veut majorer les tarifs d'un type de garantie ou de contrat, la hausse doit être uniforme pour l'ensemble des assurés ou adhérents souscrivant ce type de garantie ou contrat.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
	<p>Les dispositions du présent article ne sont pas applicables à la garantie ou au contrat souscrit en application du dernier alinéa de l'article 4 de la présente loi.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la commission

Art 6

Lorsqu'un ensemble de personnes est garanti contre les risques décès, incapacité de travail ou invalidité, la résiliation ou le non renouvellement du contrat ou de la convention est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution. Le versement des prestations de toute nature se poursuit à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation ou le non renouvellement.

L'engagement doit être couvert à tout moment, pour tous les contrats ou conventions souscrits, par des provisions représentées par des actifs équivalents.

Art 7.

Le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peut excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit

Art 6

Lorsque des assurés ou des adhérents sont garantis collectivement contre les risques

...renouvellement, sans préjudice des révisions prévues dans le contrat ou la convention en fonction du taux d'incapacité ou d'invalidité.

Alinéa sans modification

Art 7.

Sans modification

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la commission
	TITRE II	TITRE II
	<p>CONTROLE DES INSTITUTIONS RELEVANT DU TITRE III DU LIVRE VII DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE ET DE LA SECTION 4 DU CHAPITRE II DU TITRE II DU LIVRE VII DU CODE RURAL ET DES MUTUELLES RELEVANT DU CODE DE LA MUTUALITE</p>	<p>CONTROLE DES INSTITUTIONS RELEVANT DU TITRE III DU LIVRE VII DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE ET DE LA SECTION 4 DU CHAPITRE II DU TITRE II DU LIVRE VII DU CODE RURAL ET DES MUTUELLES RELEVANT DU CODE DE LA MUTUALITE</p>
	Art 8	Art 8
	<p>Au chapitre II du titre III du livre VII du code de la sécurité sociale tel qu'il résulte des articles 16, 17 et 18 de la présente loi est insérée une section 4 ainsi libellée :</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
	"Section 4	<p>Division et intitulé sans modification</p>
	"Commission de contrôle.	
<p><i>Art. L. 732-1</i> Les régimes de retraites complémentaires obligatoires et facultatifs prévoient, dans leurs règlements, les conditions d'attribution d'une pension de réversion au conjoint séparé de corps ou divorcé non remarié, quelle que soit la cause de la séparation de corps ou du divorce</p>	<p><i>"Art. L. 732-10</i> Il est institué une commission de contrôle des institutions définies à l'article L. 732-1 et à l'article 1050 du code rural.</p>	<p><i>"Art. L. 732-10</i> Il est institué... ...des institutions de retraite ou de prévoyance complémentaire définies à l'article L. 732-1 du présent code et à l'article 1050 du code rural.</p>
<p>En cas d'attribution d'une pension de réversion au conjoint survivant et au conjoint divorcé, les droits de chacun d'entre eux ne pourront être inférieurs à la part qui lui reviendrait si celle-ci était calculée en fonction de la durée respective de chaque mariage</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la commission
<p align="center">CODE RURAL.</p>		
<p><i>Art. 1050.</i> Les salaires mentionnés à l'article 1144 du présent code peuvent bénéficier auprès des caisses de prévoyance fonctionnant avec l'autorisation et sous le contrôle du ministre chargé de l'agriculture d'avantages s'ajoutant à ceux qui résultent du régime des assurances sociales agricoles, du régime d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la législation applicable dans les départements d'outre mer, conformément au livre XI du code de la sécurité sociale et des assurances volontaires prévues par le titre Ier du livre XII du code de la sécurité sociale.</p>		
<p>Les caisses de prévoyance peuvent grouper tout ou partie des salariés d'une ou plusieurs entreprises</p>	<p>"Les opérations de retraite réalisées par les organismes faisant l'objet d'une compensation interprofessionnelle et générale ne sont pas soumises au contrôle de la commission</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
	<p>"<i>Art. L. 732-11.</i> La commission examine les conditions d'exploitation et la situation financière des institutions mentionnées à l'article L. 732-10, elle s'assure que ces institutions sont toujours en mesure de remplir les engagements qu'elles ont contractés à l'égard des assurés ou bénéficiaires de contrats et qu'elles présentent la marge de sécurité prescrite, elle veille au respect, par ces institutions, des dispositions législatives et réglementaires qui leur sont propres</p>	<p>"<i>Art. L. 732-11.</i> La commission veille au respect par les institutions mentionnées à l'article L. 732-10 des dispositions législatives et réglementaires qui leur sont propres</p> <p>"Elle s'assure que ces institutions sont toujours en mesure de remplir les engagements qu'elles ont contractés à l'égard des assurés ou bénéficiaires de contrats et qu'elles présentent la marge de sécurité prescrite, à cette fin, elle examine leur situation financière et leurs conditions d'exploitation.</p>
	<p>"<i>Art. L. 732-12.</i> La commission comprend cinq membres nommés par arrêté conjoint du ministre de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'agriculture pour une durée de cinq ans</p>	<p>"<i>Art. L. 732-12.</i> La commission nommés pour une durée de six ans par arrêté l'agriculture.</p>

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la commission

" 1o un membre du Conseil d'Etat ayant au moins le rang de conseiller d'Etat, président, proposé par le vice-président du Conseil d'Etat ;

Alinéa sans modification

" 2o un membre de la Cour de cassation ayant au moins le rang de conseiller à la Cour de cassation, proposé par le premier président de la Cour de cassation ;

Alinéa sans modification

" 3o un membre de la Cour des comptes ayant au moins le rang de conseiller maître proposé par le premier président de la Cour des comptes ;

Alinéa sans modification

" 4o deux membres choisis en raison de leur expérience en matière de prévoyance complémentaire.

