



Rapport sur la Solvabilité et la Situation Financière

Exercice 2022

Solimut
 **utuelle**
de France

GÉNÉRATIONS **SOLIDAIRES**

SOMMAIRE

PREAMBULE.....	4
SYNTHESE.....	5
A. ACTIVITE ET RESULTATS	11
A.1 Activité	11
A.2 Résultats de souscription	15
A.3 Résultats des investissements.....	16
A.4 Résultats des autres activités.....	17
A.5 Autres informations	17
B. SYSTEME DE GOUVERNANCE	18
B.1 Informations générales sur le système de gouvernance	18
B.2 Exigences de compétence et d'honorabilité	25
B.3 Système de gestion des risques, y compris l'évaluation interne des risques et de la solvabilité	27
B.4 Système de contrôle interne	34
B.5 Fonction d'audit interne.....	36
B.6 Fonction actuarielle.....	37
B.7 Sous-traitance.....	39
B.8 Autres informations.....	40
C. PROFIL DE RISQUE.....	41
C.1 Risque de souscription	42
C.2 Risque de marché	46
C.3 Risque de crédit.....	51
C.4 Risque de liquidité	54
C.5 Risque opérationnel	55
C.6 Autres risques importants	58
C.7 Autres informations.....	58
D. VALORISATION A DES FINS DE SOLVABILITE	59
D.1 Actifs.....	60
D.2 Provisions techniques	65
D.3 Autres passifs	68
D.4 Méthodes de valorisation alternatives	69
D.5 Autres informations	69

E. GESTION DU CAPITAL	70
E.1 Fonds propres	70
E.2 Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis	74
E.3 Utilisation du sous-module « risque sur actions » fondé sur la durée dans le calcul du capital de solvabilité requis	76
E.4 Différences entre la formule standard et tout modèle interne utilisé.....	76
E.5 Non-respect du minimum de capital requis et non-respect du capital de solvabilité requis	76
E.6 Autres informations.....	76

PREAMBULE

Les principaux enjeux portés par la Directive européenne Solvabilité 2 sont de garantir les engagements d'assurance vis-à-vis des assurés et la survie des entreprises d'assurances dans les périodes difficiles.

La Directive Solvabilité 2 est entrée en application le 1^{er} janvier 2016. Elle impose aux assureurs assujettis de disposer d'un niveau de fonds propres suffisant pour faire face à tout risque liés à leurs activités et de mettre en place une gouvernance des risques efficace. Elle exige également des assureurs qu'ils soient transparents auprès du public sur leur solvabilité et leur situation financière.

C'est l'objet de ce rapport, communément appelé SFCR¹, élaboré en application des articles 51 à 56 de la Directive cadre 2009/138/CE et des articles 290 à 303 du Règlement Délégué 2015/35 consolidé complétant la Directive cadre.

Le rapport SFCR présente des informations descriptives tant qualitatives que quantitatives sur Solimut Mutuelle de France, dénommée « la Mutuelle » dans la suite du rapport, et sa solvabilité pour la période de référence du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2022.

Le rapport est structuré conformément à l'annexe 20 du Règlement Délégué :

- A. Activités et résultats
- B. Système de gouvernance
- C. Profil de risque
- D. Valorisation à des fins de solvabilité
- E. Gestion du capital.

Les QRT² annuels publics sont présentés dans le document en annexe.

Ce rapport a été présenté au comité des risques du 6 avril 2023 et sera soumis à l'approbation du conseil d'administration de la Mutuelle du 20 avril 2022.

Il est par ailleurs publié sur le site internet de la Mutuelle et communiqué à l'ACPR³.

¹ *Solvency and Financial Conditions Report* (rapport sur la solvabilité et la situation financière en français)

² *Quantitative Reporting Templates* (états de reporting quantitatif en français)

³ Autorité de contrôle prudentiel et de résolution

A. Activité et résultats

Activité

Solimut Mutuelle de France est un organisme à but non lucratif soumis aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et agréé pour pratiquer des opérations d'assurance relevant des branches 1, 2, 20 et 21.

La Mutuelle diffuse une offre globale incluant des garanties complémentaires santé, des produits de prévoyance, d'épargne et de retraite. Elle assure la protection sociale complémentaire santé et prévoyance de toutes les populations quels que soient leur âge et leurs situations personnelles ou professionnelles. Elle a pour objectif d'accompagner ses adhérents tout au long de leur vie et de proposer une offre santé globale accessible à tous, basée sur l'entraide et la solidarité.

Solimut Mutuelle de France s'attache à promouvoir une protection sociale de haut niveau pour tous avec l'accès à la santé qui est une des conditions de la dignité humaine. Elle revendique une réelle démocratie sanitaire et sociale et se mobilise aux côtés des autres acteurs du mouvement social pour promouvoir un système de santé et de protection sociale solidaire. Elle s'implique dans des actions en lien avec le monde associatif.

Elle investit ses éventuels excédents financiers au bénéfice de ses adhérents en développant de nouvelles garanties, en remboursant de nouveaux traitements, en finançant des services et des prestations supplémentaires et en consolidant ses fonds propres et sa marge de solvabilité.

La Mutuelle puise ses origines dans les Caisses de secours mutuels du 19^{ème} siècle. Elle adhère aujourd'hui aux Fédérations des Mutuelles de France et de la Mutualité Française. Solimut Mutuelle de France est un acteur mutualiste de référence présent sur l'ensemble du territoire national. Elle s'attache à préserver un fort lien de proximité avec ses adhérents grâce à son réseau de mutualisation, qui représente près de la moitié de l'effectif salarié.

Résultats

Chiffre d'affaires

La Mutuelle a réalisé un chiffre d'affaires brut 2022 de 300,0 M€, en hausse de 8,1 M€ par rapport à 2021, sous l'effet de :

- La nouvelle politique de renouvellement déterminée par la Mutuelle dès 2021 pour redresser ses marges au travers de hausses tarifaires, voire résiliation de contrats fortement déficitaires, dès 2022 suite aux impact significatifs de hausses de prestations engendrés par la mise en place de la réforme du 100% santé ;

Et est contrebalancée par :

- La poursuite de la politique de renouvellement (résiliations des contrats prévoyance déficitaires) engagée dès 2019 améliorant les niveaux de marges mais réduisant le chiffres d'affaires ;
- Une perte des effectifs, et donc du chiffres d'affaires, principalement due aux résiliations, conséquence directe des hausses tarifaires nécessaires appliquées dans le cadre du redressement relatif au 100% santé.

La Mutuelle couvre aujourd'hui 407 400 personnes protégées en Santé et 216 000 en Prévoyance.

Résultat de souscription

La Mutuelle affiche un résultat de souscription de -2,2 M€ au titre de l'exercice 2022, en nette progression par rapport à 2021. Cette progression est une conséquence directe du plan de redressement dont l'un des piliers est la reconstitution des marges techniques. Les impacts de la réforme du 100% santé enregistrés en 2021 (hausse de prestations dentaires et audio et maintien des niveaux de prestations optique) se maintiennent en 2022. Il s'agit bien d'un effet structurel et non conjoncturel. En parallèle, l'activité prévoyance a enregistré de nouveaux bonis cette année, et les effets de redressement se poursuivent.

Résultat financier

Au 31 décembre 2022, le portefeuille d'actifs de la Mutuelle s'élève à 292,6 M€ en valeur nette comptable et à 287,0 M€ en valeur de marché, soit un montant de 8,6 M€ de moins-values latentes nettes. Il reflète une volonté de diversification des sources de revenus et se caractérise par une gestion prudente et adaptée aux risques en portefeuille.

Il est constitué majoritairement (58%) de titres vifs obligataires Etat et Entreprises.

La Mutuelle conserve par principe de prudence un montant significatif d'actifs liquides ou disponibles à très court terme (27%) pour se prémunir de tout risque de liquidité, dont une partie est soumise aux risques de marché.

Le résultat financier 2021 s'élève à -0,7 M€, en baisse significative (-5,7 M€) par rapport à l'exercice précédent, sous l'effet de la performance des placements (-2,9M€ par rapport à 2021, du fait de des moins-values significatives sur des cessions de SCI en 2022 tandis que des opérations exceptionnelles ont mené à des plus-values importantes ayant bonifié le résultat 2021), et d'autre part, de revenus et dépenses à la baisse (-2,8M€ par rapport à 2021).

B. Système de gouvernance

Organisation générale

Solimut Mutuelle de France dispose d'un système de gouvernance dont l'objectif est de garantir une gestion saine, prudente et sécurisée de ses activités.

Le système de gouvernance de la Mutuelle repose sur la complémentarité entre le conseil d'administration, les deux dirigeants effectifs, une comitologie adaptée, un collège de responsables de fonctions clés et un système de contrôle interne approprié. L'identification et la définition claire des rôles et responsabilités des acteurs permettent de s'assurer d'une correcte séparation des tâches entre les fonctions d'administration, de gestion et de contrôle.

Le système de gouvernance comprend un système de gestion des risques et de contrôle interne, organisé autour de quatre responsables de fonctions clés: gestion des risques, actuarielle, audit interne et vérification de la conformité. Les quatre fonctions accompagnent le conseil d'administration et les dirigeants effectifs de la Mutuelle dans sa mission d'orientation et de contrôle et disposent d'un libre accès aux instances de gouvernance.

En matière de dispositif de gestion des risques, le système de gouvernance de Solimut Mutuelle de France s'appuie principalement sur le comité des risques de la Mutuelle et qui a un rôle de liaison et d'information entre le conseil d'administration, les fonctions clés, le comité de direction et les opérationnels de la Mutuelle en charge de couvrir l'ensemble des risques. Il s'inscrit dans le cadre fixé par les politiques écrites.

La présidente du conseil d'administration, le directeur général et les responsables des fonctions clés répondent aux exigences de compétence et d'honorabilité fixées par la réglementation.

La Mutuelle considère que son système de gouvernance est en adéquation avec sa stratégie, la nature et l'ampleur des risques inhérents à son activité.

Changements importants survenus

Sur le plan de la gouvernance, l'année 2021 a été marquée par le changement de dirigeant effectif : le conseil d'administration du 14 octobre 2021 a procédé à la désignation de Yannick Porracchia en tant que dirigeant opérationnel et directeur général de la Mutuelle.

La fin d'année 2021 a été marquée par la dissolution du groupe prudentiel UMG Solimut Mutuelle. Les fonctions clés ont été internalisées au sein de la Mutuelle.

Sur le plan prudentiel, Frédéric Mazzei a été nommé en tant que responsable de la fonction clé audit interne, Mélina Brichory a été nommée en tant que responsable de la fonction clé Gestion des risques, Marie Bracke a été nommée en tant que responsable de la fonction clé Conformité, et Pierre-Alexis Brabis a été nommé en tant que responsable de la fonction clé Actuariat.

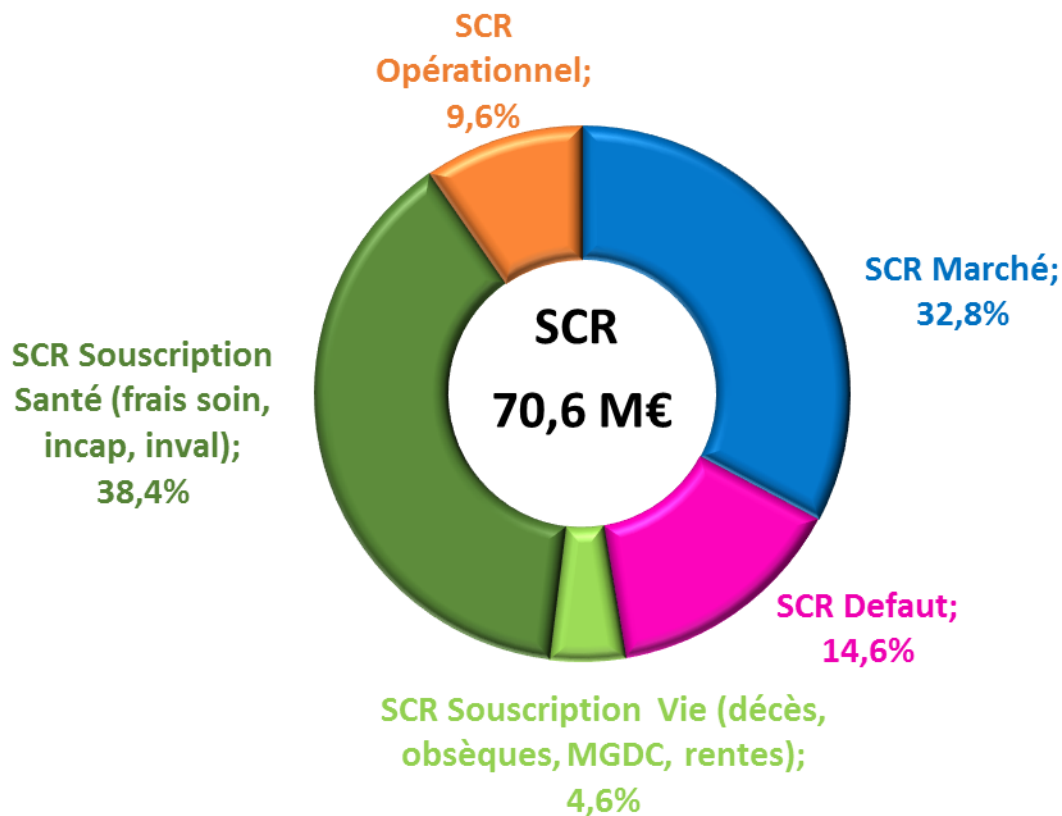
Le Comité des risques a été placé sous la présidence de Lisa Ribeaud.

Suite à l'arrivée de la Directrice Relation Adhérent, une nouvelle organisation opérationnelle a été communiquée fin 2022, avec mise en place début 2023.

C. Profil de risque

Le profil de risque regroupe l'ensemble des risques auxquels est exposée la Mutuelle, la quantification de ces expositions et les mesures de protection face à ces risques.

Le capital de solvabilité requis (SCR) est le niveau de capital permettant à la Mutuelle de faire face à des pertes imprévues :



* Répartition (en %) des différents SCR au sein du SCR Global avant effet de diversification

Les risques de souscription en santé et de marché constituent les principaux risques de la Mutuelle :

- Le risque de souscription en santé est caractéristique de l'activité de la Mutuelle, axée sur la couverture des risques en santé (82% des cotisations acquises) et en prévoyance (18% des cotisations acquises) ;
- Le risque de marché représente le risque porté sur les investissements à travers les placements réalisés en représentation des engagements vis-à-vis des assurés ou des fonds propres de la Mutuelle.

La Mutuelle considère que le calibrage de la formule standard est adapté à la mesure de son profil de risque.

D. Valorisation à des fins de solvabilité

L'établissement du bilan en normes Solvabilité 2 requiert de déterminer la valeur économique de l'ensemble des actifs et passifs.

Les principales différences entre le bilan en normes comptables françaises et le bilan en normes prudentielles concernent :

- La réévaluation des actifs à leur valeur de marché, conduisant à inclure des plus ou moins-values latentes à l'actif du bilan prudentiel ;
- Le remplacement d'une estimation suffisante des engagements envers les adhérents (provisions techniques dans le bilan en normes comptables françaises) par la meilleure estimation (ou « *best estimate* ») des flux futurs actualisés des règlements auxquels s'ajoute une marge de risque (dans le bilan en normes Solvabilité 2) permettant de garantir que la valeur des provisions techniques est équivalente au montant dont un assureur doit disposer pour reprendre et honorer ces engagements ;

- La comptabilisation au bilan prudentiel d'impôts différés qui correspondent à des suppléments ou des déductions futurs d'impôts liés aux évolutions précédentes.

Le bilan prudentiel au 31 décembre 2022 s'élève à 421,4 M€ et se présente sous un format simplifié comme suit :

Actif		Passif	
Actifs incorporels	0	Provisions techniques	185,7
Impôts différés Actifs (IDA)	8,6	<i>Meilleure estimation (BE)</i>	177,9
Immobilisations corporelles pour usage propre	5,1	<i>Marge de risque</i>	7,7
Placements	263,8	Autres passifs	136,7
Prêts	3,3	Impôts différés passifs (IDP)	8,6
Provisions cédées	71,5	Dettes subordonnées	44,4
Autres actifs	69,1		
Total	421,4	Total	375,3
Excédent d'actif sur passif			46,1

E. Gestion du capital

La Mutuelle doit s'assurer du respect permanent de la couverture des exigences réglementaires (SCR⁴ et MCR⁵) par des fonds propres en quantité suffisante qui remplissent les critères de qualité attendus pour être éligibles.

La Mutuelle détermine les exigences de capital et les fonds propres économiques à l'aide de la formule standard et sans recours à des paramètres.

Ses ratios de couverture au 31 décembre 2022 sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Indicateurs prudentiels	2021	2022
Fonds propres éligibles S2	96,7	87,6
Fonds propres éligibles MCR	69,0	57,5
SCR	73,4	70,6
MCR	18,3	17,7
Ratio de couverture du SCR	132%	124%
Ratio de couverture du MCR	376%	326%

Montants en Millions d'euros

Au 31 décembre 2022, le ratio de couverture du SCR, appelé ratio de solvabilité, s'établit à 124%, avec 87,6 M€ de fonds propres éligibles – dont 88,6% sont classés en Tier 1, gage de solidité financière – pour une exigence en capital de 70,6 M€.

Les fonds propres éligibles à la couverture du MCR⁶ s'élèvent à 57,5 M€ pour une exigence en capital de 17,7 M€, soit un ratio de couverture de 326%.

⁴ Capital de Solvabilité Requis.