Alinéa sans modification

" Cinq suppléants sont nommés dans les mêmes conditions.

Alinéa sans modification

"Les membres titulaires et suppléants de la commission ne peuvent être révoqués. Leur mandat n'est pas interrompu par les règles concernant la limite d'âge qui leur est éventuellement applicable.

Alinéa sans modification

"Est également membre de la commission le directeur de la sécurité sociale ou son représentant ; lorsque les travaux de la commission concernent les institutions définies à l'article 1050 du code rural, il est remplacé par le directeur des exploitations, de la politique sociale et de l'emploi ou son représentant.

"Le directeur de la sécurité sociale ou son représentant siège auprès de la commission en qualité de commissaire du gouvernement ; lorsque...

...son représentant.

" En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

Alinéa sans modification

"Art. L. 732-13. - Le contrôle des institutions est effectué sur pièces et sur place.

"Art. L. 732-13. - Non modifié

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la commission

" La commission organise ce contrôle et en définit les modalités . à cette fin, sont mis à sa disposition en tant que de besoin, l'inspection générale des affaires sociales ainsi que les autres fonctionnaires commissionnés par elle qui sont nécessaires à l'exercice de sa mission

"Art. L. 732-14. La commission peut demander aux institutions toutes informations nécessaires à l'exercice de sa mission.

" Elle peut également leur demander la communication des rapports des commissaires aux comptes et, d'une manière générale, de tous documents comptables dont elle peut, en tant que de besoin, demander la certification

" Elle peut porter à la connaissance du public toutes informations qu'elle estime nécessaires.

"Art. L. 732-15. La commission peut demander aux commissaires aux comptes d'une institution tout renseignement sur l'activité de celle-ci. Les commissaires aux comptes sont alors déliés, à son égard, du secret professionnel.

"Art. L. 732-16 Si cela est nécessaire à l'exercice de sa mission et dans la limite de celle-ci, la commission peut décider d'étendre le contrôle sur place d'une institution à toute personne morale liée directement ou indirectement à cette institution par une convention et susceptible d'altérer son autonomie de fonctionnement ou de décision concernant l'un quelconque de ses domaines d'activité

"Art. L. 732-14. - Non modifié

"Art. L. 732-15. - Non modifié

"Art. L. 732-16 Si cela

...d'activité Cette extension du contrôle ne peut avoir d'autre objet que la vérification de la situation financière réelle de l'institution contrôlée ainsi que le respect par cette institution des engagements qu'elle a contractés auprès des assureurs ou bénéficiaires de contrats

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la commission

"Art. L. 732-17. - En cas de contrôle sur place, un rapport est établi. Si des observations sont formulées par le vérificateur, il en est donné connaissance à l'institution. La commission prend connaissance des observations formulées par le vérificateur et des réponses apportées par l'institution.

"Art. L. 732-17. - Non modifié

"Les résultats des contrôles sur place sont communiqués au conseil d'administration de l'institution contrôlée. Ils sont également transmis aux commissaires aux comptes.

"Art. L. 732-18. - Lorsqu'une institution a enfreint une disposition législative ou réglementaire à laquelle elle est soumise ou lorsque son fonctionnement met gravement en péril sa marge de sécurité ou les engagements qu'elle a contractés envers les assurés, la commission, après l'avoir mise en demeure de présenter des observations, peut lui adresser une mise en garde.

"Art. L. 732-18. - Non modifié

"Elle peut également dans les mêmes conditions, lui enjoindre de prendre dans un délai déterminé toutes mesures destinées à rétablir ou renforcer son équilibre financier ou à corriger ses pratiques.

"Art. L. 732-19. - Si une institution n'a pas déféré à une injonction, la Commission peut prononcer à son encontre, compte tenu de la gravité du manquement, l'une des sanctions disciplinaires suivantes :

"Art. L. 732-19. - Alinéa sans modification

"1° l'avertissement ;

Alinéa sans modification

"2° le blâme ;

Alinéa sans modification

"3° l'interdiction d'effectuer certaines opérations et toutes autres limitations dans l'exercice de l'activité ;

Alinéa sans modification

"4° le retrait total ou partiel d'autorisation.

Alinéa sans modification

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la commission

"La commission peut, aux frais de l'institution sanctionnée, ordonner l'insertion de sa décision dans les journaux ou publications qu'elle désigne et l'affichage dans les lieux et pour la durée qu'elle indique

"Dans tous les cas visés au présent article, la commission statue après une procédure contradictoire. Les intéressés peuvent demander à être entendus. Ils peuvent se faire représenter ou assister. Les institutions sanctionnées peuvent, dans le délai de deux mois qui suit la notification de la décision, former un recours de pleine juridiction devant le Conseil d'Etat.

"Art. L. 732-20. - Tout dirigeant d'une institution ou d'une des personnes morales visées à l'article L. 732-16 qui met obstacle de quelque manière que ce soit, à l'exercice de leurs fonctions par la commission de contrôle instituée à l'article L. 732-10 ou par les fonctionnaires mis à sa disposition ou commissionnés par elle, est passible d'un emprisonnement de quinze jours à deux ans et d'une amende de 15 000 F à 2 000 000 F ou de l'une de ces deux peines seulement.

"Art. L. 732-21. - La commission instituée par l'article L. 732-10 et la commission de contrôle des assurances instituée par l'article L. 310-12 du code des assurances peuvent échanger toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de leurs missions respectives et organiser, conjointement, le contrôle des organismes qui relèvent de leurs compétences ; elles veillent à la coordination de leurs travaux ; à cette fin, elles peuvent tenir des réunions communes.

"Lorsqu'une sanction prononcée par la commission est devenue définitive, la commission peut,

sa décision dans trois journaux ou

qu'elle indique

"Dans tous les cas

assister. L'examen des recours contre les décisions de la commission de contrôle relève de la compétence de la Cour d'appel de Paris. Le recours n'est pas suspensif ; toutefois, le premier président de la cour d'appel de Paris peut ordonner qu'il soit sursis à exécution de la décision si celle-ci est susceptible d'entraîner des conséquences excessives.

"Art. L. 732-20. - Non modifié

"Art. L. 732-21. - Non modifié

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la commission
<p>CODE PENAL.</p>	<p><i>"Art L. 732-22</i> Toute personne qui participe ou a participé aux travaux de la commission instituée par l'article L. 732 10 est tenue au secret professionnel sous les peines prévues à l'article 378 du code pénal "</p>	<p><i>"Art L. 732-22</i> Toute personne</p>
<p><i>Art 378</i> Les medecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages femmes et toutes autres personnes depositaires, par etat ou profession ou par fonctions temporaires ou permanentes, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 500 à 15000 F</p>		<p>pénal <i>Ce secret n'est pas opposable a l'autorite judiciaire"</i></p>
<p>Toutefois, les personnes ci-dessus énumérées, sans être tenues de dénoncer les avortements pratiqués dans des conditions autres que celles qui sont prévues par la loi, dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession, n'encourent pas, si elles les dénoncent, les peines prévues au paragraphe précédent ; citées en justice pour une affaire d'avortement, elles demeurent libres de fournir leur témoignage à la justice sans s'exposer à aucune peine.</p>		
<p>Les mêmes personnes n'encourent pas les peines prévues à l'alinéa 1er lorsqu'elles informent les autorités médicales ou administratives chargées des actions sanitaires et sociales des sévices ou privations sur la personne de mineurs de quinze ans et dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession ; citées en justice pour une affaire de sevices ou privations sur la personne de ces mineurs, elles sont libres de fournir leur temoignage sans s'exposer à aucune peine</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la commission
<p>N'encourt pas les peines prévues à l'alinéa 1er tout médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer qu'un viol ou un attentat à la pudeur a été commis</p>	<p>Art. 9</p> <p>L'article L. 531-1 du code de la mutualité est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	<p>Art. 9</p> <p>Sans modification</p>
<p>CODE DE LA MUTUALITE</p>	<p><i>"Art. L. 531-1 Le contrôle des mutuelles est effectué, dans l'intérêt de leurs membres, par la commission de contrôle instituée par l'article L. 732-10 du code de la sécurité sociale "</i></p>	<p>Art. 10.</p>
<p><i>Art. L. 531-1 Le contrôle de l'Etat s'exerce sur les mutuelles dans l'intérêt de leurs membres selon les modalités fixées par décret en Conseil d'Etat</i></p>	<p>Art. 10</p> <p>Après l'article L. 531-1 du code de la mutualité sont insérés les articles L. 531-1-1 à L. 531-1-6 ci après :</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p><i>Art. L. 531-1-1 La commission examine les conditions d'exploitation et la situation financière des mutuelles ; elle s'assure qu'elles sont toujours en mesure de remplir les engagements qu'elles ont contractés à l'égard des adhérents et qu'elles présentent la marge de sécurité prescrite ; elle veille au respect par les mutuelles des dispositions législatives et réglementaires qui leur sont propres</i></p>	<p><i>"Art. L. 531-1-1 - La commission examine les conditions d'exploitation et la situation financière des mutuelles ; elle s'assure qu'elles sont toujours en mesure de remplir les engagements qu'elles ont contractés à l'égard des adhérents et qu'elles présentent la marge de sécurité prescrite ; elle veille au respect par les mutuelles des dispositions législatives et réglementaires qui leur sont propres</i></p>	<p><i>"Art. L. 531-1-1 - La commission veille au respect par les mutuelles des dispositions législatives et réglementaires qui leur sont propres</i></p> <p><i>"Elle s'assure que les mutuelles sont toujours en mesure de remplir les engagements qu'elles ont contractés à l'égard des adhérents et qu'elles présentent la marge de sécurité prescrite ; à cette fin, elle examine leur situation financière et leurs conditions d'exploitation</i></p>
<p><i>"Art. L. 531-1-2 Le contrôle des mutuelles est effectué sur pièces et sur place</i></p>	<p><i>"Art. L. 531-1-2 Le contrôle des mutuelles est effectué sur pièces et sur place</i></p>	<p><i>"Art. L. 531-1-2 Non modifié</i></p>

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la commission

"La commission organise le contrôle et en définit les modalités ; à cette fin, sont mis à sa disposition, en tant que de besoin, l'inspection générale des affaires sociales et les agents du contrôle des services extérieurs du ministre chargé de la mutualité ainsi que les autres fonctionnaires commissionnés par elle qui sont nécessaires à l'exercice de sa mission

"Art. L. 531-1-3. - La commission peut demander aux mutuelles toutes informations nécessaires à l'exercice de sa mission.

Elle peut également leur demander la communication des rapports des commissaires aux comptes et, d'une manière générale, de tous documents comptables dont elle peut, en tant que de besoin, demander la certification.

Elle peut porter à la connaissance du public toute information qu'elle estime nécessaire.