⁵ Minimum de Capital Requis.

⁶ Minimum de capital requis

La Mutuelle a recours à la mesure transitoire dite de « Grand-père » qui lui permet de conserver 4,4 M€ de dettes subordonnées dans ses fonds propres disponibles pendant une période de 10 ans s'achevant le 1^{er} janvier 2026.

A. ACTIVITE ET RESULTATS

A.1 Activité

A.1.1 Informations générales

Solimut Mutuelle de France est un organisme à but non lucratif soumis aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité.

Elle est inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 383 143 617 et enregistrée sous le code LEI 96950067QHZSW2UL7764.

Son siège social est situé au Castel Office, 7 quai de la Joliette, 13002 Marseille.

Elle est placée sous la supervision de l’Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

Les commissaires aux comptes de la Mutuelle sont :

- Le cabinet Ficorec Audit, représenté par Matthieu Capuono, dont les bureaux sont situés au 327 Boulevard Michelet, 13009 Marseille ;
- Le Cabinet Grant Thornton, représenté par Katell Morvan, dont les bureaux sont situés au 29 rue du pont, 92200 Neuilly-sur-Seine.

A.1.2 Présentation de la Mutuelle

La Mutuelle est agréée pour pratiquer des opérations d’assurance relevant des branches accidents [1], maladie [2], vie-décès [20], et nuptialité-natalité [21].

Solimut Mutuelle de France diffuse – soit en direct soit par l’intermédiaire de partenaires – l’ensemble des garanties formant le panel de la protection sociale complémentaire destiné aux particuliers, aux entreprises et à la fonction publique :

- Remboursements de frais de santé
- Décès toutes causes
- Obsèques
- Invalidité Absolue et Définitive toutes causes
- Incapacité de travail
- Invalidité Permanente
- Hospitalisation
- Accident
- Rente d’éducation, de conjoint

En santé comme en prévoyance, la Mutuelle distribue des produits à la fois individuels et collectifs, à destination de différents secteurs d’activité liés à son implantation territoriale historique : IEG (Industries Electriques et Gazières), travailleurs indépendants, entreprises privées, fonctions publiques territoriale et hospitalière, ou encore Mutuelles dites « communales » ou associatives.

Elle est la 1^{ère} Mutuelle de la Fédération des Mutuelles de France et fait partie du groupement de la Mutualité Française leader sur la région PACA.

La Mutuelle intervient en substitution de 6 Mutuelles : Mutuelle 525ème, Mutuelle des personnels CHS Montperrin, Mutuelle des personnels maritimes, Mutuelle des services publics, Mutuelle Varoise des travailleurs de l'Etat (MVTE), Solimut Mutuelle des personnels des organismes sociaux (SOMUPOS).

En 2022, la Mutuelle recense 450 salariés en effectif moyen.

A.1.3 Activité / Chiffres clés

Au 31 décembre 2022, le portefeuille de la Mutuelle est constitué de 407 400 personnes protégées en Santé et 216 000 en Prévoyance.

Elle a réalisé un chiffre d'affaires brut 2022 de 300,0M€ (142,2 M€ nets de cessions en réassurance), en hausse de 8,1 M€ (+2,8 %) par rapport à 2021.

Cette hausse s'explique par :

- La nouvelle politique de renouvellement déterminée par la Mutuelle dès 2021 pour redresser ses marges au travers de hausses tarifaires, voire résiliation de contrats fortement déficitaires, dès 2022 suite aux impact significatifs de hausses de prestations engendrés par la mise en place de la réforme du 100% santé ;

Et est contrebalancée par :

- La poursuite de la politique de renouvellement (résiliations des contrats prévoyance déficitaires) engagée dès 2019 améliorant les niveaux de marges mais réduisant le chiffres d'affaires ;
- Une perte des effectifs, et donc du chiffres d'affaires, principalement due aux résiliations, conséquence directe des hausses tarifaires nécessaires appliquées dans le cadre du redressement relatif au 100% santé.

Le chiffre d'affaires se répartit comme suit :

- 92% en garanties Non Vie (Santé, Indemnités journalières, Incapacité, Invalidité, Hospitalisation, Accident),
- 8% en sur la branche Vie (Décès, Obsèques, Rentes).

L'activité Santé représente 82% du chiffre d'affaires, et la Prévoyance 18%.

En vision comptable, à fin 2022, le portefeuille santé de la Mutuelle est réparti à 51% en individuel et 49% en collectif, tandis que le portefeuille prévoyance est constitué à 88% en collectif et 12% en individuel. Les contrats collectifs couvrent à la fois des salariés du privé et/ou des agents de la fonction publique (territoriale, hospitalière).

En vision Solvabilité 2, au regard des garanties qu'elle propose, la Mutuelle exerce les lignes d'activités (LoB) suivantes :

- Parmi les engagements en non-vie : l'assurance des frais médicaux [LoB 1], l'assurance de protection des revenus [LoB 2], les engagements de réassurance proportionnelle des frais médicaux [LoB 13] et les engagements de réassurance proportionnelle de protection des revenus [LoB 14] ;
- Parmi les engagements en vie :
 - Pour les lignes d'activité Santé SLT : les rentes découlant des contrats d'assurance non-vie et liées aux engagements d'assurance santé [LoB 33] et les engagements de réassurance maladie [LoB 35] ;

- Pour les lignes d'activité Vie : l'assurance avec participation aux bénéficiaires [LoB 30], les autres assurances vie [LoB 32] et les engagements de réassurance vie [LoB 36].

La commercialisation de ces garanties intervient principalement sur le territoire français.

A.1.4 Faits marquants de l'année 2022

L'année 2022 est marquée par un redressement du portefeuille, entraînant une hausse du chiffre d'affaire et l'obtention d'un résultat net à -1,7M€.

Sur le pilier des redressements des marges en santé, le renouvellement tarifaire 2022 a porté ses fruits, ce qui a permis une hausse des marges techniques significative en santé en 2022. Sur le pilier d'économie des frais généraux, l'objectif a été dépassé sur 2022. Enfin seul le pilier du développement commercial n'a pas encore porté ses fruits de manière quantitativement mesurable. Néanmoins des outils importants, en terme d'organisation, en terme de bagage commercial, de coaching, ou de pilotage ont été mis en place en 2022 et devront porter leurs fruits en 2023.

L'arrêt du principal contrat de dépendance de la Mutuelle a eu lieu en 2022. Ce changement de portefeuille, décidé dans le cadre du pilotage du SCR, a déjà été noté dans le calcul du ratio au 31 décembre 2021, du fait de l'arrêt du calcul de Best Estimate de flux sur ce risque.

Sur les axes stratégiques, il est à noter un lien renforcé entre élus et salariés dans le cadre de la période de renouvellement, ainsi qu'une complémentarité renforcée L2/L3.

La Mutuelle a donné une orientation forte à ses actions dans les territoires autour de la thématique de la santé alimentaire en mêlant à la fois activité de prévention, solidarité et accès aux droits.

Par ailleurs, c'est à travers de nombreuses actions que notre Mutuelle a mis en exergue ses engagements actifs au sein de l'ESS (Economie sociale et solidaire) marquant ainsi sa capacité à fédérer ses partenaires autour d'actions concrètes.

A.1.5 Perspectives / Plan stratégique

L'année 2022 marque la reprise en avant de la Mutuelle vers le retour à l'équilibre, après une année 2021 bousculée par l'impact de la réforme du 100% santé. Si le résultat reste encore déficitaire sur cet exercice, il est cependant en avance d'un an sur les projections établies lors du dernier plan moyen terme et du deuxième plan de redressement, et il constitue le meilleur résultat de la Mutuelle depuis 2016. Sa proximité avec l'équilibre, ainsi que la poursuite des efforts de redressement tarifaire et d'économies de coût sont des indicateurs de bon augure sur notre capacité à rejoindre l'équilibre et à générer à nouveaux des excédents permettant de reconstituer nos fonds propres.

A.1.6 Liste des entreprises liées significatives

Solimut Mutuelle de France détient des participations dans les entreprises liées significatives suivantes :

Nom	Forme juridique	QP de la participation détenue ¹
MUTUELLES DE PROVENCE	Société Civile Immobilière	98,9%
LA FEUILLERAIE	Société Civile Immobilière	99,7%
MUTIMMO	Société Civile Immobilière	57,1%
IMMOMUT	Société Civile Immobilière	99,7%
SANDRINE FAVEYROLLES	Société Civile Immobilière	92,7%
525E SANTE PLUS	Société Civile Immobilière	87,8%
SANDRINE ²	Société Civile Immobilière	88,1%
CHATEAU DE FAVEYROLLES ²	Société Civile Immobilière	91,6%
OPTIQUE MUTUELLES DE FRANCE	Société par Actions Simplifiée	76,4%

¹La quote-part des droits de vote détenus par Solimut Mutuelle de France est identique à la quote-part de participation détenue.

²Participation indirecte par l'intermédiaire de la SCI SANDRINE FAVEYROLLES

NB : l'ensemble des entreprises liées significatives est domiciliée en France.

Ces participations correspondent à des investissements stratégiques de la Mutuelle qui couvre les activités suivantes :

- le développement d'un réseau de soins en frais de santé, avec notamment la société Optique Mutuelle de France ;
- la participation dans des SCI détenant des biens immobiliers :
 - soit pour le réseau de distribution et les bureaux administratifs de la Mutuelle ;
 - soit pour les réseaux de distribution des locataires, structures partenaires de la Mutuelle, en cohérence avec la stratégie dont l'un des axes principaux consiste à faire perdurer le lien entre les organismes du livre 2 et du livre 3 du Code de la mutualité et de travailler à faciliter l'accès aux soins pour tous.

Les entreprises liées significatives détenues par la Mutuelle présentent toutes les caractéristiques mentionnées à l'article 171 du règlement délégué pour être considérées comme de nature stratégique et bénéficier ainsi d'un taux de choc action minoré de 22% :

- La Mutuelle assure la gérance (et désigne l'un de ses administrateurs en tant que représentant permanent), les gestions comptables, financières et juridiques des SCI majoritaires. Elle assure également le suivi du patrimoine immobilier des SCI détenues majoritairement ;
- La Mutuelle a prouvé sa capacité à conserver dans la durée ses participations dans les SCI majoritaires ;
- L'ensemble des participations stratégiques fait l'objet d'un suivi par les services généraux et la gouvernance de la Mutuelle.

A.2 Résultats de souscription

L'activité principale de la Mutuelle est la couverture complémentaire santé. En complément, des garanties de prévoyance sont proposées et portées par la Mutuelle, avec des garanties proposées s'adressant aussi bien à l'individuel qu'au collectif.

Au titre des activités de santé et prévoyance, la Mutuelle a perçu 300,0 M€ de cotisations brutes en 2022. Il est à noter que les cotisations non vie représentent 92% de l'ensemble des cotisations perçues. Les cotisations nettes acquises s'élèvent à 142,2 M€.

Les résultats de souscription, nets de réassurance, par ligne d'activités sur l'exercice 2022 sont présentés dans les tableaux ci-dessous sur la base des informations indiquées dans les QRT S05.01 et en prenant en compte les informations portant sur les cotisations d'une part, la charge de sinistralité et dépenses (sinistres, frais de sinistres, frais d'administration et d'acquisition et autres provisions techniques) et d'autre part, les autres éléments (autres produits et autres charges techniques) :

2022 - Solimut Mutuelle de France			
Non-Vie	Santé	Protection des revenus	Total
Cotisations acquises	105,8 M€	19,4 M€	125,2 M€
Charge de sinistralité et dépenses	104,3 M€	17,3 M€	121,5 M€
Autres éléments (-autres produits & +charges techniques)	18,6 M€	1,9 M€	20,5 M€
Résultat de souscription	-17,1 M€	0,2 M€	-16,9 M€
D2 Produit Placements Alloués			-0,3 M€
Résultat technique net			-17,2 M€

2022 - Solimut Mutuelle de France				
Vie	Assurance vie avec participation aux bénéficiaires	Autre Assurance Vie	Autres	Total
Cotisations acquises	14,2 M€	1,5 M€	1,2 M€	16,9 M€
Charge de sinistralité et dépenses	6,1 M€	0,5 M€	-6,0 M€	0,5 M€
Autres éléments (-autres produits & +charges techniques)	0,3 M€	1,5 M€	0,0 M€	1,75 M€
Résultat de souscription	7,9 M€	-0,4 M€	7,2 M€	14,7 M€
Produits & Charges des Placements				-0,2 M€
Résultat technique net				14,5 M€

Analyse de la performance

En 2022, la Mutuelle affiche un résultat de souscription de -2,2 M€.

Le résultat de souscription est présenté par LoB, en cohérence avec les données du QRT S.05.01.

Pour faire le lien avec le résultat technique net, il est à noter que l'ensemble des produits et charges de placements n'est pas intégré dans le résultat de souscription. Il est disponible dans les tableaux ci-dessus, permettant de retrouver un résultat technique net Non-vie et Vie de -2,7 M€, tel que présenté dans le compte de résultat de la Mutuelle.

Au global, les cotisations acquises nettes s'élèvent à 142,2 M€, dont 105,8 M€ provenant de l'activité Lob 1 – Santé. La hausse de ce poste par rapport à 2021 provient principalement la nouvelle politique de renouvellement déterminée par la Mutuelle pour redresser ses marges (suite aux impacts significatifs de hausses de prestations engendrés par la mise en place de la réforme 100% Santé). Sur les Lob 2 – Protection des revenus et l'ensemble des autres LoB Vie (36,4M€ versus 36,1M€), les cotisations acquises (nettes de réassurance) sont en augmentation. Cet effet est dû à la poursuite de la politique de renouvellement, atténuée par une perte des effectifs.

La « charge de sinistralité et dépenses » est à lire en vision LoB, c'est-à-dire avec une distinction de la répartition des « Autres provisions techniques ». En effet, en vision comptable, les autres charges techniques sont présentes en comptes Non-Vie. En vision prudentielle, ces flux sont répartis dans le S.05.01 sur les Lob 33 et 32 (relatifs à l'invalidité et au Maintien de Garantie Décès), donc dans la rubrique « Autres » du tableau Vie. L'intégration des

« Autres provisions techniques » des LoB 33 et 32 au Lob 2 permet de retrouver la vision compte de résultat Non-Vie, hors Santé.

Le résultat de souscription global est en progression continue depuis 2019 (il passe de -8,5 M€ en 2021 à -2,7 M€ en 2022). Cette progression est une conséquence directe du plan de redressement dont l'un des piliers est la reconstitution des marges techniques.

Enfin, les autres charges et autres produits techniques sont en cohérence avec le compte de résultat. Ils suivent une proportionnalité selon le volume des lignes d'activités.

A.3 Résultats des investissements

Au 31 décembre 2022, le portefeuille d'actifs de la Mutuelle s'élève à 292,6 M€ en valeur nette comptable et à 287,0 M€ en valeur de marché, soit un montant de 8,6 M€ de moins-values latentes nettes. Il reflète une volonté de diversification des sources de revenus et des risques.

Les activités exercées par la Mutuelle l'exposent, par leur nature, à des risques sur des périodes à horizon diversifié : court pour la santé, moyen / long pour la prévoyance.

En conséquence, la Mutuelle :

- Investit une part importante de ses actifs dans des placements assurant des flux récurrents à moyen et long terme, principalement des obligations valorisées sur les marchés financiers ;
- Conserve un montant significatif de trésorerie et d'actifs disponibles à court terme pour se prémunir de tout risque de liquidité.

Le portefeuille de la Mutuelle est également composé d'autres actifs, dont des investissements en OPC⁷ qui renforcent le stock de plus-values latentes.

Le portefeuille d'actifs est caractérisé par une gestion prudente et adaptée aux risques en portefeuille.

Les résultats des investissements sont basés sur les valeurs retenues dans les états financiers établis en normes comptables françaises, avec cependant une présentation différente (par catégories CIC⁸) pour répondre aux exigences de forme du présent rapport.

Ils correspondent à la différence entre les produits et les charges de placements, avant la réallocation d'une quote-part de ces produits et charges dans le compte de résultat technique vie selon des clés de répartition :

- Les produits sont constitués des revenus perçus (coupons, dividendes, intérêts des loyers), d'autres produits de placements (décote, reprise sur provisions pour dépréciation) et des plus-values réalisées lors de la vente d'actifs ;
- Les charges proviennent des amortissements et provisions, surcotes, abandons de créances, dépréciations et des moins-values réalisées lors de la cession d'actifs.

Les autres produits et frais non liés au portefeuille de placements ne sont pas ventilés par catégorie d'actifs mais classés dans la rubrique *Autres revenus et dépenses*.

Les revenus et les dépenses générés par les activités d'investissement se décomposent de la manière suivante :

⁷ Organismes de placements collectifs.

⁸ *Complementary Identification Code* : table de codes complémentaires d'identification des placements créée pour les besoins de Solvabilité 2.