"Art. L. 531-1-4. - La commission peut demander aux commissaires aux comptes d'une mutuelle tout renseignement sur l'activité de celle-ci. Les commissaires aux comptes sont alors déliés, à son égard, du secret professionnel

"Art. L. 531-1-3. - Non modifié

"Art. L. 531-1-4 La commission

...professionnel Cette extension du contrôle ne peut avoir d'autre objet que la vérification de la situation financière réelle de la mutuelle contrôlée ainsi que le respect par cette mutuelle des engagements qu'elle a contractés auprès des adhérents

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la commission
	<p>"Art L. 531-1-5 - Si cela est nécessaire à l'exercice de sa mission et dans la limite de celle-ci, la commission peut décider d'étendre le contrôle sur place d'une mutuelle à toute personne morale liée directement ou indirectement par une convention à celle-ci et susceptible d'altérer son autonomie de fonctionnement ou de décision concernant l'un quelconque de ses domaines d'activité</p>	<p>"Art L. 531-1-5 - Non modifié</p>
	<p>"Art L. 531-1-6 - En cas de contrôle sur place, un rapport est établi. Si des observations sont formulées par le vérificateur, il en est donné connaissance à la mutuelle. La commission prend connaissance des observations formulées par le vérificateur et des réponses apportées par la mutuelle.</p>	<p>"Art L. 531-1-6 - Non modifié</p>
	<p>"Les résultats des contrôles sur place sont communiqués au conseil d'administration de la mutuelle. Ils sont, également transmis aux commissaires aux comptes."</p>	
	<p>Art 11</p>	<p>Art. 11</p>
<p><i>Art L. 321-8 (1er alinéa)</i> - L'autorité administrative peut, en cas d'irrégularité grave, ou si les recettes cessent d'être suffisantes pour couvrir les dépenses ou répondre aux engagements, retirer l'approbation du règlement.</p>	<p>I - Dans le code de la mutualité, aux articles L. 321-8 et L. 411-8, les mots " l'autorité administrative ", sont remplacés par les mots " la commission mentionnée à l'article L. 531-1 du présent code "</p>	<p>Sans modification</p>
<p><i>Art L. 411-8 (1er alinéa)</i> - L'autorité administrative peut, en cas d'irrégularité grave ou lorsque le fonctionnement de l'établissement ou du service est gravement compromis, retirer l'approbation</p>		
<p><i>Art L. 531-2 (1er alinéa)</i> - En cas de difficultés financières de nature à compromettre le fonctionnement normal d'une mutuelle, l'autorité administrative peut, sur</p>	<p>II - Dans le code de la mutualité, aux articles L. 531-2, L. 531-3 et L. 531-4, les mots " l'autorité administrative ", sont remplacés par les mots " la commission "</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la commission
<p>proposition de l'assemblée générale, confier, pour une durée maximum d'un an, tout ou partie des pouvoirs dévolus au conseil d'administration de cette mutuelle, et notamment celui de fixer les montants ou les taux des cotisations, à un ou plusieurs administrateurs provisoires choisis par l'assemblée générale en dehors des membres du conseil d'administration</p>		
<p><i>Art L. 531-3</i> - Lorsque le fonctionnement d'une mutuelle n'est pas conforme aux dispositions du présent code ou aux dispositions de ses statuts ou qu'il compromet son équilibre financier, l'autorité administrative peut enjoindre à la mutuelle de présenter un programme de redressement. Si ce programme ne permet pas le redressement nécessaire, l'autorité administrative peut, après avertissement adressé à la mutuelle, recourir à la procédure prévue à l'article L. 531-4.</p>		
<p><i>Art L. 531-4</i> - (1er alinéa) En cas d'irrégularité grave constatée dans le fonctionnement d'une mutuelle, ou si des difficultés financières de nature à mettre en cause l'existence d'une mutuelle persistent sans que les instances dirigeantes réussissent à y faire face, l'autorité administrative peut confier les pouvoirs dévolus au conseil d'administration à un ou plusieurs administrateurs provisoires</p>		
<p><i>Art L. 531-5</i> - (1er alinéa) En cas d'irrégularité grave ou en cas de difficultés financières de nature à mettre en cause l'existence d'une mutuelle, l'approbation peut être retirée par l'autorité administrative</p>	<p>Art 12.</p> <p>Le premier alinéa de l'article L. 531-5 du code de la mutualité est remplacé par les dispositions suivantes</p> <p><i>"Art L. 531-5</i> Si une mutuelle n'a pas déféré à une injonction, la commission peut prononcer à son encontre, compte tenu de la gravité du manquement, l'une des sanctions disciplinaires suivantes</p> <p>"1° l'avertissement.</p>	<p>Art 12</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p><i>"Art L. 531-5</i> Alinéa sans modification</p>
		<p>Alinéa sans modification</p>

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la commission

"2° le blâme ;

Alinéa sans modification

"3° l'interdiction d'effectuer certaines opérations et toutes autres limitations dans l'exercice de l'activité ;

Alinéa sans modification

"4° le retrait d'approbation.

Alinéa sans modification

"La commission peut, aux frais de la mutuelle sanctionnée, ordonner l'insertion de sa décision dans les journaux ou publications qu'elle désigne et l'affichage dans les lieux et pour la durée qu'elle indique."

"Lorsqu'une sanction prononcée par la commission est devenue définitive, la commission peut,...

... décision dans trois journaux ou ...

...qu'elle indique."

Art. 13.

Art. 13.

Il est ajouté au titre III du code de la mutualité un article L. 531-6 ainsi rédigé :

Alinéa sans modification

"Art. L. 531-6. - Dans tous les cas mentionnés aux articles L. 531-2, L. 531-3, L. 531-4 et L. 531-5, la commission statue après une procédure contradictoire. Les intéressés peuvent demander à être entendus. Ils peuvent se faire représenter ou assister. Les mutuelles sanctionnées peuvent, dans le délai de deux mois qui suit la notification de la décision, former un recours de pleine juridiction devant le Conseil d'Etat."