Code CIC	Catégorie	Revenus		Dépenses		Résultat Financier		Evolution 2022
		2022	2021	2022	2021	2022	2021	
1/2	Obligations État / Entreprise	+ 4,0	+ 3,3	+ 0,6	+ 0,4	+ 3,4	+ 3,0	+ 0,4
3	Actions	+ 0,7	+ 1,3	+ 1,7	+ 0,5	- 1,0	+ 0,8	- 1,8
4	Organismes de placement collectif	+ 0,6	+ 1,8	+ 0,2	+ 0,3	+ 0,5	+ 1,6	- 1,1
7	Trésorerie et dépôts	+ 0,3	+ 0,5	+ 0,0	+ 0,0	+ 0,3	+ 0,5	- 0,2
8	Prêts et prêts hypothécaires	+ 0,5	+ 0,1	+ 0,5	+ 0,0	- 0,0	+ 0,1	- 0,1
9	Immobilisations corporelles	+ 0,2	+ 0,3	+ 0,1	+ 0,1	+ 0,1	+ 0,2	- 0,0
	Total brut	+ 6,2	+ 7,3	+ 3,1	+ 1,2	+ 3,2	+ 6,1	- 2,9
	Autres revenus et dépenses	- 0,9	+ 0,3	+ 3,0	+ 1,4	- 3,9	- 1,1	- 2,8
	Total net	+ 5,4	+ 7,6	+ 6,1	+ 2,6	- 0,7	+ 5,0	- 5,7

Montant en M€

Le résultat financier 2022 est déficitaire à hauteur de -0,7 M€, en baisse significative (-5,7 M€) par rapport à l'exercice précédent.

Cette diminution provient :

- D'une part de la performance des placements (-2,9 M€ par rapport à 2021) : la Mutuelle a constaté en 2022 des moins-values significatives sur des cessions de SCI tandis que des plus-values importantes réalisées sur des ventes d'actions et d'OPC ont bonifié le résultat 2021 ;
- D'autre part des autres revenus et dépenses (-2,8 M€ par rapport à 2021) :
 - Le montant des produits financiers sur les contrats prévoyance rétrocedé est en forte hausse ;
 - La hausse des taux d'intérêt alourdit la charge d'intérêts de la dette subordonnée émise par la Mutuelle dont une partie est indexée sur des taux variables sans risque.

A noter que seule la catégorie d'actifs « obligations » a vu son résultat croître en 2022, sous l'effet positif de la hausse des taux sur la rémunération variable de son portefeuille de titres subordonnés et participatifs.

Information sur les titrisations

La titrisation est une technique financière qui vise à transférer à des investisseurs des actifs financiers en les transformant en titres financiers émis sur le marché des capitaux, le tout via une société ad hoc.

La Mutuelle n'a pas recours à des véhicules de titrisation.

A.4 Résultats des autres activités

La Mutuelle n'exerce aucune autre activité que celles présentées précédemment.

Néanmoins, son résultat net est également impacté par d'autres produits et charges non techniques, le résultat exceptionnel et les impôts sur les bénéfices.

A.5 Autres informations

Aucune autre information importante ou qualifiée comme telle par la Mutuelle susceptible d'impacter ses activités ou son résultat n'est à mentionner.

B. SYSTEME DE GOUVERNANCE

B.1 Informations générales sur le système de gouvernance

B.1.1 Changements importants survenus au cours de l'exercice

Sur le plan de la gouvernance, l'année 2022 a été marquée par un changement de dirigeant effectif : le conseil d'administration du 14 octobre 2021 a procédé à la désignation de Yannick Porracchia en tant que dirigeant opérationnel et directeur général de la Mutuelle.

La fin d'année 2021 a été marquée par la dissolution du groupe prudentiel UMG Solimut Mutuelle. Les fonctions clés ont été internalisées au sein de la Mutuelle.

Sur le plan prudentiel, Frédéric Mazzei a été nommé en tant que responsable de la fonction clé audit interne, Mélina Brichory a été nommée en tant que responsable de la fonction clé Gestion des risques, Marie Bracke a été nommée en tant que responsable de la fonction clé Conformité, et Pierre-Alexis Brabis a été nommé en tant que responsable de la fonction clé Actuariat.

Le Comité des risques a été placé sous la présidence de Lisa Ribeaud.

Suite à l'arrivée de la Directrice Relation Adhérent, une nouvelle organisation opérationnelle a été communiquée fin 2022, avec mise en place début 2023.

B.1.2 Présentation du système de gouvernance

Organisation générale

Solimut Mutuelle de France dispose d'un système de gouvernance dont l'objectif est de garantir une gestion saine, prudente et sécurisée de ses activités.

La gouvernance de la Mutuelle repose sur le respect de deux principes structurants essentiels de la directive Solvabilité 2 :

- le principe des quatre yeux : toute décision significative est au moins vue par deux personnes ;
- le principe de la personne prudente : la Mutuelle veille à ce que les risques pris le soient dans le respect des intérêts des adhérents.

La gouvernance de la Mutuelle est démocratique, fondée sur le principe « une personne / une voix » et sur la double qualité « un adhérent peut devenir un délégué mutualiste ».

Elle repose sur la participation des adhérents aux finalités de la Mutuelle, telles que définies et organisées dans ses statuts. Elle est composée d'une structure organisationnelle qui détermine de façon transparente les responsabilités et fonctions de chacun et les règles de prises de décision, de reporting interne, de communication, de coopération, de rémunération et de supervision.

Le système de gouvernance de la Mutuelle repose ainsi sur la complémentarité entre le conseil d'administration, les deux dirigeants effectifs, une comitologie adaptée, un collège de responsables de fonctions clés et un système de contrôle interne approprié. L'identification et la définition claire des rôles et responsabilités des

acteurs permettent de s'assurer d'une correcte séparation des tâches entre les fonctions d'administration, de gestion et de contrôle.

Le système de gouvernance de Solimut Mutuelle de France est placé sous la responsabilité du conseil d'administration et de la direction effective.

En matière de dispositif de gestion des risques, le système de gouvernance de Solimut Mutuelle de France s'appuie principalement sur le comité des risques de la Mutuelle dont les missions ont été élargies début 2020 et qui a un rôle de liaison et d'information entre le conseil d'administration, les fonctions clés que Solimut Mutuelle de France assure en solo depuis la disparition du groupe, le comité de direction et les opérationnels de la Mutuelle en charge de couvrir l'ensemble des risques.

La Mutuelle considère que son système de gouvernance est en adéquation avec sa stratégie, la nature et l'ampleur des risques inhérents à son activité.

B.1.3 Assemblée générale

Solimut Mutuelle de France est fondée sur un principe démocratique essentiel : un adhérent = une voix.

Il s'agit d'un fondement de l'économie sociale et solidaire, aux côtés de la non-lucrativité, de l'utilité sociale, de la solidarité et de la proximité.

Chaque adhérent peut candidater pour être élu en tant que délégué à l'assemblée générale ou peut voter pour des candidats à l'assemblée générale. L'assemblée générale est constituée des membres participants et des membres honoraires de la Mutuelle. De ce fait, elle est l'instance représentative de l'ensemble des adhérents.

Ce sont les délégués élus à l'assemblée générale qui ensuite désignent les membres du conseil d'administration.

Les membres de la Mutuelle peuvent ainsi participer directement à la vie de leur Mutuelle et les décisions des instances mutualistes sont donc prises par et pour les adhérents.

Le rôle de l'assemblée générale est prépondérant au sein de la Mutuelle et est encadré dans ses statuts ainsi que par le Code de la mutualité.

L'assemblée générale a notamment pour rôle de :

- Statuer sur la modification des statuts de la Mutuelle ;
- Définir les activités exercées ;
- Définir les règles générales auxquelles doivent obéir, les opérations individuelles et collectives d'assurance ;
- Procéder à l'élection des administrateurs au conseil d'administration ;
- Approuver les comptes annuels présentés par le conseil d'administration.

B.1.4 Conseil d'administration

Composition et organisation

Conformément aux statuts de Solimut Mutuelle de France, l'administration de la Mutuelle est assurée par un conseil composé au maximum de 30 membres élus pour une durée de six ans parmi les membres participants et les membres honoraires. Les mandats sont renouvelables par moitié tous les trois ans.

Conformément à l'article L.114-16 du Code de la Mutualité, dernier alinéa, deux représentants des salariés de la Mutuelle assistent avec voix consultative aux réunions du conseil d'administration.

Le conseil se réunit sur convocation de sa présidente chaque fois que la situation l'exige, et au moins quatre fois par an.

Assistent au conseil le dirigeant opérationnel, les représentants du personnel et, suivant les sujets traités, des représentants des directions métiers. Les commissaires aux comptes sont convoqués obligatoirement à la réunion du Conseil d'administration statuant sur les comptes annuels.

La présidente peut inviter des personnes extérieures à assister aux réunions du conseil d'administration.

Le 23 juin 2022, l'assemblée générale a décidé de fixer la composition du conseil d'administration de Solimut Mutuelle de France à 24 membres.

Le conseil d'administration élit le président et désigne les responsables de fonctions clés. Il constitue le bureau, composé du président, d'un ou plusieurs vice-présidents, d'un trésorier, d'un trésorier adjoint, d'un secrétaire général et d'un secrétaire général adjoint.

Missions et responsabilités

Le conseil d'administration débat, vote et veille à l'application des orientations politiques et stratégiques de la Mutuelle en matière de développement, d'équilibre budgétaire, de cotisation et de prestations, d'actions de solidarité et de prévention, de placements et de réassurance, dans l'intérêt de ses adhérents

Il arrête toutes mesures permettant à la Mutuelle d'être constamment en capacité de garantir les engagements qu'elle prend vis-à-vis des membres participants et de leurs ayants-droit.

Les administrateurs défendent les positions mutualistes auprès des décideurs publics. Ils nouent des partenariats locaux, réalisent des actions de prévention et de solidarité, représentent la Mutuelle dans d'autres instances de la mutualité et initient des rencontres avec les adhérents pour informer et expliquer leurs décisions.

Le conseil d'administration veille également à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par les réglementations nationale et européenne. En particulier, il arrête les comptes annuels et s'assure de la mise en place d'un système de gouvernance efficace, garantissant une gestion saine et prudente de l'activité. Il s'assure, également, de la mise en place d'un système de gestion des risques incluant des dispositifs de contrôle interne et de conformité efficaces.

Le conseil d'administration entend les responsables de fonctions clés, directement et de sa propre initiative, au moins une fois par an et chaque fois qu'il l'estime nécessaire. Il vote toutes les politiques écrites et les rapports demandés par la réglementation.

Dans ce contexte, le conseil d'administration a notamment approuvé au cours de l'exercice 2022 :

24 février 2022

- Approbation de l'arrêté des comptes de l'exercice 2021 ;
- Désignation des membres du bureau de vote pour les élections des délégués à l'Assemblée Générale ;
- Validation de la charte du Comité d'audit ;
- Désignation des délégations ;
- Approbation des conventions réglementées 2021.

28 avril 2022

- Convocation et validation de l'ordre du jour de l'assemblée générale du 23 juin 2022 ;
- Approbation des axes du rapport moral ;
- Approbation du rapport de gestion ;
- Approbation du rapport d'intermédiation ;

- Approbation du rapport d'activités de la Commission du Fonds de Secours ;
- Approbation des modifications statutaires ;
- Approbation du dispositif de Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ;
- Approbation du rapport SFCR ;
- Désignation des délégations.

02 juin 2022

- Approbation des comptes combinés 2021 ;
- Approbation de la création du Comité prévoyance ;
- Approbation des modifications des règlements mutualistes : ORIZEN, Santé, Prévoyance.

23 juin 2022

- Election des membres du bureau

16 septembre 2022

- Désignation de délégation

19 octobre 2022

- Cooptation d'un administrateur en remplacement d'un administrateur démissionnaire ;
- Validation des chiffres d'affaires cibles à atteindre sur l'exercice 2023 pour les opérations individuelles ;
- Délégation du Dirigeant Opérationnel pour fixer les montants ou taux de cotisations et des prestations des opérations collectives ;
- Approbation du budget primaire 2023 ;
- Validation par la garante des autorisations budgétaires aux mutuelles substituées ;
- Approbation des modifications du Règlement Mutualiste Santé ;
- Approbation des modifications du Règlement Mutualiste Prévoyance ;
- Désignation de délégations ;
- Approbation de la composition du Comité des risques.

1^{er} décembre 2022

- Approbation des rapports des fonctions clés : gestion des risques, actuariat, conformité, audit interne ;
- Adoption du rapport ORSA⁹.

Comités spécialisés issus du conseil d'administration

Pour éclairer ses prises de décisions, le conseil d'administration de la Mutuelle s'appuie sur des comités spécialisés, chargés de lui apporter assistance et conseil en amont de ses prises de décisions sur des domaines relevant exclusivement de la compétence du conseil : audit et risques.

⁹ *Own Risk and Solvency Assessment (Evaluation des risques et de la solvabilité en français)*

Ces comités, composés principalement d'administrateurs, ont pour objet de s'assurer du respect par la Mutuelle du cadre réglementaire national, de la directive Solvabilité 2 et des bonnes pratiques de gouvernance.

Le conseil d'administration de la Mutuelle a choisi de mettre en œuvre deux comités spécialisés : le comité d'audit et le comité des risques. Leurs rôles et missions sont présentés dans la partie B.3 dédiée à la description du système de gestion des risques de la Mutuelle.

Comités opérationnels

La Mutuelle a mis en place des comités opérationnels qui participent au dispositif de gestion des risques techniques et financiers. Leurs rôles et missions sont détaillés dans la partie B.3 dédiée au système de gestion des risques.

B.1.5 Dirigeants Effectifs

Principes

La Direction effective de la Mutuelle est assurée par au moins deux personnes qui doivent satisfaire aux conditions prévues à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité.

Conformément à l'article R. 211-15 du Code de la mutualité, ces deux personnes sont le président du conseil d'administration et le dirigeant opérationnel (aussi appelé Directeur Général).

Les dirigeants effectifs doivent assurer de manière permanente la continuité et la régularité des activités de la Mutuelle, dans les conditions définies par le conseil d'administration.

Ils disposent d'un domaine de compétences et de pouvoirs larges sur les activités et les risques de la Mutuelle. Ils sont impliqués dans les décisions ayant un impact important sur la Mutuelle, notamment en matière de stratégie, de budget, ou de questions financières.

Le conseil d'administration peut confier des attributions et déléguer partie de ses pouvoirs, sous son contrôle et sa responsabilité, à la Présidente du conseil d'administration et au dirigeant opérationnel.

Présidente du conseil d'administration

Madame Carole Hazé est la présidente du conseil d'administration de la Mutuelle.

Elle organise et dirige les travaux du conseil dont elle rend compte à l'assemblée générale. Elle veille au bon fonctionnement des organes de la Mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

La Présidente du conseil d'administration convoque le conseil d'administration et en établit l'ordre du jour.

Directeur Général / Dirigeant Opérationnel

Monsieur Yannick Porrachia est le directeur général et dirigeant opérationnel de la Mutuelle depuis sa nomination au conseil d'administration du 14 octobre 2021. Il assiste de droit aux réunions du conseil d'administration.

Le conseil d'administration fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la Mutuelle. Le directeur général exerce ses fonctions sous le contrôle du conseil d'administration, dans le cadre des orientations arrêtées par celui-ci et dans la limite de la délégation qui lui est consentie.

En qualité de dirigeant effectif, il apporte la dimension exécutive au double regard exigé par le régime Solvabilité 2, avec le principe des « quatre yeux ».

Il dirige la gestion de la Mutuelle. Il applique les décisions politiques et stratégiques prises par le conseil d'administration et l'assemblée générale et leur rend compte régulièrement afin qu'ils puissent exercer leur contrôle.

Par délibération du conseil d'administration du 14 octobre 2021, le dirigeant opérationnel :

- Assure la gestion financière de la Mutuelle et veille à la bonne tenue de la comptabilité ainsi qu'au respect des obligations fiscales ;
- Assure la représentation extérieure de la Mutuelle ;
- Veille au respect des différentes obligations sociales et assure le traitement de toutes questions afférentes aux problématiques de gestion des ressources humaines et inhérentes au dialogue social ;
- Assure la conformité de la Mutuelle avec les dispositions légales et réglementaires relatives à la directive Solvabilité 2 ;
- Assure la mise en œuvre d'un contrôle permanent permettant une gestion saine et prudente de l'activité ;

Le dirigeant opérationnel peut subdéléguer, dans le périmètre de sa fonction, des délégations de pouvoirs dans les domaines réglementaires dont la responsabilité de la mise en œuvre lui a été confiée à titre principal.

B.1.6 Gouvernance opérationnelle

Directions

En 2022, la direction générale est organisée autour des quatre directions - direction de la relation adhérent, direction des assurances, direction des opérations, direction des ressources humaines - ainsi que de fonctions clés et prudentielles qui sont directement rattachées au directeur général.

Comité de direction (CODIR)

La gouvernance opérationnelle s'organise notamment autour d'instances participant au pilotage de la Mutuelle et permettant de garantir le respect de la stratégie d'entreprise. Il s'agit du comité de direction (CODIR) et d'instances spécialisées qui traitent les dossiers relatifs à la Mutuelle.

Dans ce cadre, le CODIR est l'organe de pilotage de la Mutuelle qui met en œuvre les orientations stratégiques définies par le conseil d'administration. Le CODIR est composé du dirigeant opérationnel, de la chargée de mission au directeur général et des quatre directeurs.

Le CODIR est convoqué hebdomadairement par le dirigeant opérationnel de la Mutuelle, et autant de fois qu'il le juge nécessaire.

B.1.7 Fonctions clés

Conformément aux articles L. 211-12 et L. 211-13 du Code de la mutualité ainsi qu'aux statuts, le système de gouvernance de la Mutuelle s'appuie sur quatre responsables de fonctions clés, définies dans le cadre de Solvabilité 2. Ils sont libres d'influences pouvant entraver leur objectivité, impartialité et indépendance.

Les responsables de fonctions clés ont la charge de rendre compte à la Direction générale et au conseil d'administration lors duquel ils présentent notamment les activités exercées, le bilan de l'année écoulée, définissent le plan de missions, mettent en évidence les éventuelles déficiences et émettent des recommandations pour y remédier.