"Art. L. 531-6. - Dans tous les cas ...

... assister. L'examen des recours contre les décisions de la commission de contrôle relève de la compétence de la Cour d'appel de Paris. Le recours n'est pas suspensif ; toutefois, le premier président de la cour d'appel de Paris peut ordonner qu'il soit sursis à exécution de la décision si celle-ci est susceptible d'entraîner des conséquences excessives.

Art. 14.

Art. 14.

Il est ajouté au titre IV du code de la mutualité un article L. 541-2 ainsi rédigé :

Sans modification

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la commission
	<p>"Art. L. 541-2. Tout dirigeant d'une mutuelle ou de l'une des personnes morales visées à l'article L. 531-1-5 qui met obstacle, de quelque manière que ce soit, à l'exercice de leurs fonctions par la Commission de contrôle ou par les fonctionnaires mis à la disposition ou commissionnés par elle, est passible d'un emprisonnement de quinze jours à deux ans et d'une amende de 15 000 F à 2 000 000 F ou de l'une de ces deux peines seulement."</p>	
	<p>TITRE III</p>	<p>TITRE III</p>
	<p>DISPOSITIONS DIVERSES</p>	<p>DISPOSITIONS DIVERSES</p>
	<p>Art 15</p>	<p>Art 15</p>
	<p>I. L'intitulé du titre III du livre VII du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :</p>	<p>Sans modification</p>
	<p>"Titre III. Dispositions relatives aux régimes complémentaires de salariés et aux institutions qui les gèrent."</p>	
	<p>II. Au titre III du livre VII du code de la sécurité sociale, l'intitulé du chapitre premier est modifié comme suit :</p>	
	<p>"Chapitre premier. Régimes complémentaires de retraite ou de prévoyance des salariés."</p>	
<p>CODE DE LA SECURITE SOCIALE</p>	<p>III. Dans le chapitre premier est insérée une section 1 intitulée "Dispositions générales", comportant les articles L. 731-8, L. 731-9, L. 731-10 et L. 731-2-1 qui deviennent respectivement les articles L. 731-1, L. 731-2, L. 731-3 et L. 731-4.</p>	
<p>Art. L. 731-8. Les régimes complémentaires de retraite ou de prévoyance des salariés sont créés ou modifiés soit par voie d'accord collectif interprofessionnel, professionnel ou d'entreprise, soit à la suite d'une ratification à la majorité des intéressés, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la commission
<p>Ils peuvent également faire l'objet de stipulations dans les conventions collectives susceptibles d'être étendues ou élargies conformément aux dispositions du chapitre III du titre III du livre premier du code du travail</p>		
<p><i>Art L. 731-9</i> Les accords professionnels et interprofessionnels mentionnés au premier alinéa de l'article L. 731-8 ainsi que leurs avenants ou annexes peuvent être étendus, s'ils ont été négociés et conclus conformément aux dispositions de la section première du chapitre III du titre III du livre premier du code du travail et ne comportent pas de stipulations contraires aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur</p>		
<p>L'extension est accordée par arrêté interministériel après avis motivé d'une commission dont la composition est fixée par décret</p>		
<p>Elle a pour effet de rendre obligatoire l'accord pour tous les salariés et employeurs compris dans le champ d'application dudit accord</p>		
<p>L'extension est accordée pour la durée de validité de l'accord. Elle peut être annulée par arrêté interministériel si les dispositions de l'accord ou ses conditions d'application cessent d'être en conformité avec les dispositions législatives et réglementaires en vigueur</p>		
<p>Les règles de publicité prévues par l'article L. 133-14 du code du travail sont applicables, par dérogation aux dispositions de l'article L. 133-17 du même code</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la commission
<p><i>Art L. 731 10</i> Des arrêtés interministériels élargiront, sur proposition ou après avis motivé de la commission mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 731 9, tout ou partie des dispositions d'accords étendus conformément à ce même article, à des employeurs, à des salariés et anciens salariés non compris dans le champ d'application de ces accords</p>		
<p><i>Art L. 731 2 1</i> Aucune disposition comportant une discrimination fondée sur le sexe ne peut être insérée, à peine de nullité, dans un accord de retraite ou de prévoyance tel que défini à l'article L. 731 8, dans une clause de convention collective ayant le même objet ou dans les statuts, règlements et annexes tarifaires des institutions autorisées à fonctionner en application de l'article L. 731 1</p>		
<p>L'alinéa précédent ne fait pas obstacle aux dispositions relatives à la protection de la femme en raison de la maternité</p>		
<p>Il ne s'applique pas aux dispositions relatives à la fixation de l'âge de la retraite et aux conditions d'attribution des pensions de reversion</p>		
<p><i>Art L. 731 2</i> (1er alinéa) voir supra Art L. 731 9</p>	<p>IV 1° Au premier alinéa de l'article L. 731 2, les mots " l'article L. 731 8 ", sont remplacés par les mots " l'article L. 731 1 "</p>	
<p><i>Art L. 731 3</i> voir supra Art L. 731 10</p>	<p>2° A l'article L. 731 3, les mots : " l'article L. 731 9 ", sont remplacés par les mots " l'article L. 731 2 "</p>	
<p><i>Art L. 731 4</i> voir supra Art L. 731 2 1</p>	<p>3° Au premier alinéa de l'article L. 731 4, les mots " l'article L. 731 8 " et " l'article L. 731 1 ", sont respectivement remplacés par les mots " l'article L. 731 1 " et " l'article L. 732 1 "</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la commission