Les personnes titulaires des fonctions clés ont un lien direct et permanent avec les organes dirigeants, disposent d'un niveau hiérarchique adéquat dans la Mutuelle et des moyens nécessaires à leur fonction.

Des politiques écrites, approuvées par le conseil d'administration, ont été mises au point pour s'assurer que les responsables des fonctions clés disposent de l'autorité, des ressources et de l'indépendance opérationnelle nécessaires afin de mener leurs tâches à bien, et ce conformément aux instructions de l'ACPR.

Ce faisant, la Mutuelle s'assure de l'absence de conflit d'intérêt, de la disponibilité de chaque responsable et de la possibilité pour chacun d'entre eux d'accéder directement aux organes de gouvernance.

En outre, les services ont été organisés afin de garantir les objectifs assignés à chaque responsable. Ces derniers sont en relation directe avec la gouvernance de la Mutuelle, qui, inversement, les audite au moins une fois par an.

Les principales missions des responsables de fonctions clés sont les suivantes :

- La fonction clé de gestion des risques vise à déceler, mesurer, contrôler, gérer et déclarer en permanence les risques auxquels est soumise la Mutuelle au travers du système de gestion des risques que la fonction anime ;
- La fonction d'audit interne a pour mission d'évaluer l'adéquation et l'efficacité de l'ensemble du système de contrôle interne ;
- La fonction actuarielle doit permettre d'analyser la cohérence, les forces et les faiblesses (ou points d'incertitude) du pilotage technique de la Mutuelle dans toutes ses dimensions (tarification, souscription, provisionnement, réassurance) ;
- La fonction de vérification de la conformité a pour mission principale de veiller au respect par la Mutuelle de la réglementation relative aux activités d'assurance.

Les rôles, missions et l'organisation des fonctions clés sont détaillées aux paragraphes *B.3* pour la fonction gestion des risques, *B.4* pour la fonction de vérification de la conformité, *B.5* pour la fonction d'audit interne et *B.6* pour la fonction actuarielle.

B.1.8 Politique et pratiques de rémunération

Rémunération des membres du conseil d'administration

Conformément à l'article L114-26 du Code la mutualité, les fonctions d'administrateur sont gratuites. Pour autant, l'Assemblée générale peut décider d'allouer, une indemnité au président et aux administrateurs de la Mutuelle auxquels des attributions permanentes, individuelles, régulières et spécifiques ont été confiées.

De même, seule l'assemblée générale est compétente pour procéder à l'octroi d'une indemnité. A cet effet, toute indemnité ou remboursement de salaire est approuvé par l'assemblée générale avant la mise en place effective de ces dispositions.

De même, il appartient au président de rendre compte, annuellement devant son Assemblée générale, des sommes versées à l'organe d'administration, de gestion, ou de contrôle.

La Mutuelle peut rembourser à l'employeur de l'administrateur les rémunérations perçues, pour permettre aux administrateurs salariés d'exercer leurs fonctions pendant le temps de travail, ainsi que les avantages et les charges y afférents.

Une convention conclue entre la Mutuelle, d'une part, et l'employeur, d'autre part, fixe les conditions de ce remboursement. Dans le cas où l'employeur ne maintient pas la rémunération, il est possible de verser au président et à l'administrateur ayant des attributions permanentes une somme d'un montant égal au montant brut du dernier salaire perçu.

Les administrateurs ayant la qualité de travailleurs indépendants ont droit à des indemnités correspondant à la perte de leurs gains, dans des limites fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

La Mutuelle rembourse également aux administrateurs les frais de garde d'enfants, de déplacement et de séjour, dans des limites fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

Le montant des indemnités doit être corrélé au niveau de responsabilités et du temps consacré à l'exercice de la fonction (dans la limite d'un plafond de rémunération).

L'assemblée générale de la Mutuelle a décidé le versement d'indemnités à la présidente du conseil d'administration et aux autres administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées. Le dispositif indemnitaire est exprimé sur la référence du plafond annuel de la Sécurité sociale.

Rémunération du dirigeant opérationnel

Les éléments du contrat de travail du dirigeant opérationnel restent à la libre appréciation du conseil d'administration dans le respect de la stabilité financière et de la maîtrise des risques de la Mutuelle.

Le conseil d'administration doit garantir un niveau minimum de rémunération conforme à la classification prévue par la Convention collective nationale de la mutualité d'une part, et s'assure d'aligner la rémunération du dirigeant opérationnel avec les intérêts de la Mutuelle et des adhérents, d'autre part.

Afin de pallier à tout dysfonctionnement et se conformer à la stratégie fixée par les conseils d'administration, les dirigeants opérationnels s'engagent, conformément au règlement délégué, à ne recourir à aucune stratégie individuelle de couverture ou d'assurance pouvant compromettre leur alignement sur le niveau de risque toléré par la gouvernance élue. Toute déviance ou contournement de ces règles pourra entraîner une révocation du dirigeant opérationnel concerné par son Conseil d'administration.

Politiques et pratiques de rémunération des salariés

Solimut Mutuelle de France applique une politique de rémunération basée sur le principe d'égalité de traitement et de non-discrimination. Elle promeut une gestion saine et efficace des risques et n'encourage pas la prise de risques au-delà des limites de tolérance au risque de l'organisme.

Le niveau de rémunération des salariés obéit aux règles de Convention collective nationale de la mutualité, qui fournit les grilles de salaires et les minimaux conventionnels. Ces règles sont, le cas échéant, complétées par des éléments propres à chaque contrat de travail.

B.1.9 informations sur les transactions importantes

Conformément aux dispositions des articles L. 114-32 et suivants du Code de la mutualité, la Mutuelle est amenée à soumettre à l'approbation du conseil d'administration et de l'assemblée générale les conventions réglementées, passées directement ou indirectement, entre elle et les entités avec lesquelles certains de ses administrateurs sont en commun.

B.2 Exigences de compétence et d'honorabilité

Politique de compétences et d'honorabilité

La politique écrite de compétences et d'honorabilité est validée par le Conseil d'administration de Solimut Mutuelle de France. Elle est réexaminée au moins une fois par an et est adaptée à tout changement affectant le système ou le domaine concerné (événement de la réglementation, non-conformité, changements dans l'activité). Elle prévoit les modalités de contrôle de la correcte mise en œuvre de ses dispositions, notamment à travers :

- Le renseignement d'un registre de suivi de l'honorabilité et des compétences selon une fréquence annuelle à compter de l'exercice 2020 ;
- Le contrôle a posteriori de la complétude et l'exactitude des informations y figurant dans le cadre des vérifications de conformité réalisées tous les ans par la Fonction Clé Vérification de la Conformité.

Personnes visées

Les personnes concernées par les exigences de compétences et d'honorabilité sont :

- Les dirigeants effectifs de Solimut Mutuelle de France : présidente, directeur général/dirigeant opérationnel ;
- Les quatre responsables des fonctions clés : la fonction de gestion des risques, la fonction de vérification de la conformité, la fonction actuarielle, la fonction d'audit interne ;
- Les administrateurs, membres du conseil d'administration de Solimut Mutuelle de France.

Exigences de compétences et d'honorabilité

Exigences

Chaque année, les personnes concernées doivent :

- Attester qu'elles n'ont pas fait l'objet d'une condamnation pour les infractions dont la liste est fixée à l'article L.114-21 du Code de la mutualité (crime, blanchiment, corruption, trafic de stupéfiants, etc.), en produisant un extrait du bulletin n°3 du casier judiciaire datant de moins de 3 mois ;
- Ne pas appartenir à plus de cinq conseils d'administration de Mutuelles, unions ou fédérations, et déclarer à Solimut Mutuelle de France l'ensemble des mandats détenus en cours ;
- Disposer de compétences et bénéficier de formations dans au moins l'un des domaines suivants : les marchés de l'assurance et les marchés financiers, la stratégie de l'entreprise et le modèle économique, le système de gouvernance, l'analyse financière et actuarielle et le cadre réglementaire. Les personnes concernées doivent déclarer chaque année à Solimut Mutuelle de France les formations réalisées.

Par ailleurs, la nomination du dirigeant effectif et des responsables des fonctions clés est soumise à validation par l'ACPR sur la base du Curriculum Vitae, des formations suivies et diplômes, ainsi que du détail du parcours professionnel en termes de responsabilités.

Solimut Mutuelle de France s'appuie sur les compétences individuelles et leur répartition entre les membres des conseils d'administration, afin de démontrer que ceux-ci disposent collectivement des connaissances et expériences nécessaires, dans les domaines prévus à l'article R114-9 du Code de la Mutualité. Afin d'exercer leur mandat dans les meilleures conditions, les membres des conseils d'administration sont tenus de suivre régulièrement des sessions de formations à partir d'un plan de formation annuel, adopté par le Conseil d'administration.

Le correct suivi du plan de formation, ainsi que la vérification de l'honorabilité des personnes concernées à fréquence définie sont notamment consignés dans des outils de suivi de l'honorabilité et compétences, et via un registre unique à compter de l'année 2020.

Suivi

Chaque année, les personnes concernées doivent compléter une attestation sur l'honneur et y joindre l'ensemble des justificatifs exigés (bulletin n°3 du casier judiciaire, liste des formations réalisées, liste des mandats détenus, notamment). L'attestation doit être communiquée à la Direction de Solimut Mutuelle de France dans un délai d'un mois suivant la clôture de l'exercice écoulé.

En tout état de cause, la présidente du conseil d'administration, garante du respect de la politique en matière de compétence et d'honorabilité, veille en permanence à l'adéquation des comportements personnels et de la conduite professionnelle de toutes les personnes visées avec les exigences d'honnêteté, d'honorabilité et de moralité requises par la Mutuelle.

B.3 Système de gestion des risques, y compris l'évaluation interne des risques et de la solvabilité

B.3.1 Description du système de gestion des risques

Principes

La gestion des risques est un processus continu et permanent permettant de définir le niveau de risque que la Mutuelle est prête à accepter en regard de ses orientations stratégiques et, ainsi, de fixer des objectifs de risques et les limites associées dans la conduite de ses opérations.

La gestion des risques relève de la responsabilité de tous et s'articule dans un dispositif global piloté par la fonction clé gestion des risques et organisé autour de trois lignes de défense.

Les rôles et responsabilités confiés aux acteurs de ces trois lignes de défense sont définis à partir de la directive Solvabilité 2 :

La 1^{ère} ligne de défense

La 1^{ère} ligne de défense est constituée des responsables métiers qui assurent la mise en place de systèmes de mesure, de surveillance et de gestion des risques relevant de leur domaine de compétence. Leurs connaissances les placent dans un rôle incontournable dans l'identification des risques inhérents à leur activité, l'actualisation de la cartographie des risques et le déploiement des contrôles-clés destinés à maîtriser les opérations.

Ils ont la responsabilité de mettre en place une surveillance permanente des opérations qu'ils effectuent au titre de leurs activités, en menant, notamment, des autocontrôles ou des contrôles croisés.

La 2^{ème} ligne de défense

Elle est organisée et mise en œuvre principalement par les responsables de fonctions clés en charge de la gestion des risques, de la conformité, de l'actuariat et du service de contrôle interne. Ils sont indépendants des fonctions opérationnelles et chargés d'organiser et d'animer le système de contrôle interne.

La 3^{ème} ligne de défense

La fonction clé audit interne anime la 3^{ème} ligne de défense du dispositif de gestion des risques de la Mutuelle. Elle est en charge du contrôle périodique en tant qu'acteur indépendant, objectif et autonome. Elle évalue l'efficacité des deux premières lignes de défense.

Politiques écrites et profil de risque

La Mutuelle a mis en place un dispositif de gestion des risques dont l'organisation est définie dans la politique de gestion des risques validée annuellement par le conseil d'administration.

La politique a pour objectif d'établir un cadre structurant du système de gestion des risques qui garantit une gestion saine et prudente de son activité, une maîtrise des risques efficace, en conformité avec la réglementation en vigueur.

À cette fin, la politique édicte les principes organisationnels, les limites et les règles liés à l'identification, l'évaluation, la maîtrise des risques et la diffusion de l'information aux différentes parties prenantes.

La politique traite des domaines de risques suivants inhérents à l'activité de la Mutuelle :

- **Souscription et Provisionnement :**

L'environnement concurrentiel, une tarification mal adaptée aux risques réellement encourus, la survenance de phénomènes exceptionnels (en intensité ou en fréquence) ou une dérive des provisions

peuvent impliquer des résultats techniques dégradés. De ce fait, les problématiques de souscription et de provisionnement deviennent des questions particulièrement importantes pour la Mutuelle.

Il est à noter que des politiques écrites de souscription et de provisionnement sont rédigées en complément de la politique globale de gestion des risques.

- **Réassurance :**

La Mutuelle devant faire face à des risques parfois très lourds pouvant impacter de façon importante son résultat ou son ratio de solvabilité, des traités de réassurance peuvent être mis en place afin d'en atténuer leurs effets. Cela engendre donc certains risques non négligeables notamment du fait que les réassureurs puissent faire défaut ou en cas d'inadéquation du programme de réassurance avec les risques encourus.

Une politique écrite de réassurance est rédigée en complément.

- **Gestion actif-passif et Liquidité :**

La Mutuelle détient un volume important d'actifs mis en représentation de ses engagements. Il s'avère indispensable que ses placements puissent être cessibles et/ou sources de flux financiers entrants lui permettant de disposer d'une trésorerie nécessaire pour honorer tous ses engagements et ainsi payer à temps ses prestations. Par ailleurs, les exigences de Solvabilité 2 mettent l'accent sur l'attention à porter à la qualité des actifs disponibles.

La Gestion actif-passif et la Liquidité sont des risques traités dans la politique écrite d'investissement.

- **Investissement :**

De par ses investissements, la Mutuelle s'expose à de nombreux risques notamment le risque de crédit (risque que l'émetteur ne puisse pas honorer en totalité sa dette à temps) ou le risque de perte de valeur des actifs placés.

Une politique écrite d'investissement est rédigée en complément.

- **Concentration :**

Une concentration trop importante à un marché, émetteur (placements financiers) ou partenaire (réassureur, apporteur d'affaires) est source de risques importants. En effet, un défaut de l'entité considérée peut engendrer de lourdes pertes pour l'organisme assurance et menacer sa solvabilité. De même, une dépendance à un marché bien précis peut s'avérer problématique en particulier en cas de sinistralité extrême ou de concurrence féroce.

Le risque de concentration est traité dans plusieurs politiques écrites, dont celles relatives aux investissements et à la réassurance.

- **Opérationnels :**

Ce sont les risques de perte résultant de procédures internes inadaptées ou défailtantes, du personnel ou des systèmes, ou d'évènements extérieurs (ex : fraude, pertes financières, non-conformité, condamnation, panne informatique...). Ils incluent le risque juridique. La mise en place d'un plan de continuité d'activité vient par ailleurs palier certains risques liés à des évènements d'importance, le plus souvent exogènes (pandémie, inondation, incendie...).

Les risques opérationnels sont traités dans plusieurs politiques écrites (contrôle interne, continuité d'activité) et dans le rapport ORSA.

Intégration du système de gestion des risques dans l'organisation de la Mutuelle

Le conseil d'administration et les dirigeants effectifs assument la responsabilité finale du respect des dispositions réglementaires en matière de gestion des risques. Ils interviennent notamment dans l'ensemble des décisions significatives de la Mutuelle et prennent part à la gouvernance des risques.

Les rôles et responsabilités dans la définition et la mise en œuvre du système de gestion des risques sont établis conformément au principe de proportionnalité.

Tout en appliquant le principe de proportionnalité, la Mutuelle respecte par ailleurs les principes suivants :

- Indépendance des responsables de fonctions clés ;
- Séparation entre les missions des fonctions clés et les tâches opérationnelles ;
- Séparation des contrôles de premier, deuxième et troisième niveau ;
- Contrôle des « quatre yeux », qui spécifie que la Mutuelle doit disposer d'au moins deux dirigeants effectifs afin d'assurer un second regard concernant la prise des décisions significatives.

La Mutuelle accorde une importance particulière à la mise en œuvre d'une organisation efficace de la maîtrise des risques auxquels elle est exposée. Le système de gestion des risques s'appuie sur la forte implication de l'ensemble des intervenants dans le processus de gestion des risques et la promotion de la culture risque, auprès du conseil d'administration jusqu'aux équipes opérationnelles. Il est placé sous la responsabilité du conseil d'administration et du directeur opérationnel de la Mutuelle.

Le conseil d'administration de la Mutuelle

L'approche exhaustive et transversale de l'identification et de l'évaluation des risques représente un élément clé du système de gouvernance. À ce titre, le conseil d'administration de la Mutuelle détermine les orientations stratégiques et crée l'environnement favorable à une gestion des risques efficace.

Il exerce ses fonctions d'administration et de contrôle en définissant la stratégie et la politique des risques.

Dans le cadre de la gestion des risques, il délibère et approuve annuellement :

- Le rapport annuel du responsable de fonction clé audit interne ;
- Le rapport actuariel ;
- Le plan de conformité ;
- Les rapports réglementaires ORSA, SFCR, ORSA ;
- Les politiques écrites.

La direction générale

La Direction générale supervise les activités entrant dans le périmètre de la Mutuelle. Dans ce contexte, elle pilote la gestion des risques par le biais des contributions suivantes :

- Elle veille à la prise en compte dans l'organisation des principes de maîtrise des risques définis dans les politiques écrites ;
- Elle supervise la réalisation d'un Plan de Continuité des Activités ;
- Elle assiste les instances pour le contrôle des décisions impactant la solvabilité ;
- Elle vérifie régulièrement le respect d'obligation d'information et d'autorisation préalable.

A travers l'animation du comité de direction et sa participation aux différents comités spécialisés, elle vérifie régulièrement le respect du dispositif de gestion des risques de la Mutuelle.

Le comité d'audit

Par nature, le comité d'audit de la Mutuelle joue un rôle majeur dans le suivi du dispositif de gestion des risques.

Ses principales missions consistent à suivre :

- La fiabilité du processus d'élaboration de l'information comptable et financière ;

- Le contrôle légal des comptes annuels ;
- L'indépendance des commissaires aux comptes et la conformité de leurs missions autres que la certification des comptes ;
- L'efficacité des systèmes de contrôle interne, d'audit interne et de gestion des risques ;
- Le plan de contrôle interne, l'application des procédures de contrôle, la vérification des anomalies et les propositions de mesures correctives ;
- La mise aux normes des principaux éléments réglementaires (politiques écrites) ;
- L'application des recommandations émises lors des audits externes.
- La revue du budget de la Mutuelle.

Le comité d'audit établit un dialogue avec les responsables de fonctions clés et prudentielles qui est indispensable à la bonne réalisation de ses missions.

Le comité d'audit, en lien avec les fonctions prudentielles de la Mutuelle, veille notamment :

- A ce que les remises réglementaires auprès de l'autorité de contrôle soient effectuées dans les délais impartis ;
- A l'efficacité du dispositif permettant de s'assurer de la qualité des données utilisées dans le cadre de l'élaboration des rapports à destination de l'autorité et du business plan construit par la Mutuelle ;
- A la pertinence et l'efficacité des méthodes de provisionnement économiques utilisées par la Mutuelle et présentées dans le rapport actuariel ;
- A l'existence d'un plan de contrôle interne permettant de répondre aux principaux risques de la Mutuelle et de son correct déploiement au sein de la Mutuelle ;
- A la mise à jour de la cartographie des risques opérationnels ;
- A la mise en place d'un plan d'audit en cohérence avec les enjeux de la Mutuelle ;
- A l'efficacité des travaux d'audit interne et de l'avancement de la mise en place des recommandations ;
- Au déclenchement d'audit non prévu dans le plan initial en cas de survenance d'un risque majeur.
- A la mise en œuvre appropriée et dans les délais convenus des recommandations émises par le service d'audit interne.

Le comité des risques

Le comité des risques a un rôle de liaison et d'information, notamment entre le conseil d'administration et le comité de direction, dans le dispositif de gestion des risques de la Mutuelle.

Il a vocation à émettre des recommandations pour le conseil d'administration, notamment lorsque celui-ci est amené à se prononcer sur l'efficacité du système de gestion des risques.

Le rôle du comité des risques va donc couvrir les points suivants :

- Il évalue l'efficacité du système de gestion des risques, au travers de la revue régulière de ces risques avec les responsables opérationnels de la Mutuelle ;
- Il prépare les orientations en matière de gouvernance / politiques / moyens relatifs à la gestion des risques, et émet des recommandations pour le conseil d'administration lorsque celui-ci est amené à se prononcer sur ces sujets ;

- Il prépare les orientations en matière d'appétence au risque, et émet des recommandations sur ces sujets pour le conseil d'administration ;
- Il évalue le rapport ORSA annuel et émet une recommandation pour la validation des éléments par le conseil d'administration. Il peut également demander la réalisation d'un ORSA exceptionnel lorsque les éléments de risque ont évolué, conformément aux obligations réglementaires de la Mutuelle ;
- Il évalue les rapports annuels des fonctions clés de la Mutuelle (actuariat, gestion des risques, conformité, audit interne) ;
- Il a un devoir d'alerte vis-à-vis du conseil d'administration et du comité de Direction, lorsque l'efficacité du système de gestion des risques lui semble insuffisante au regard des obligations réglementaires de la Mutuelle.

La revue faite par le comité des risques a vocation à couvrir l'ensemble des risques de la Mutuelle, sans que cette liste soit exhaustive.

Il n'est pas une instance de décision de la Mutuelle, puisque in fine les décisions sur le système de gestion des risques relèvent de la responsabilité du conseil d'administration et des dirigeants d'un point de vue réglementaire.

Les responsables de fonctions clés

La responsable de fonction clé gestion des risques est en charge de l'animation du système de gestion des risques de la Mutuelle.

A ce titre, elle :

- Aide le conseil d'administration, la direction générale et les autres directions à mettre efficacement en œuvre le système de gestion des risques ;
- Assure le suivi du système de gestion des risques ;
- Assure le suivi du profil de risque général de la Mutuelle, de l'exercice et de la mise en œuvre du processus ORSA ;
- Rend compte du profil de risque auprès du conseil d'administration et des dirigeants effectifs ;
- Coopère étroitement avec les responsables de fonctions clés et le service de contrôle interne ;
- Elabore les rapports réglementaires relatifs à la gestion des risques (ORSA, SFCR, RSR).

La responsable de fonction clé gestion des risques dispose de la faculté de s'adresser directement au directeur général ou au conseil d'administration de la Mutuelle.

Les fonctions clés audit interne, vérification de la conformité et actuarielle jouent également un rôle majeur dans le dispositif de gestion des risques.

Leurs missions et l'organisation de leurs fonctions sont détaillées aux paragraphes B.4 pour la fonction de vérification de la conformité, B.5 pour la fonction d'audit interne et B.6 pour la fonction actuarielle.

Le dispositif de contrôle interne

La gestion des risques opérationnels est prise en compte au travers du dispositif de contrôle interne. Ce dispositif comprend l'ensemble des moyens, comportements, procédures et actions qui contribue à la maîtrise des activités de la Mutuelle.

Le service de contrôle interne collabore avec les responsables métiers de la Mutuelle pour mettre à jour les éléments composant le dispositif de contrôle permanent, qui permet de déterminer et de suivre l'exposition de la Mutuelle au risque opérationnel :

- La cartographie des processus découpe l'exhaustivité de l'activité de la Mutuelle en processus de type gouvernance, réalisation ou support ;

- Les procédures décrivent l'ensemble de ces processus et permettent d'identifier les risques opérationnels induits par les actions décrites dans ces procédures, ainsi que les actions de maîtrise opérationnelles associées ;
- La cartographie des risques permet d'évaluer et de hiérarchiser ces risques au regard de leurs probabilités de réalisation, de leurs impacts en cas de réalisation, et de l'ensemble des éléments de maîtrise mis en place ;
- Les contrôles formalisés sont, conformément à la profession, organisés autour des 2 premières lignes de défense.

Les missions et l'organisation du service de contrôle interne sont détaillées au paragraphe B.4.

Comitologie opérationnelle

Des comités internes ont également été tenus, en préparation des comités spécialisés : comité Hypothèses & Modèle, comité Investissements, comité Qualité des données, comité souscription.

L'appétence au risque

L'appétence au risque se définit comme le niveau de risque global qu'un organisme accepte de prendre pour atteindre ses objectifs commerciaux et stratégiques, ou bien comme la cible de risque souhaitée. Cette notion est appréhendée à partir de différents indicateurs comme le résultat comptable ou le ratio de couverture du SCR. Il s'agit de la limite acceptable en cas de situations défavorables.

La Mutuelle travaille sur la définition de sa tolérance aux risques (déclinaison de l'appétence au risque en limites absolues « à ne pas dépasser » par catégorie de risque).

Le Conseil d'administration du 1^{er} décembre 2022 a approuvé le niveau d'appétence intermédiaire à 135 % à horizon 2025, puis le retour au niveau de 150 % pour un profil de risque de type « rythme de croisière » de la Mutuelle. La revue du niveau d'appétence en 2 temps reflète l'importance de cet indicateur pour le Conseil d'administration, et la volonté de présenter un niveau cohérent avec la situation de la Mutuelle, qui déploie son plan de redressement pour reconstituer des marges.

Afin de compléter ces dispositions en les précisant de cibles plus opérationnelles et après revue des analyses présentées dans cet ORSA, le Conseil d'administration a maintenu les objectifs cibles complémentaires suivants.

Adéquation du système de gestion des risques

Le système de gestion des risques de la Mutuelle s'inscrit dans un dispositif global mobilisant différents acteurs et instances, conformément aux exigences de la directive Solvabilité 2.

Les comités opérationnels traitent régulièrement des risques dont ils portent la responsabilité.

Le comité des risques dispose d'une vision transverse et bénéficie d'une présentation régulière de l'ensemble des familles de risques portés par la Mutuelle.

Le conseil d'administration de la Mutuelle dispose d'une vision d'ensemble des risques et veille à ce que le dispositif global de gestion des risques soit mis en œuvre.

La fonction clé gestion des risques assure un rôle de coordination globale du dispositif de gestion des risques, en lien étroit avec les autres fonctions clés.

Les politiques de gestion des risques, soumises à l'approbation du conseil d'administration, ont pour objectif de définir un dispositif de gestion des risques efficient en définissant un cadre proportionné de suivi du risque a priori et a posteriori.

La Mutuelle considère que son système de gouvernance et le dispositif de gestion des risques déployé est en adéquation avec sa stratégie, la nature et l'ampleur des risques inhérents à son activité. Elle travaille sur l'amélioration de sa définition sur les notions de ratio de couverture "cible" et de "seuils", et des mesures à prendre en cas de franchissements des seuils limites (cf. rubrique précédente).

B.3.2 Evaluation interne des risques et de la solvabilité (ORSA)

Description du processus ORSA

Le dispositif ORSA permet au Conseil d'administration d'avoir conscience de tous les risques importants auxquels la Mutuelle est confrontée, que ces risques soient ou non pris en compte dans le calcul du capital de solvabilité requis et qu'ils soient ou non quantifiables.

L'évaluation interne des risques et de la solvabilité est un élément essentiel du dispositif de gestion des risques de la Mutuelle, centralisant les différentes analyses de risque conduites et permettant la bonne prise en compte des risques dans le pilotage.

La Mutuelle utilise l'ORSA comme un outil de pilotage intégré aux réflexions sur sa stratégie, notamment au travers de la composante d'évaluation du besoin global de solvabilité.

L'ORSA est encadré par une politique écrite dédiée approuvée par le conseil d'administration et mise à jour annuellement. Il se définit comme un ensemble de processus fondés sur les étapes suivantes :

- L'évaluation du besoin global en solvabilité (BGS) lié au profil de risque propre de la Mutuelle ;
- Le respect permanent des exigences réglementaires par la projection de l'activité de la Mutuelle à l'horizon du plan stratégique (5 ans) dans des conditions normales et l'établissement d'un scénario central ;
- L'appréciation de la résistance de la solvabilité de la Mutuelle à des scénarios stressés et la définition d'actions correctrices adéquates ;
- L'établissement d'un cadre d'appétence en fonction des résultats futurs calculés à l'aide du scénario central.

Intégration de l'ORSA à la structure organisationnelle de la Mutuelle

La politique ORSA décrit le rôle et les responsabilités des différents acteurs du processus d'évaluation interne des risques et de la solvabilité et la manière dont celle-ci est intégrée à la structure organisationnelle et aux procédures de prise de décision de l'entreprise.

Le Directeur Général intervient dans le processus par l'intermédiaire des services et responsables de fonctions clés. Il s'assure que le processus ORSA est mené en cohérence avec les enjeux stratégiques de la Mutuelle, répond aux exigences réglementaires et implique suffisamment les administrateurs à sa réalisation.

Par la suite, il met en œuvre les décisions du conseil d'administration émanant de l'adoption du rapport ORSA et des plans de résolution associés.

Le comité des risques a pour missions de rendre un avis sur la production du rapport ORSA. Une présentation détaillée des différents éléments du rapport lui est faite afin de pouvoir soutenir son avis auprès du conseil d'administration qui approuve le rapport.

Le responsable de fonction clé Gestion des risques est responsable de la politique écrite ORSA et de sa mise en œuvre dans le cadre de la production du rapport ORSA.

Le comité Hypothèses Modèle regroupe les principaux contributeurs à la production de l'ORSA : responsables modélisation, gestion d'actifs, finance, actuariat, etc... C'est un comité opérationnel qui a vocation à coordonner le travail de ces différents acteurs, organiser un planning commun de production de l'ORSA, valider les données

et hypothèses retenues, partager une vision alignée du scénario central et des risques auxquels la Mutuelle s'expose, et assurer l'amélioration continue du processus de production de l'ORSA.

Fréquence de l'ORSA

Un ORSA est réalisé au moins une fois par an. En complément, un ORSA ad hoc peut être déclenché lors de la survenance d'événements qui entraînent une évolution significative du profil de risque.

Besoin Global de Solvabilité

Evaluation

La Mutuelle définit le Besoin Global de Solvabilité (BGS) comme étant le besoin en capital, dit capital ORSA, nécessaire pour faire face à une modification de son profil de risque.

La démarche d'évaluation du BGS consiste à :

- Identifier et décrire le profil de risque propre à la Mutuelle ;
- Evaluer les écarts du profil de risque par rapport à la formule standard et adapter si besoin les risques standards pour le calcul des SCR et l'établissement du bilan prudentiel ;
- Déterminer le BGS ;

Lors de la dernière évaluation du BGS, la Mutuelle a adapté les risques standards de défaut, financiers et techniques. Elle a estimé que le capital à mobiliser en couverture des risques opérationnels calculé par la formule standard était suffisant.

Interaction entre la gestion du capital et le profil de risque

La Mutuelle a identifié ses principaux risques. Elle immobilise des capitaux pour couvrir les pertes potentielles qui pourraient subvenir.

A ce jour, le profil de risque de la Mutuelle est en adéquation avec les hypothèses sous-jacentes du SCR. Par conséquent, la Mutuelle évalue ses risques « quantifiables » par la formule standard prévue par la réglementation.

Le processus ORSA permet également d'apprécier le profil de risque propre à la Mutuelle et d'appréhender des risques opérationnels non pris en compte dans la formule standard. Il a intégré un dispositif de recensement des risques majeurs non standards et inhérents à l'activité et au développement de l'entité.

B.4 Système de contrôle interne

B.4.1 Présentation du dispositif de contrôle interne

Le service contrôle interne, placé sous la responsabilité de la fonction clé gestion des risques, pilote le dispositif de contrôle interne et porte à ce titre une triple responsabilité :

- Vis-à-vis de l'ensemble des collaborateurs de la Mutuelle : développer la culture de la gestion des risques opérationnels en son sein ;
- Vis-à-vis des responsables de processus / procédures : fournir aux directions ou services des méthodes et des techniques de gestion des risques opérationnels à appliquer sur les processus / procédures dont ils ont la responsabilité, et les accompagner dans leur déploiement ;
- Vis-à-vis de la gouvernance : Assurer l'unicité et l'efficacité du dispositif de contrôle interne au niveau de la Mutuelle.

Le dispositif de contrôle interne de la Mutuelle s'appuie sur 4 piliers :

- ❖ **La cartographie des processus et les procédures associées**
- ❖ **Le plan de contrôle**
- ❖ **La cartographie des risques opérationnels**
- ❖ **Le suivi des incidents opérationnels**

Une surveillance permanente du dispositif est indispensable au maintien d'un dispositif performant et pérenne. Cette surveillance doit être menée par la fonction de contrôle interne, en lien avec les responsables de processus afin de :

- Vérifier le respect des procédures et du plan de contrôle interne
- Evaluer l'efficacité du dispositif de contrôle interne
- Identifier les changements d'organisation, de système d'information et sur l'environnement de la Mutuelle, impactant le dispositif de contrôle interne

Cette surveillance s'appuie sur :

- L'analyse des résultats des contrôles de 1^{er} niveau
- Les campagnes de contrôles de 2nd niveau ;
- L'analyse des dysfonctionnements majeurs relevés en dehors des anomalies de contrôle par les opérationnels eux-mêmes ;
- Les actions correctives identifiées dans le cadre des contrôles, des incidents et de la cartographie des risques, mais également des recommandations d'audit ;
- La connaissance des sujets transverses impactant le/les processus

Elle donne lieu à la définition d'actions d'amélioration qui constituent un plan d'action piloté par le service du contrôle interne et les responsables de processus.

B.4.2 Rôle de la fonction de vérification de la conformité

Objectifs et missions de la fonction clé vérification de la conformité

La fonction clé vérification de la conformité a pour missions :

- De conseiller les instances de gouvernance de la Mutuelle et des substituées sur le respect des dispositions législatives, réglementaires et administratives relatives aux activités d'assurance et de réassurance ;
- D'évaluer l'impact possible de tout changement d'environnement juridique sur les opérations de la Mutuelle et de ses substituées ;
- D'identifier et évaluer le risque de non-conformité ;
- De s'assurer du respect des dispositions législatives, réglementaires et administratives relatives aux activités d'assurance et de réassurance au travers de vérifications de conformité ;
- De rendre compte de ses activités au conseil d'administration de la Mutuelle chaque année.

Ces missions s'inscrivent dans un objectif commun de sécurisation des risques de non-conformité de la Mutuelle.

Dispositif de vérification de la conformité

Chaque année, la fonction clé vérification de la conformité établit un plan de conformité qu'elle présente en comité de direction et en conseil d'administration. Un rapport est établi en fin d'année établissant les recommandations de la fonction clé vérification de la conformité sur chaque thématique vérifiée. Les conclusions de ce rapport font l'objet d'une restitution en conseil d'administration.

Egalement, elle met en place une cartographie des risques de non-conformité et assure un rôle de conseil et d'accompagnement auprès de la direction générale et de la gouvernance de la Mutuelle au quotidien.

La fonction clé vérification de la conformité est l'interlocuteur référent de l'ACPR en ce qui concerne la conformité.