<p><i>Art. L. 731-5</i> Les catégories de salariés soumis à titre obligatoire à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale ou des assurances sociales agricoles et les anciens salariés de même catégorie, qui ne relèvent pas d'un régime complémentaire de retraite géré par une institution autorisée en vertu de l'article L. 731-1 du présent code ou de l'article 1050 du code rural sont affiliés obligatoirement à une de ces institutions</p>	<p>V Dans le même chapitre premier est insérée une section 2 intitulée " Dispositions relatives aux régimes complémentaires de retraite " comportant les articles L. 731-5, L. 731-6, L. 731-7 et l'article L. 732-1 qui devient l'article L. 731-8</p>	
<p>Une solidarité interprofessionnelle et générale sera organisée entre les institutions, en application conjointe, s'il y a lieu, des procédures définies par l'article L. 731-9 du présent code et l'article 1051 du code rural</p>		
<p><i>Art. L. 731-6</i> Des décrets fixent, en tant que de besoin, les conditions d'affiliation à un régime de retraite complémentaire des salariés et anciens salariés auxquels les procédures fixées à l'article L. 731-9 du présent code et à l'article 1051 du code rural ne sont pas applicables notamment dans les secteurs professionnels dotés d'un régime complémentaire de retraite défini par voie réglementaire</p>		
<p><i>Art. L. 731-7</i> Les services antérieurs à leur affiliation résultant de l'application du présent chapitre, accomplis par les salariés et anciens salariés mentionnés à l'article L. 731-5, seront valides par les institutions de rattachement conformément aux règles auxquelles sont soumises ces institutions</p>		
<p><i>Art. L. 731-5</i> voir supra V</p>	<p>VI 1° Au premier alinéa de l'article L. 731-5, les mots " l'article L. 731-1 ", sont remplacés par les mots " l'article L. 732-1 "</p>	
<p><i>Art. L. 731-6</i> voir supra V</p>	<p>2° Au deuxième alinéa du même article et à l'article L. 731-6, les mots " l'article L. 731-9 ", sont remplacés par les mots " l'article L. 731-2 "</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la commission
	Art 16	Art. 16
	I Au titre III du livre VII du code de la sécurité sociale, l'intitulé du chapitre II est modifié comme suit :	I Non modifié
	"Chapitre 2 Institutions gestionnaires"	
	II Dans le chapitre II est insérée une section 1 intitulée "Autorisation de fonctionner" comportant un article L. 732-1 ainsi rédigé	II Dans le chapitre II est insérée une section 1 intitulée "Autorisation de fonctionner" comportant l'article L. 731-1 qui devient l'article L. 732-1 ainsi rédigé :
<p>"Art L. 731-1 Les institutions de prévoyance ou de sécurité sociale de toute nature autres que celles mentionnées aux articles L. 111-1, L. 111-2 et L. 711-1 et que les mutuelles régies par le code de la mutualité, établies dans le cadre d'une ou de plusieurs entreprises au profit de travailleurs salariés ou assimilés, ne peuvent être maintenues ou créées qu'avec l'autorisation de l'autorité compétente de l'Etat, et en vue seulement d'accorder des avantages s'ajoutant à ceux qui résultent de l'organisation de la sécurité sociale</p>	<p>"Art L. 732-1 Les institutions de retraite ou de prévoyance complémentaire qui constituent, dans le cadre d'une ou de plusieurs entreprises au profit des travailleurs salariés ou assimilés, des avantages s'ajoutant à ceux qui résultent de l'organisation de la sécurité sociale ne peuvent être maintenues ou créées qu'avec l'autorisation de l'autorité compétente de l'Etat.</p>	"Art L. 732-1. Non modifié
	"Ces institutions peuvent également recevoir, lorsque le contrat collectif le prévoit, l'adhésion à titre individuel d'anciens salariés ou d'ayants droit de salariés	
<p>Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions auxquelles est subordonné l'octroi de l'autorisation suivant que l'institution considérée fait ou non appel à une contribution des bénéficiaires, ainsi que les règles de fonctionnement et les conditions de la liquidation de l'institution</p>	<p>"Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions auxquelles est subordonné l'octroi de l'autorisation</p>	
	<p>"Sans préjudice des dispositions de l'article L. 732-19, l'autorisation peut être retirée par l'autorité compétente de l'Etat en cas de modification substantielle des données au vu desquelles elle avait été délivrée</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la commission
<p><i>Art L. 731 11</i> L'autorité compétente de l'Etat peut, dans l'intérêt des affiliés, imposer l'usage de clauses types dans les statuts et règlements des institutions relevant de l'article L. 731 1, réalisant des opérations de prévoyance et habilitées à gérer des plans d'épargne en vue de la retraite</p>	<p>"Pour les institutions autres que celles qui sont dans le champ de compétence de la commission prévue à l'article L. 732-10, un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions auxquelles est subordonné le retrait de l'autorisation "</p>	
<p><i>Art L. 731 3</i> Les dispositions des articles L. 243 4 et L. 243 5 sont, à défaut de dispositions particulières, applicables aux institutions mentionnées à l'article L. 731 1</p>	<p>Art 17</p> <p>I Au chapitre II du titre III du livre VII du code de la sécurité sociale est insérée une section 2 intitulée "Fonctionnement" comportant les articles L. 731-11, L. 731 3, L. 731 2, L. 731-4 et L. 731 12 qui deviennent respectivement les articles L. 732 2, L. 732 3, L. 732 4, L. 732-5 et L. 732 6</p>	<p>Art. 17</p> <p>Sans modification</p>
<p><i>Art L. 731 2</i> Est réputée non écrite et nulle de plein droit, toute disposition des statuts ou du règlement d'une institution de retraite mentionnée soit à l'article L. 731 1, soit à l'article 1050 du code rural intéressant le personnel salarié d'une ou de plusieurs professions, lorsque cette disposition emporte la perte des droits à la retraite d'un salarié pour changement de profession</p>		
<p>Les régimes mentionnés à l'alinéa précédent doivent, s'il y a lieu, modifier leurs dispositions pour définir les nouvelles modalités assurant la sauvegarde des droits de leurs adhérents</p>		