B.5 Fonction d'audit interne

B.5.1 Rôle de l'audit interne dans l'organisation

L'audit interne est une activité indépendante et objective qui apporte au conseil d'administration et à la direction de Solimut Mutuelle de France une assurance raisonnable sur la qualité et l'efficacité de son dispositif de management des risques, de son dispositif de contrôle interne ainsi que sur les systèmes de gouvernance.

Solimut Mutuelle de France dispose d'une fonction clé audit interne qui exerce ce rôle et cette responsabilité. La fonction clé audit interne est directement rattachée au directeur général ce qui lui confère un accès à l'information facilité et une indépendance dans la réalisation des missions d'audit.

La fonction procède à l'évaluation périodique des processus tels qu'ils existent au sein de Solimut Mutuelle de France. Par ses propositions, elle contribue à en améliorer la sécurité et à optimiser les performances globales de l'organisation.

Les missions de l'audit interne permettent notamment :

- D'évaluer les systèmes de contrôle interne et de gestion des risques (analyse et vérification de l'efficacité des procédures de contrôle),
- D'évaluer la pertinence, l'efficacité et la conformité des processus de la Mutuelle,
- De vérifier l'intégrité, la fiabilité, l'exhaustivité et la traçabilité des informations produites (comptables, financières, de gestion...),
- De proposer des axes d'amélioration ou de progrès pour l'organisation.

B.5.2 Planification des missions d'audit interne

Le périmètre d'intervention de la fonction clé audit interne est défini via le plan d'audit, qui précise l'ensemble des thématiques qui devront être contrôlées selon une logique triennale. Le plan d'audit peut ensuite être ajusté chaque année dans un souci d'agilité et d'adaptation, suite à l'identification éventuelle de nouveaux risques ou de risques prioritaires.

Le plan d'audit peut couvrir tous les domaines ou processus de Solimut Mutuelle de France.

Le plan d'audit triennal et ses éventuelles adaptations doivent être systématiquement validés par le comité d'audit et par le conseil d'administration de Solimut Mutuelle de France.

B.5.3 Réalisation des missions d'audit interne

Préparation

La préparation d'un audit nécessite une importante phase de recueil et d'analyse. La fonction clé audit interne est amenée à préparer une grille d'audit, ce qui passe par l'identification des obligations inhérentes à la thématique auditée et des zones de risques.

Réalisation

Les missions sont réalisées sur la base d'entretiens, de documents de travail et de tests permettant d'appuyer l'opinion de la fonction clé audit interne sur des éléments objectifs.

Rédaction du rapport

À l'issue de chaque mission d'audit, un rapport est rédigé présentant le contexte, le périmètre d'intervention, les objectifs de l'audit, l'approche d'audit, les résultats et conclusions des travaux réalisés, et le cas échéant, les recommandations visant à améliorer l'activité ou le processus étudié.

Restitution

La version finale du rapport est restituée au dirigeant opérationnel de Solimut Mutuelle de France. L'échange s'articule notamment autour du plan d'action, et de la désignation de porteurs et d'échéances concernant les recommandations émises.

Suivi des recommandations

La fonction clé audit interne réalise un suivi de l'ensemble des recommandations jusqu'à leur clôture finale. Le comité d'audit doit rendre compte du suivi des recommandations au conseil d'administration de Solimut Mutuelle de France. En effet, la mise en œuvre des recommandations relève de la responsabilité du conseil d'administration de Solimut Mutuelle de France.

B.5.4 Reporting annuel

Chaque année, la fonction clé audit interne rend compte de ses travaux au comité d'audit et au conseil d'administration de la Mutuelle. Elle est à minima tenu de présenter :

- La liste des audits réalisés sur l'entité ;
- Les principaux constats réalisés et les recommandations approuvées ;
- Le suivi de la mise en place des recommandations des audits passés ;
- Les audits à venir.

B.6 Fonction actuarielle

B.6.1 Organisation de la fonction actuarielle

Conformément à la réglementation Solvabilité 2 la fonction actuarielle est en charge des tâches suivantes : coordonner le calcul des provisions techniques, garantir le caractère approprié des méthodes, des modèles sous-jacents et des hypothèses utilisées. Elle s'appuie pour cela sur des travaux qui permettent d'en démontrer le caractère approprié. Elle est hiérarchiquement rattachée à la direction générale.

Les travaux de la fonction clé actuarielle sont décrits au sein d'un rapport annuel, qui dans le cadre de la gouvernance de la Mutuelle est présenté en comité des risques, puis en conseil d'administration. Les grands axes d'étude qu'elle mène, conformément à la directive cadre, se concentrent sur le provisionnement, la qualité des données, la souscription et la réassurance.

B.6.2 Travaux liés à la fonction actuarielle

La fonction actuarielle apporte un second regard sur les travaux de provisionnement qui sont réalisés.

Pour le calcul des provisions techniques en santé – frais de soin, la méthode retenue est la méthode Chain-Ladder sur une périodicité mensuelle, avec des montants de prestations cumulés et un historique sur 4 années de survenance.

Pour le calcul des provisions techniques pour les garanties liées à la perte de revenu et au décès est également analysée, compte tenu du processus employé, de l'historique observé, des hypothèses retenues et des outils de calcul à disposition.

L'analyse de la politique de souscription intervient dans la vérification de la mise en œuvre de la politique écrite d'une part, mais également dans l'analyse technique de l'évolution des effectifs, des montants de cotisations et de prestations.

La fonction clé peut également être sollicitée pour les questions relatives à la réassurance, dans sa mise en place mais aussi dans les analyses d'impact.

La qualité des données est un sujet important pour la fonction clé actuarielle. La Mutuelle dispose d'une politique écrite de qualité des données, décrivant les responsabilités de chacun des services dans le processus de maîtrise de la qualité des données, ainsi que d'un comité de qualité des données. La tenue régulière du comité de qualité des données a permis d'apporter des améliorations dans le contrôle de la qualité des données, par exemple par l'automatisation de certains contrôles sur les données utilisées dans le provisionnement.

Par ailleurs, la fonction clé actuarielle contribue à la connaissance technique des dirigeants en permettant un appui pour certaines études et un regard technique nécessaire à l'appréhension de certains sujets.

B.6.3 Rapport annuel

La fonction clé actuarielle décrit au sein du rapport actuariel qu'elle produit annuellement les grands axes d'étude qu'elle mène, conformément à la directive cadre, à savoir le provisionnement, la qualité des données, la souscription et la réassurance.

Concernant la souscription la Mutuelle s'est dotée de politiques écrites, relatives à la prise de décision ainsi que d'un guide de souscription définissant les caractéristiques des produits conformes à l'appétence aux risques de la Mutuelle. Les travaux de la fonction clé ont permis de démontrer que ces politiques sont à la fois adaptées à l'identification des risques de souscription de la Mutuelle et globalement bien appliquées. Cependant des pistes d'amélioration ont également été identifiées en matière de formalisation des prises de décision, ainsi que de simplification du guide de souscription. Des travaux ont également été menés sur la revue des zoniers de tarification utilisés par la Mutuelle. Cette revue a démontré que les 5 zoniers utilisés actuellement sont globalement cohérents, avec cependant des disparités notables sur les départements où la Mutuelle est peu présente (est de la France et Bretagne par exemple). Si la Mutuelle venait à se développer sur ces zones, la souscription et la tarification des risques sur ces départements où la Mutuelle a peu de base d'expérience représenterait donc un risque spécifique par rapport à des départements où la Mutuelle dispose d'un historique de données suffisant.

En matière de provisionnement des travaux de sensibilité ont été réalisés sur le provisionnement des PSAP en santé, en comparant différentes méthodologies, notamment de triangles de liquidation. Ces travaux ont démontré que si les choix méthodologiques peuvent avoir un impact sur le montant exact des provisions, ils n'ont pas d'impact sur leur ordre de grandeur. De plus les légers *boni* de liquidation observés sur les derniers exercices tendent à démontrer le caractère à la fois approprié et prudent du provisionnement en santé.

Des travaux ont également été menés sur le provisionnement en prévoyance, et notamment sur la comparaison des courbes réglementaire de maintien en incapacité, utilisées en provisionnement, et le maintien réellement observé sur le portefeuille.

En vision prudentielle, les travaux sont réalisés sous Addactis. Les hypothèses et données retenues ont été documentées, ce qui a permis une meilleure validation des choix retenus. Ces travaux sont partagés au travers de différentes instances (comités modèles et hypothèses, comité des risques) permettant de partager et valider aussi bien les trajectoires tracées que les analyses découlant sur les engagements et la solvabilité de la Mutuelle.

En matière de qualité des données, la Mutuelle s'est dotée d'une politique et d'un comité de qualité des données. Les travaux de ce comité sont documentés et transversal à l'entreprise. Ils permettent d'identifier et de corriger les incohérences détectées sur les données, ainsi que de faire évoluer le dispositif de contrôle, notamment dans le cadre des travaux de clôture.

Enfin concernant la réassurance des travaux ont été menés par un cabinet externe sur l'analyse du dispositif de réassurance de la Mutuelle (politique de réassurance, couverture des risques et choix des réassureurs). Ces analyses conduisent à acter du caractère globalement approprié du dispositif de réassurance de la Mutuelle.

B.7 Sous-traitance

La Mutuelle, en respect des textes en vigueur, définit la sous-traitance, appelée « externalisation », comme « un accord, quelle que soit sa forme, conclu entre une entreprise et un prestataire de services, soumis ou non à un contrôle, en vertu duquel ce prestataire de services exécute, soit directement, soit en recourant lui-même à l'externalisation, une procédure, un service ou une activité, qui serait autrement exécuté par l'entreprise elle-même ».

Les activités d'externalisation sont encadrées par la directive cadre, avec pour principal concept que l'assureur conserve l'entière responsabilité des activités qu'il sous-traite, et donc qu'il doit rester vigilant quant à leurs conditions de réalisation.

La Mutuelle a rédigé une politique écrite relative à la gestion de l'externalisation, et qui reprend l'ensemble des dispositifs organisationnels et règles mis en place.

La Mutuelle est responsable des activités externalisées, tant vis-à-vis de leurs adhérents que de l'autorité de contrôle. Ainsi, le périmètre du système de contrôle interne est également constitué des activités déléguées et externalisées, et une procédure décrivant le processus de mise en place d'une sous-traitance, depuis le projet jusqu'au suivi, complète la politique écrite.

Les prestataires doivent collaborer avec les personnes en charge du contrôle de l'activité externalisée (responsable du prestataire au sein de l'entité, mais également les commissaires aux comptes, le service contrôle interne et l'audit interne). Le prestataire doit aussi s'engager à répondre aux questions de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) le cas échéant.

B.7.1 Activités externalisées

Solimut Mutuelle de France a recours à la sous-traitance afin de répondre au mieux à la diversification de ses activités et des prestations offertes, cela lui permettant de se diversifier et de se solidifier tout en se focalisant sur son cœur de métier mutualiste.

Les modalités de sélection des prestataires de services, qui sont présentées dans la politique écrite d'externalisation. Elle répond aux exigences et obligations qui incombent à la Mutuelle en termes de gestion des risques et de contrôle interne.

B.7.2 Mise en œuvre et suivi des activités sous-traitées

La politique écrite prévoit la désignation d'un responsable pour chaque prestataire. Ses compétences doivent s'appuyer sur des connaissances :

- Techniques sur le métier externalisé,
- Sur le fonctionnement de l'entité,
- Sur l'organisation du prestataire.

Ses missions consistent à :

- Assurer l'interface entre le prestataire et l'entité,
- Suivre au quotidien l'activité externalisée,
- Répondre à toutes éventuelles questions en interne sur la gestion de la prestation,
- Mettre à jour le reporting de suivi d'activité,
- S'assurer de la qualité de la prestation attendue,
- Effectuer les contrôles permanents de la prestation externalisée,
- Coordonner le contrôle périodique du prestataire en accompagnant l'auditeur/contrôleur dans ses missions.

Les modalités de reporting ainsi qu'un plan de contrôle et d'audit doivent être déterminés lors de la mise en place de la prestation auprès du prestataire.

Les prestataires doivent être listés selon la criticité de leurs activités. Des tableaux de suivi seront conçus pour suivre la conformité et le pilotage de la prestation.

L'archivage des données physiques et informatiques doit faire l'objet d'un contrôle régulier.

B.7.3 Les accords écrits avec les sous-traitants

L'accord écrit régissant la relation avec le sous-traitant doit énoncer clairement les devoirs et responsabilités de chacun et prévoir notamment l'engagement du sous-traitant à se conformer à toutes les dispositions législatives, exigences réglementaires et lignes directrices applicables, ainsi qu'aux politiques approuvées par la Mutuelle.

B.8 Autres informations

Aucune autre information importante ou qualifiée comme telle par la Mutuelle susceptible d'impacter le système de gouvernance présenté plus haut n'est à mentionner.

C. PROFIL DE RISQUE

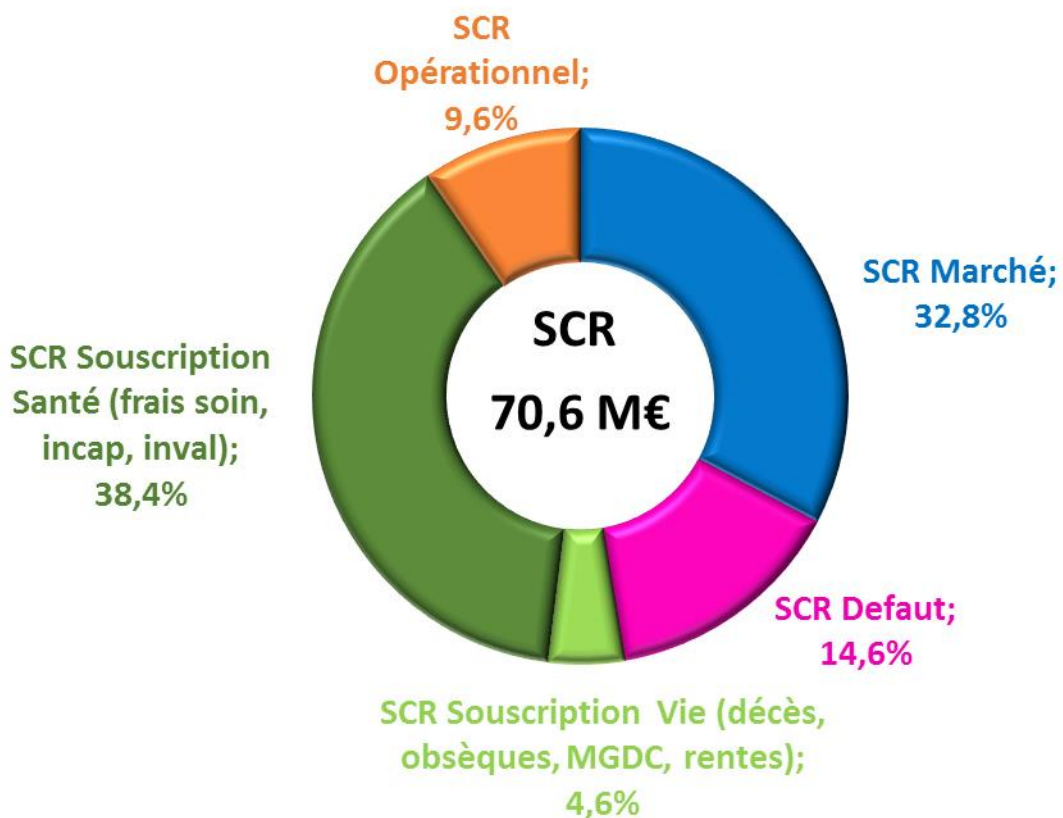
Le profil de risque correspond à l'ensemble des risques auxquels la Mutuelle est exposée, la quantification de ces expositions et les mesures de protection pour faire face à ces risques.

Les principaux risques auxquels la Mutuelle est exposée résultent de son activité sur les risques de santé de prévoyance et de son activité sur les marchés financiers.

Le capital de solvabilité requis (SCR) représente le niveau de fonds propres nécessaire pour faire face à des pertes imprévues dont la probabilité d'occurrence est d'une fois tous les 200 ans à un horizon d'un an (*Value at Risk* à 99,5%).

La Mutuelle évalue son profil de risque conformément à la formule standard d'évaluation du SCR.

Au 31/12/2022, le SCR de Solimut Mutuelle de France est de 70,6 M€, comme illustré sur le graphique suivant :



Les risques les plus contributeurs au SCR global sont ceux qui résultent de son activité assurantielle, principalement sur les risques de souscription des garanties santé (38%) et les risques de marché (33%).

C.1 Risque de souscription

Le risque de souscription correspond au risque de perte financière découlant d'une tarification ou d'un provisionnement inadapté à la garantie sous-jacente (les cotisations ne permettent pas de couvrir les prestations et frais de l'organisme ou les provisions ne permettent pas de couvrir les prestations afférentes).

La Mutuelle est présente sur les activités de Santé (Similaires à la vie et non similaires à la vie) et de Vie.

L'exposition aux risques de souscription représente à fin 2022, 43 % de l'exposition totale, avant bénéfice de diversification, soit 41,1 M€. La majeure partie du risque de souscription concerne le risque de souscription Santé.