Texte en vigueur

Lorsqu'un salarié a été affilié successivement à plusieurs institutions mentionnées à l'alinéa premier, chacune d'elles doit, pour l'appréciation des conditions d'ouverture du droit à la retraite prévues par ses statuts ou règlements, tenir compte, quelle qu'en soit la durée, des périodes d'affiliation aux autres institutions. Si le droit à retraite est

ouvert auprès d'une ou plusieurs institutions par application de ces dispositions, chacune de ces institutions calcule les avantages de retraite à sa charge suivant les règles prévues par ses statuts ou règlements et sur la base des périodes validables par elle. Toutefois, les statuts ou règlements peuvent prévoir que les périodes d'affiliation inférieures à une durée minimale fixée par décret en Conseil d'Etat ne donnent pas lieu au versement des prestations correspondantes.

Ces dispositions qui sont d'ordre public s'appliquent aux anciens salariés ayant appartenu à des professions ressortissant de régimes ou institutions prévus au premier alinéa.

Un décret fixe les modalités d'application des dispositions ci-dessus.

Art L. 731 4 Par dérogation aux dispositions de l'article L. 731 1, il peut être créé, dans les conditions fixées au premier alinéa de l'article L. 644 1, une institution de prévoyance obligatoire commune aux personnes salariées et non salariées exerçant, à titre principal ou non, les professions de moniteur de ski, de guide de haute montagne et d'accompagnateur et moyenne montagne.