C.1.1 Exposition au risque de souscription

Le risque de souscription porté par la Mutuelle se décompose de la manière suivante :

- Parmi les engagements en non-vie : l'assurance des frais médicaux [LoB¹⁰ 1], l'assurance de protection des revenus [LoB 2], les engagements de réassurance proportionnelle des frais médicaux [LoB 13] et les engagements de réassurance proportionnelle de protection des revenus [LoB 14] ;
- Parmi les engagements en vie :
 - Pour les lignes d'activité Santé SLT : les rentes découlant des contrats d'assurance non-vie et liées aux engagements d'assurance santé [LoB 33], les engagements de réassurance maladie [LoB 35], et les engagements d'assurance santé si l'activité sous-jacente est exercée sur une base technique similaire à celle de l'assurance vie [LoB 29] ;
 - Pour les lignes d'activité Vie : l'assurance avec participation aux bénéficiaires [LoB 30], les autres assurances vie [LoB 32] et les engagements de réassurance vie [LoB 36].

Risque de souscription Santé

Il se décompose en trois sous-modules : les risques de souscription Santé NSLT (non similaire au risque Vie), Santé SLT (similaire au risque Vie) et Catastrophe. Les risques santé de la Mutuelle sont principalement portés par les risques de souscription Santé NSLT (non similaire au risque Vie) et catastrophe.

Le risque de souscription Santé NSLT est le premier risque porté par la Mutuelle. Il représente 81,0% de l'exposition au sein du SCR Santé, avant bénéfice de diversification, soit un capital règlementaire de 33,9 M€. Il concerne les frais de soin, ainsi que l'incapacité de travail, la dépendance pour les autonomes cotisants et des garanties spécifiques annuelles dont les prestations ont un coût global inférieur à 5000 euros.

Il est composé du risque de prime (risque que le coût des sinistres futurs soit supérieur aux primes perçues) et du risque de réserve (risque lié à la nature aléatoire de l'évaluation des sinistres et à leur mauvaise estimation).

Le risque de souscription Santé SLT (similaire au risque Vie) concerne l'invalidité et la dépendance, pour les rentiers dépendants. Il ne s'agit pas d'un risque principal pour la Mutuelle. Il représente 1,0% de l'exposition au sein du SCR Santé à fin 2022 avant bénéfice de diversification, soit un capital règlementaire de 0,4 M€.

Le risque catastrophe correspond aux risques d'accident de masse, de concentration géographique et de pandémie. Il représente 18,0% de l'exposition au sein du SCR Santé à fin 2022 avant bénéfice de diversification, soit un capital règlementaire de 7,5 M€.

¹⁰ Line of business ou lignes d'activités

Au global, le risque de souscription santé (SLT et NSLT) représente 38,4% de l'exposition aux risques à fin 2022, avant diversification, soit un capital règlementaire de 36,7 M€. Solimut Mutuelle de France est principalement exposée aux risques de fréquence (augmentation du nombre de sinistres), aux risques exceptionnels (survenance de sinistres individuels d'un montant élevé) ainsi qu'aux risques biométriques (pour l'incapacité et l'invalidité).

Décomposition du risque de souscription des garanties santé	2022	
	Capital requis (SCR)	En %*
Risque SLT	0,4 M€	1%
Risque non SLT	33,9 M€	81%
Risque CAT	7,5 M€	18%
Bénéfice de diversification au sein du SCR santé	-5,1 M€	
SCR santé	36,7 M€	

* Répartition (en %) des sous-modules de risques au sein du SCR Santé avant diversification.

Risque de souscription Vie

Le risque de souscription Vie concerne les garanties décès (décès, maintien garantie décès, Obsèques, rente de conjoint, rente d'orphelin, etc.) de l'ensemble des segments de prévoyance.

Le risque de souscription Vie représente 4,58% de l'exposition totale aux risques à fin 2022, avant bénéfice de diversification, soit un capital règlementaire de 4,4 M€. Au travers de son activité, la Mutuelle est principalement exposée au risque de mortalité (77,6 % du risque de souscription Vie avant diversification), suivi du risque frais et du risque de morbidité. Pour information, le risque de mortalité correspond au risque d'augmentation des provisions techniques dû à une hausse du taux de mortalité.

Décomposition du risque de souscription des garanties vie	2022	
	Capital requis (SCR)	En %*
Risque de mortalite LIFE	3,6 M€	59%
Risque de longevite LIFE	0,4 M€	7%
Risque de morbidite LIFE	0,7 M€	11%
Risque de rachat LIFE		0%
Risque de frais LIFE	1,1 M€	18%
Risque de révision LIFE	0,0 M€	0%
Risque CAT LIFE	0,2 M€	4%
Bénéfice de diversification au sein du SCR vie	-1,7 M€	
SCR vie	4,4 M€	

Risque de souscription Non-Vie

La Mutuelle n'est pas concernée par le risque de souscription Non-Vie.

La Mutuelle peut décomposer son activité selon les lignes d'activités (LoB) suivantes définies :

Numéro LoB	Line of Business	Cotisations acquises (nettes)	Poids
1	Frais Médicaux	105,5 M€	74,2%
2	Protection des revenus	17,9 M€	12,6%
13	Réassurance de frais médicaux proportionnelle	0,3 M€	0,2%
14	Réassurance de protection de revenu	1,5 M€	1,0%
29	Assurance santé - SLT	0,8 M€	0,5%
30	Assurance avec participation aux bénéficiaires	14,2 M€	10,0%
32	Autre Assurance Vie	1,5 M€	1,0%
33	Rentes - SLT	0,0 M€	0,0%
35	Réassurance maladie	0,0 M€	0,0%
36	Réassurance vie	0,5 M€	0,3%
Total		142,2 M€	100%

Les cotisations présentées dans ce tableau sont nettes de réassurance.

C.1.2 Concentration associée au risque de souscription

Le profil de risque de la Mutuelle évalué selon la formule standard montre une forte concentration du risque de souscription sur la Santé, qui correspond à 42% de la somme des SCR avant diversification, contre 3% pour la Vie. Le risque santé est lui-même porté majoritairement par le risque NSLT (qui correspond à 79,5% du SCR Santé avant diversification).

Le profil de risque de souscription de la Mutuelle reflète naturellement son activité principale, liée aux frais de soins.

C.1.3 Maîtrise et techniques d'atténuation du risque de souscription

La Mutuelle pilote son risque de souscription et de provisionnement au travers de plusieurs indicateurs suivis régulièrement et présentés à la direction et au Conseil d'administration.

Les principaux indicateurs sont :

- l'évolution du portefeuille (nombre d'adhérents et montant de cotisations) ;
- le rapport P/C (Prestations + Frais / Cotisations acquises) ;
- les écarts entre les provisions estimées et les prestations constatées.

En particulier, le rapport P/C constitue l'indicateur essentiel de suivi du risque et est comparé au ratio cible construit sur un scénario de sinistralité standard. Le suivi actuel de la sinistralité de Solimut Mutuelle de France ne montre pas de signal d'alerte.

La gestion de l'anti-sélection et de la sous-tarification passe par :

- l'implémentation d'une politique de tarification ;
- une politique de souscription ;
- une politique de gestion des sinistres.

Plus précisément, le processus de tarification de nouveaux produits prévoit :

- d'établir la tarification des risques à couvrir avec des méthodes prudentes, d'hypothèses réalistes, de calculs explicites et justifiés, voire des prévisions d'équilibre technique ;
- de s'assurer de la fiabilité des données utilisées pour les tarifications,

- de s'assurer de la fiabilité des circuits opérationnels de souscription, notamment :
 - la prise de décision du niveau de tarification à appliquer : tarif technique validé par le service opérationnel actuariat, règles de délégation et d'arbitrage, relations avec les courtiers, etc.
 - la bonne correspondance entre les tarifs appliqués et le risque à couvrir ;
 - la bonne correspondance entre d'une part le périmètre des risques et la définition des garanties tarifées, et d'autre part les termes contractuels ;

Le processus de renouvellement tarifaire prévoit une révision annuelle des contrats en portefeuille en analysant sur plusieurs exercices les ratios P/C (Prestations sur Cotisations), détaillés par risque (décès, incapacité, invalidité) pour les contrats prévoyance.

Le processus de provisionnement inclut notamment une revue par la fonction actuarielle et une analyse du caractère suffisant des provisions constituées (analyse boni-mali).

Le risque catastrophe ou de sur-sinistralité est géré par la mise en œuvre de la politique de réassurance. Le recours à la réassurance vise à protéger la solvabilité de la Mutuelle. Cette protection est portée par plusieurs réassureurs, présentant une solidité financière satisfaisante.

Afin d'atténuer le risque lié à la réassurance, la Mutuelle peut être amenée à utiliser des instruments de couverture et détient à ce titre des actifs remis en nantissement et des dépôts en espèces par les réassureurs pour provisions techniques cédées.

C.1.4 Sensibilité au risque de souscription

Le principal risque porté par la Mutuelle est le risque de souscription. Sa sensibilité est testée de manière indirecte, notamment à partir de la publication mensuelle par l'EIOPA de la courbe des taux sans risques.

Chaque année, dans le cadre de l'ORSA, chaque Mutuelle établit plusieurs scénarios de stress afin de mesurer sa capacité de résistance à des chocs tant sur les activités d'assurance que sur les actifs.

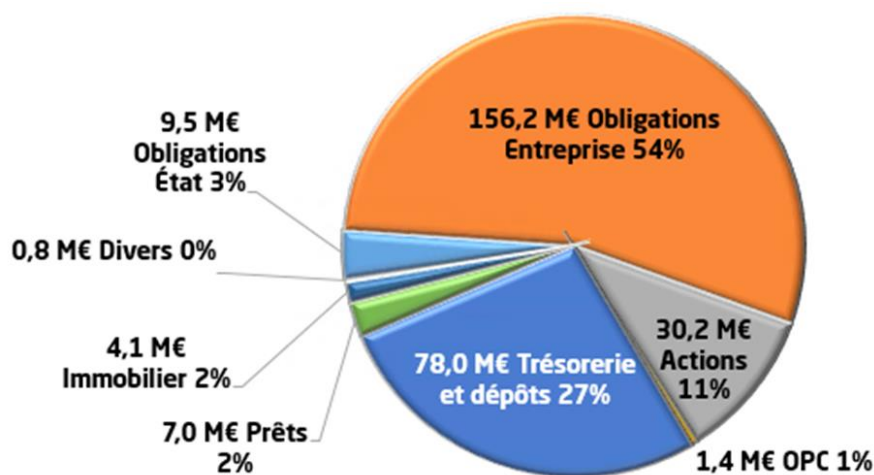
C.2 Risque de marché

Le risque de marché est le risque de perte lié aux fluctuations des prix des instruments financiers qui composent le portefeuille d'actifs détenus par la Mutuelle en représentation des engagements vis-à-vis des assurés.

C.2.1 Exposition au risque de marché

L'exposition au risque de marché par classe d'actifs est induite par la constitution du portefeuille d'investissement de la Mutuelle.

Au 31 décembre 2022, le portefeuille de placements¹¹ de la Mutuelle s'élève à 287,0 M€ en valeur de marché et se décompose, après mise en transparence des OPC, comme suit :



Il est constitué majoritairement (58%) de titres vifs obligataires Etat et Entreprises.

La Mutuelle conserve par principe de prudence un montant significatif d'actifs liquides ou disponibles à très court terme (27%) pour se prémunir de tout risque de liquidité, dont une partie est soumise aux risques de marché.

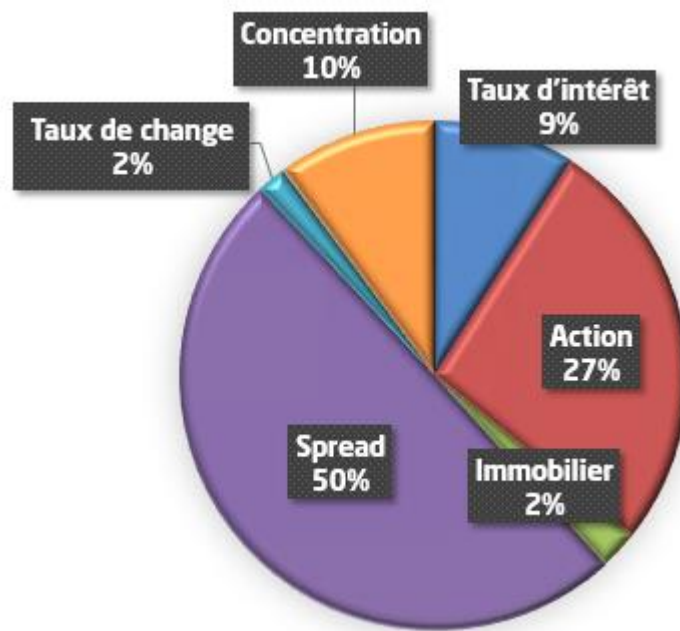
C.2.2 Mesure du risque de marché et concentration associée

Le SCR Marché de la Mutuelle s'élève à 31,3 M€, en nette diminution (-6,1 M€) par rapport à 2021 sous l'effet de la baisse des marchés financiers et d'une moindre exposition à la catégorie d'actifs la plus coûteuse en SCR, les actions.

Il est constitué de 6 sous-modules de risques définis par la formule standard : taux, action, immobilier, spread, change, concentration.

En raison de la prédominance des produits de taux dans son portefeuille d'actifs, les risques de taux et de spread représentent à eux deux 59% du SCR Marché avant diversification, comme illustré ci-dessous :

¹¹ A l'exception des actifs corporels d'exploitation



Risque de spread

Le risque de spread désigne le risque d'écart de taux d'une obligation émise par un organisme par rapport aux taux du marché.

L'exigence de capital liée au risque de spread est calculée par ligne d'actif en fonction de la valeur de marché, de la durée d'échéance de l'investissement, de la santé financière (qualité de crédit) de l'émetteur qui se matérialise par sa notation (ou *rating*).

Ce risque représente 50% de la somme des composantes du SCR Marché 2022 de la Mutuelle.

Le niveau élevé et le poids de ce risque s'expliquent par l'allocation du portefeuille de placements : les obligations, à l'exception des obligations d'États de l'EEE¹² non soumises au risque de spread représentent 54% du portefeuille d'actifs.

Risque de taux

Le risque de taux d'intérêt correspond principalement au risque relatif à l'évolution du niveau des taux, à la baisse ou à la hausse.

Ce risque existe pour tous les actifs et passifs dont la valeur est sensible aux variations de la structure de la courbe de taux d'intérêt (obligations) ou à la volatilité des taux d'intérêt. Le chargement en capital au titre de ce risque est le résultat de deux scénarii prédéfinis (up et down) sur le niveau de la courbe de taux.

Le risque de taux peut provenir d'une inadéquation entre les caractéristiques de l'actif et du passif du portefeuille.

Le capital requis pour couvrir ce risque représente 9% (contre 8% en 2021) du SCR de marché.

¹² Espace économique européen

Risque action

Le risque actions mesure la sensibilité de la valeur des actifs à un changement de valeur sur le marché des actions.

Ce risque représente 27% (contre 34% en 2021) de la somme des composantes du SCR Marché.

La réduction significative du SCR Action au cours du dernier exercice est liée aux baisses conjuguées de l'exposition de la Mutuelle sur ce segment d'actifs, des valeurs boursières et de la pénalité moyenne appliquée (31% versus 38% en 2022).

Risque immobilier

Le risque immobilier mesure la sensibilité de la valeur des actifs immobiliers à un changement de valeur sur le marché immobilier.

Le SCR requis au titre du risque immobilier représente 2% de la somme des composantes du SCR Marché 2022, inchangé par rapport à l'exercice précédent.

Ce risque concerne les investissements dans des fonds immobiliers non cotés et les immeubles détenus en direct, quel qu'en soit leur usage : immobilier d'exploitation ou immobilier de placement.

Risque de change

Le risque de change intégré à la formule standard est lié à l'incertitude du taux de change d'une monnaie par rapport à une autre, à court ou moyen terme.

Le capital requis au titre du risque de change représente 3% (contre 2% en 2021) du SCR Marché.

Il est porté par des lignes d'actifs issus de la mise en transparence des fonds d'investissement. La Mutuelle ne dispose d'aucun placement en ligne directe indexé dans une devise étrangère.

Risque de concentration

Le risque de concentration vient de la survenance d'une perte importante liée au défaut d'une contrepartie et du fait que le risque sur un portefeuille augmente avec sa concentration sur un même émetteur ou un groupe.

Le capital requis au titre du risque de concentration représente 10% (contre 8% en 2020) du SCR Marché.

Autres risques

D'autres risques non modélisés dans la formule standard et sensibles aux fluctuations des marchés financiers peuvent être pris en compte par la Mutuelle dans le cadre du processus ORSA. Citons par exemple le risque de spread porté par les obligations souveraines.

Par ailleurs, la Mutuelle a pris en compte la modification des actes délégués (applicables depuis le 2 août 2022) et la nécessité d'intégrer les risques en matière de durabilité dans le principe de la « personne prudente ».

C.2.3 Suivi, maîtrise et techniques d'atténuation du risque de marché

C.2.3.1 Principe de la personne prudente

Les investissements réalisés par la Mutuelle sont placés sous l'autorité des Dirigeants Effectifs dans le respect du principe de la « personne prudente » :

- Les décisions d'investissement visent notamment à s'assurer que les obligations et les engagements de la Mutuelle envers ses adhérents sont satisfaits à tout moment, tout en protégeant de manière continue la solvabilité de l'entité ;
- La Mutuelle est en mesure d'appréhender les risques financiers associés aux actifs détenus ;
- La Mutuelle investit sur des placements simples à dominante obligataire qui permettent de générer des revenus réguliers, tout en limitant le risque de perte du capital investi ;
- Tous les actifs, et en particulier ceux couvrant le MCR et le SCR, sont investis de façon à garantir la sécurité, la qualité, la disponibilité, la liquidité et la rentabilité de l'ensemble du portefeuille.
- La Mutuelle a défini des limites et des règles d'investissement pour encadrer les risques de marché, de défaut et de liquidité liés aux investissements.