Texte du projet de loi**Propositions de la commission**

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la commission
<p>A <i>L. 731-12</i> Les plans d'épargne en vue de la retraite proposés par les institutions relevant de l'article L. 731-1 ne pourront, à peine de nullité, être souscrits que par les affiliés bénéficiant d'au moins un avantage garanti par l'institution au titre d'une convention collective, d'un accord d'entreprise ou d'un contrat d'assurance de groupe</p>	<p>II Il est ajouté à cette section 2 un article L. 732-7 ainsi rédigé</p> <p><i>"Art. L. 732-7</i> Un décret en Conseil d'Etat détermine les règles de fonctionnement et les conditions de la liquidation de l'institution "</p> <p>III Aux articles L. 732-2, L. 732-3, L. 732-4, L. 732-5 et L. 732-6, les mots " l'article L. 731-1 ", sont remplacés par les mots " l'article L. 732-1 "</p>	
<p><i>Art. L. 731-13</i> Chaque avantage mis en oeuvre par les institutions visées à l'article L. 731-1 sur la base de leurs statuts et règlements relève obligatoirement d'une section financièrement distincte</p>	<p style="text-align: center;">Art 18</p> <p>I Au chapitre II du titre III du livre VII du code de la sécurité sociale est insérée une section 3 intitulée " Régime financier et comptable " comportant l'article L. 731-13 qui devient l'article L. 732-8 ainsi que l'article L. 732-9 ci après</p>	<p style="text-align: center;">Art 18</p> <p>I Alinéa sans modification</p>
<p>Les actifs représentatifs des opérations garanties et notamment de celles qui sont relatives au plan d'épargne en vue de la retraite sont affectés par un privilège général au règlement des engagements des institutions relevant de l'article L. 731-1 envers les affiliés correspondant à ces opérations. Ce privilège prend rang après le 6^o de l'article 2101 du code civil</p>	<p><i>"Art. L. 732-9</i> Les institutions sont soumises au contrôle d'un ou de plusieurs commissaires aux comptes</p>	<p><i>"Art. L. 732-9</i> Alinéa sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la commission
	<p>"Ce contrôle s'exerce dans les conditions et sous les sanctions prévues par les textes législatifs et réglementaires en vigueur sous réserve des adaptations qui sont rendues nécessaires par le statut juridique des institutions et qui sont fixées par décret en Conseil d'Etat."</p>	<p>"Elles nomment au moins un commissaire aux comptes et un suppléant, choisis sur la liste mentionnée à l'article 219 de la loi n° 66-537 du 24 juillet 1966 sur les sociétés commerciales, qui exercent leurs fonctions dans les conditions prévues par cette loi, sous réserve des adaptations rendues nécessaires par le statut juridique des institutions et qui sont fixées par décret en Conseil d'Etat."</p>
CODE RURAL.	<p>II A l'article L. 732 8, les mots " l'article L. 731 1 ", sont remplacés par les mots " l'article L. 732 1 "</p>	<p>II Non modifié</p>
Art 1050 voir supra art 8	<p>Art 19</p> <p>1o A l'article 1050 du code rural, les mots : " caisses de prévoyance ", sont remplacés par les mots " institutions de retraite ou de prévoyance complémentaire "</p> <p>2o Le second alinéa de l'article 1050 du code rural est remplacé par les dispositions suivantes</p> <p>"Les institutions définies au premier alinéa sont soumises au contrôle de la commission instituée par l'article L. 732 10 du code de la sécurité sociale "</p>	<p>Art 19.</p> <p>Sans modification</p>
<p>Art 1051 Sous réserve des dispositions de l'article 1050, les dispositions du titre III du livre VII du code de la sécurité sociale sont applicables aux régimes de retraite et de prévoyance institués en faveur des salariés mentionnés à l'article 1144</p>	<p>3o A l'article 1051 dudit code, les termes " L. 731 9 " et " L. 731 10 ", sont remplacés par les termes " L. 731 2 " et " L. 731 3 "</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la commission
<p>Toutefois, par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 731 9 du code de la sécurité sociale et de l'article L. 731 10 du même code, les accords visés au premier alinéa de l'article L. 731 9 précité ayant pour objet l'institution d'un régime complémentaire de prévoyance ou de retraite en faveur des salariés mentionnés à l'article 1144 sont étendus par arrêté du ministre chargé de l'agriculture après avis motivé de la sous commission des conventions et accords de la commission nationale de la négociation collective et élargis, en tout ou partie, par arrêté du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé du budget sur proposition ou après avis motivé de la sous commission précitée</p>		
<p>CODE DE LA MUTUALITE</p>		
<p><i>Art. L. 111 2</i> Les associations ou groupements de toute nature qui font appel à des cotisations des membres participants, pour atteindre principalement un ou plusieurs des buts mentionnés au 1^o de l'article L. 111 1, doivent se placer sous le régime des mutuelles défini par le présent code</p>		
<p>Cette transformation s'effectue sans donner lieu à dissolution ou liquidation</p>		
<p>Ne sont pas soumises à cette obligation</p>	<p>Art 20</p>	<p>Art 20</p>
<p>a) Les entreprises et organismes régis par le code des assurances ; b) Les institutions définies aux articles L. 3 et L. 4 du code de la sécurité sociale ;</p>		
<p>c) Les institutions régies par le titre II du livre VII du code rural</p>	<p>1. A l'article L. 111 2 troisième alinéa b) du code de la mutualité, les mots "aux articles L. 3 et L. 4" du code de la sécurité sociale, sont remplacés par les mots "aux articles L. 711 1 et L. 732 1"</p>	<p>1. Au cinquième alinéa b) de l'article L. 111-2 du code de la mutualité, les mots et L. 732 1"</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la commission
<p><i>Art L. 121-1</i> (2eme alinéa) Lorsque la mutuelle participe à des opérations de prévoyance collective, et notamment à celles régies par l'ordonnance no 59 75 du 7 janvier 1959 relative à certaines opérations de prévoyance collective et d'assurance, l'adhésion à la mutuelle peut résulter d'un contrat de travail, d'une convention collective, d'un accord d'établissement ou être souscrite par tout groupement habilité à cette fin à représenter les intéressés. Ceux-ci sont membres participants à titre individuel de la mutuelle.</p>	<p>II Au deuxième alinéa de l'article L. 121-1 du code de la mutualité, les mots " d'un accord d'établissement ", sont remplacés par les mots " d'un accord d'établissement, de la ratification à la majorité des intéressés, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise "</p>	<p>II Non modifie</p>
TITRE IV	TITRE IV	
DISPOSITIONS TRANSITOIRES	DISPOSITIONS TRANSITOIRES	
Art 21	Art 21	
<p>I Les dispositions de l'article 7 sont applicables aux contrats ou conventions souscrits antérieurement à la publication de la présente loi</p>	<p>I Non modifie</p>	
<p>II Les contrats ou conventions souscrits antérieurement à la date de publication de la présente loi devront, dans le délai d'un an suivant cette date, être rendus conformes, selon le cas, aux dispositions de l'article 4</p>	<p>II Non modifie</p>	
<p>III Les dispositions de l'article 5 sont applicables aux contrats ou conventions souscrits deux ans au moins avant la date de publication de la présente loi</p>	<p>III Les dispositions souscrits <i>trois</i> ans au moins loi</p>	
<p>Ces dispositions deviendront applicables aux autres contrats ou conventions souscrits avant la date de publication de la présente loi lorsqu'un délai de deux ans se sera écoulé depuis la souscription de ces contrats</p>	<p>Ces dispositions un délai de <i>trois</i> ans se sera ces contrats</p>	
<p>IV Les dispositions des articles 2 et 3 sont applicables aux contrats ou conventions souscrits à partir de la date de publication de la présente loi</p>	<p>IV Non modifie</p>	

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la commission

V Par dérogation à l'alinéa 2 de l'article 6 de la présente loi, les organismes qui, pour les opérations ayant pour objet la couverture des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, du risque décès, des risques d'incapacité ou d'invalidité ou du risque chômage, n'ont pas, à la date de publication de la présente loi, pour les contrats ou conventions existants, les provisions correspondant à leur engagement, ou ne sont pas en mesure de les constituer intégralement à l'aide de leurs réserves, sont dispensés de l'obligation de provisionnement intégral des rentes en cours de service à cette date

Ils disposent d'une période transitoire se terminant le 31 décembre 1996 pour constituer chaque année et au moins linéairement les provisions nécessaires à la couverture des rentes à venir pour les contrats ou conventions existants. Une indemnité de résiliation correspondant à la fraction de l'engagement qui, chaque année, n'est pas couverte intégralement par des provisions, est due par le souscripteur en cas de résiliation ou de non renouvellement du contrat ou de la convention

Un décret détermine les modalités d'application des deux précédents alinéas

V Alinéa sans modification

Ils disposent

la convention Toutefois, cette indemnité n'est pas exigible si un nouveau contrat ou une nouvelle convention souscrite en remplacement du contrat ou de la convention précédente prévoit la reprise intégrale des engagements relatifs au contrat ou à la convention initiale, les provisions éventuellement constituées sont alors intégralement transférées au nouvel organisme

Alinéa sans modification

Texte en vigueur**Texte du projet de loi****Propositions de la commission**

Art 22

Art 22

Un décret en Conseil d'Etat codifie, en tant que de besoin, les dispositions du titre premier de la présente loi dans le code des assurances, dans le code de la sécurité sociale et dans le code de la mutualité

Sans modification