C.2.3.2 Délégation de gestion

Compte tenu des volumes d'investissement en jeu, la Mutuelle a confié la gestion de son portefeuille d'actifs cotés à des sociétés de gestion spécialisées, à travers des mandats de gestion.

Les actifs cotés sont composés d'obligations détenues en direct (titres vifs) et de fonds d'investissement (OPC). Ils constituent près de la moitié du portefeuille de placements de la Mutuelle et sont les principaux contributeurs aux risques de taux, spread, action et change.

La gestion déléguée :

- A pour objectif de couvrir les risques à moyen et long terme liés aux activités vie et non-vie de la Mutuelle et d'obtenir un rendement supérieur à des placements à court terme ;
- Est encadrée par une convention signée par les deux parties qui précise :
 - Le cadre juridique de la relation ;
 - Les obligations et les droits de chacune des parties, en conformité avec les exigences de sous-traitance relatives à Solvabilité 2 ;
 - Les règles de limitation d'investissements et le cadre de la prise de risque par les gérants.

C.2.3.3 Suivi

La Mutuelle suit de manière continue les risques financiers liés à ses investissements :

- Les mandataires communiquent mensuellement des reportings comptables et économiques ;
- Des réunions sont organisées régulièrement avec les mandataires pour faire un point sur l'évolution du portefeuille et de ses performances ;
- Des indicateurs clés sont présentés annuellement aux comités spécialisés : évolution de l'allocation d'actif, indicateurs de performance et de risque, suivi de l'appétence liés aux investissements, etc. ;
- L'évolution de l'allocation d'actifs, des portefeuilles sous mandats, du stock de plus ou moins-values latentes, le risque crédit sont des indicateurs suivis mensuellement par l'intermédiaire de reportings communiqués aux membres du comité d'investissement interne.

Les sujets opérationnels et quotidiens liés à la gestion des actifs sont abordés en comité d'investissement interne. Lorsque cela s'avère nécessaire, ils font l'objet d'une présentation au comité des risques qui assure le pilotage global des investissements.

C.2.3.4 Maîtrise

Afin de maîtriser les risques mentionnés ci-avant, la Mutuelle a défini une politique de gestion des risques d'investissement, de liquidité, de concentration et de gestion actif-passif qui contribue au système de gestion des risques.

La Mutuelle s'appuie également sur l'expertise des mandataires de gestion.

Actifs sous mandat

Le portefeuille d'actifs gérés par les mandataires est encadré par des règles rigoureuses de limitation en matière de type d'instrument, de rating, de durée, d'exposition, etc.

Autres actifs

La Mutuelle dispose d'une poche de fonds non cotés gérée en direct qui est encadrée par des règles d'investissements.

Risque de défaut

Evaluation de la qualité de crédit

Comme spécifié dans l'orientation 29 de la notice ACPR relative au système de gouvernance, les organismes d'assurance doivent faire part de la manière dont ils évaluent leur risque de crédit.

Conformément aux exigences de l'article 4 du règlement délégué, la Mutuelle utilise des notations de crédit émises par des agences de notation afin d'évaluer la qualité des contreparties dans lesquelles elle investit. Elle ne se sert que des notations des agences listées dans des notes publiées annuellement par la Commission Européenne.

La Mutuelle confie à un prestataire, Sequantis, la tâche de récupérer les notations de crédit sur tous les instruments et émetteurs connus dans son référentiel valeur.

Les échelons de qualité de crédit sont retenus lors des calculs des exigences en capitaux réglementaires pour les risques de spread et de concentration. Les échelons de crédit sont ainsi obtenus en fonction des émissions (instruments), des émetteurs et des groupes émetteurs.

Sequantis retient et met à disposition de la Mutuelle la deuxième meilleure notation (critère de sélection du *Second Best rating*) pour chaque titre en portefeuille.

Risque de défaut des émetteurs d'actifs financiers

Ce risque est pris en compte dans le risque de marché : plus la qualité de crédit de l'émetteur d'un titre est élevée, moins le montant de SCR Spread du titre sera important.

A cet effet, la Mutuelle adopte une stratégie prudente en matière d'investissements générant du risque de spread. Au niveau opérationnel, le risque crédit est suivi par l'intermédiaire d'un reporting mensuel adressé aux membres du comité d'investissement interne. Le document met en évidence les titres ayant un niveau de moins-values inférieur à un seuil fixé et ceux faisant l'objet d'une surveillance par les mandataires.

Contrôle de la qualité des données

La Direction des Assurances contribue à la qualité des données des actifs en procédant à des contrôles réguliers. Elle effectue des contrôles annuels de cohérence des données nécessaires aux travaux prudentiels.

Le suivi des placements s'effectue mensuellement par l'intermédiaire du logiciel Insight, administré par Sequantis, qui consolide toutes les données du portefeuille d'actifs.

C.2.3.5 Dispositif d'atténuation

Afin d'atténuer le risque d'investissement, la Mutuelle peut être amenée à utiliser des instruments de couverture (nantissement, sûreté, etc.).

Expositions hors bilan

La Mutuelle détient les expositions hors bilan suivantes, communiquées dans l'état S.03.01 :

- Dans le cadre de la gestion et de la réduction de ses risques financiers, un contrat de sûreté fourni par le débiteur sur une souscription obligataire ;
- Un instrument de couverture du risque lié à la réassurance : des actifs remis en nantissement par un réassureur de la Mutuelle pour les provisions techniques cédées.

Transfert de risques à des véhicules de titrisation

La titrisation est une technique financière qui vise à transférer à des investisseurs des actifs financiers en les transformant en titres financiers émis sur le marché des capitaux, le tout via une société ad hoc.

La Mutuelle n'a recours à aucun véhicule de titrisation.

Opérations de prêts ou d'emprunts de titres

La Mutuelle n'a conclu aucune opération de prêts ou d'emprunts de titres, ni accord de mise ou prise en pension au sens de l'article 4, paragraphe 1, point 82), du règlement (UE) n o 575/2013, y compris des swaps de liquidité.

C.2.4 Sensibilité au risque de marché

Le suivi de la résistance au risque de défaut de contrepartie est effectué au travers d'analyses de sensibilités financières sur le dernier exercice clos et de stress tests sur l'horizon de projection du business plan, dont les résultats les plus significatifs sont susceptibles d'être présentés dans le rapport ORSA.

Parmi les risques potentiels suivis, on peut citer le risque de spread porté par les obligations souveraines.

C.3 Risque de crédit

C.3.1 Exposition au risque de crédit ou de défaut

Le **risque de crédit ou de défaut** se définit comme le risque de perte de valeur d'un actif financier, résultant :

- De l'incapacité de la contrepartie à satisfaire ses engagements financiers (remboursement de la dette ou paiement des intérêts, etc.) ;
- D'une dégradation de la qualité de crédit de l'émetteur de valeurs mobilières, de contreparties ou de tout débiteur auquel la Mutuelle est exposée.

Ce risque de défaut peut provenir du :

- Défaut d'un réassureur ;
- Défaut des banques, au regard des liquidités et placements à court terme détenus ;
- Défaut de partenaires financiers, au regard des contrats de capitalisation souscrits ;
- Non-paiement des cotisations à recevoir par les adhérents ;
- Non-paiement des créances détenues auprès de tiers.

C.3.2 Mesure du risque de défaut et concentration associée

Le risque de défaut est évalué à partir de la formule standard :

- Dans le **SCR Marché** : le risque de défaut des émetteurs d'actifs financiers, et plus particulièrement sur le portefeuille obligataire, est pris en compte dans les sous-modules de risques de spread et concentration ;
- Dans le **SCR défaut de contrepartie**, deux catégories de contrepartie sont considérées :
 - Les contreparties de type 1, contreparties notées telles que les réassureurs, les banques et autres contreparties monétaires. Le besoin en capital devant le risque de défaut de ces émetteurs est fonction de la notation des différentes contreparties.
 - Les contreparties de type 2, contreparties non notées, comme les cotisations à recevoir par les adhérents, les créances détenues auprès de tiers. L'ensemble des créances datant de moins de trois mois sont pénalisées à 15%. Les créances datant de plus de trois mois sont pénalisées à 90%.

Le suivi des risques de marché étant décrit dans la partie précédente, la Mutuelle présentera ici uniquement le risque de défaut porté par les contreparties de types 1 et 2.

Le montant du SCR défaut des contreparties s'élève à 13,9 M€ au 31 décembre 2022. La Mutuelle est particulièrement exposée au risque de crédit pour les expositions de type 2 qui représente 78% du SCR Défaut global :

SCR Défaut de contrepartie	SCR	En %*
Défaut de type 1	3,2 M€	22%
Défaut de type 2	11,4 M€	78%
Bénéfice de diversification	-0,6 M€	
SCR Défaut	13,9 M€	

**Répartition (en %) des sous-modules de risques au sein du SCR Défaut avant diversification.*

Expositions de type 1 monétaire (cash et dépôts)

L'assiette d'actifs soumis au risque de défaut de contreparties monétaires (61,1 M€) est constituée de la trésorerie, de livrets bancaires, de dépôts et comptes à terme et de contrats de capitalisation souscrits auprès de banques et d'assureurs.

Les contreparties monétaires contribuent majoritairement (85%) au montant de SCR Défaut type 1. La probabilité estimée de défaut (coût en capital moyen) de ces actifs est relativement faible (4,5%).

Expositions de de type 1 réassurance

La Mutuelle se prémunit de certains risques en contractant des traités de réassurance auprès de réassureurs. Le défaut d'un réassureur pourrait engendrer d'une part la perte de couverture associée aux traités et d'autre part des pertes financières liées aux expositions à la date du défaut.

Les éléments pris en compte dans le calcul du risque des expositions de type 1 sont :

- Les contrats de réassurance ventilés par réassureur ;
- Les créances nées d'opération de réassurance ;

- Les *Best Estimate* cédées ;
- L'effet d'atténuation du risque (*Risk Margin Effect*) ;
- Les montants de dépôts espèces et en nantissements (collatéraux) ;
- Les créances pour dépôts espèces auprès des entreprises cédantes ventilées par cédante.

La Mutuelle est exposée au risque de défaut des réassureurs du fait des nombreux contrats de réassurance souscrits pour la couverture des différents engagements pris. En 2022, les principaux réassureurs sont ceux du contrat négocié par le courtier en réassurance Guy Carpenter.

Expositions de type 2

Le risque de défaut de type 2 représente 78% du SCR Défaut global avant diversification :

- Les arriérés de créances de plus de 3 mois, choquées à 90%, sont composées majoritairement de créances sur cotisations appelées non réglées ;
- Les arriérés de créances de moins de 3 mois ont une probabilité de défaut de 15%.

C.3.3 Suivi, maîtrise et techniques d'atténuation du risque de défaut

Expositions monétaires

La Mutuelle pilote son risque de crédit à l'aide de plusieurs indicateurs suivis régulièrement et présentés en comité d'investissement ou en comité des risques : notation des banques et des assureurs, concentration du portefeuille par contrepartie monétaire.

Expositions de réassurance

Le choix des réassureurs intervenant sur les couvertures fait l'objet d'une attention particulière. Il est en effet essentiel de s'assurer de leur solidité financière et de leur capacité à faire face pour poursuivre leurs engagements.

Les décisions retenues sont les suivantes :

- La démarche de sélection des réassureurs s'inscrit dans une optique de diversification des intervenants et de maîtrise du risque de défaillance (risque de contrepartie) des réassureurs ;
- Outre les réunions et contacts avec les principaux réassureurs, une notation existante sur les marchés financiers ou un ratio de solvabilité sont retenus comme critère d'appréciation des réassureurs ;
- A cet égard, la Mutuelle choisit de ne travailler qu'avec des réassureurs de premier plan (solidité financière permettant de limiter le risque de contrepartie).

Afin de limiter les risques de souscription, la Mutuelle dispose de traités en quote-part, d'une réassurance par tête en prévoyance, et d'une réassurance catastrophe en prévoyance. Le dispositif de réassurance est complété par des traités plus « commerciaux », qui sont des traités de partage du risque avec des partenaires commerciaux de la Mutuelle.

C.3.4 Sensibilité au risque de défaut

Le suivi de la résistance au risque de défaut de contrepartie est effectué au travers d'analyses de sensibilités financières sur le dernier exercice clos et de stress tests sur l'horizon de projection du business plan, dont les résultats les plus significatifs sont susceptibles d'être présentés dans le rapport ORSA.

Parmi les risques potentiels suivis, on peut citer la dégradation de la notation des contreparties monétaires ou de réassurance, la hausse de la part des créances dont l'échéance est supérieure à 3 mois, etc.

C.4 Risque de liquidité

C.4.1 Exposition et mesure du risque de liquidité

Le risque de liquidité correspond au risque de perte lorsque la Mutuelle n'est pas en mesure d'honorer ses obligations de paiement à court terme en lien avec son activité courante : engagements vis-à-vis de ses adhérents, sinistres imprévus, incidents opérationnels, risque de contrepartie, frais généraux.

La gestion du risque de liquidité est un sous-ensemble de la gestion actif / passif, dans la mesure où il s'agit de gérer la capacité de faire face aux engagements de la Mutuelle qui sont au passif du bilan avec les actifs disponibles, dans des délais adaptés.

Le risque de liquidité n'est pas modélisé dans la formule standard.

C.4.2 Suivi et maîtrise du risque de liquidité

Le risque de liquidité est géré par la Mutuelle à travers :

- Le suivi des entrées et sorties de trésorerie ;
- Le suivi journalier de la trésorerie, effectué au moyen du logiciel de gestion de trésorerie ;
- Des indicateurs et tableaux de bord hebdomadaires ;
- L'évolution du montant des prestations réglées et provisionnées ;
- Les délais de règlement ;
- Le suivi du montant des actifs disponibles immédiatement ou à très court terme ;
- Le niveau de liquidité du portefeuille de placements sous gestion.

Afin de maîtriser un éventuel risque de manque de trésorerie, la Mutuelle s'assure de disposer en permanence d'un montant élevé de placements pouvant être disponibles immédiatement ou à très court terme pour éviter d'avoir à céder des actifs en moins-value latente ou avec des frais de sortie.

Cette poche d'actifs est constituée d'avoirs, de livrets bancaires, de dépôts à terme et de contrats de capitalisation disponibles dans un délai de 1 à 2 mois.

Le montant dédié à cette poche est resté supérieur à 20% du portefeuille d'actifs au cours de l'exercice 2022.

Il s'agit d'une mesure de prudence, dans un contexte de marchés financiers incertains et volatiles, pour faire face à tout risque de liquidité, même si cette décision limite les investissements dans des catégories d'actifs plus rémunératrices et réduit ainsi le montant de produits financiers perçus.

C.4.3 Bénéfices attendus inclus dans les primes futures

Au 31 décembre 2022, le montant total du bénéfice attendu inclus dans les primes futures (EPIFP), calculé conformément à l'article 260 alinéa 2 du règlement délégué, s'élève à 4 378 352€.

C.4.4 Sensibilité au risque de liquidité

La Mutuelle ne réalise pas d'analyses de sensibilités ou de stress tests car elle estime qu'elle n'encourt aucun risque de liquidité au regard de son volant significatif de trésorerie disponible à court terme et du niveau de liquidité potentiel de son portefeuille d'actifs sous gestion.

C.5 Risque opérationnel

C.5.1 Définition du risque opérationnel

Le risque opérationnel est le risque résultant d'une inadaptation ou d'une défaillance imputable à des procédures, personnels et systèmes internes, ou à des événements extérieurs, y compris les événements de faible probabilité d'occurrence, mais à risque de perte élevée. Ces derniers sont gérés notamment via la mise en place d'un plan de continuité d'activité, ainsi que d'un dispositif de contrôle interne. Le risque opérationnel inclut le risque juridique / risque de non-conformité, mais exclut les risques stratégiques et d'image.

Les risques opérationnels sont identifiés et pesés par le service de contrôle interne selon une méthodologie précise et formalisée. Une fois pesés, des dispositifs de maîtrise des risques pouvant comporter des éléments liés à la documentation (existence d'une procédure à jour), à l'organisation (séparation des tâches satisfaisantes) ou à l'existence et la réalisation de contrôles de 1er ou de 2e niveau sont mis en place afin d'atténuer les impacts ou la fréquence d'exposition aux dits risques.

Les risques stratégiques, pour leur part, sont les risques qui émanent des décisions stratégiques. Ils peuvent par exemple découler de :

- L'environnement concurrentiel : une pression forte sur les prix s'est parfois traduite par des offres concurrentes anormalement basses, un désintérêt pour la qualité du service proposé,
- Une politique de souscription ne prenant pas en compte suffisamment la capacité en fonds propres de l'entité,
- L'environnement jurisprudentiel et insécurité juridique : une rupture du contexte juridique en assurance santé, en prévoyance... peut aboutir à une réévaluation des passifs,
- Une revue des exigences réglementaires (Solvabilité II),
- Des décisions d'investissement à moyen/long terme mal évaluées,
- L'instabilité et volatilité des marchés, en lien avec l'incertitude macro-économique : engendrant un impact sur la valorisation des actifs financiers et sur la solvabilité.

C.5.2 Deux façons d'analyser les risques

Identifier et hiérarchiser les risques fins selon la méthode bottom-up

L'analyse historique ainsi que celle initiée dans le cadre du modèle groupe suivent la méthode dite bottom-up (c.à.d. qu'un recensement en vision micro des risques est mené, pour aboutir à une synthèse en vision macro des risques). Elle consiste à identifier dans chacune des procédures préalablement rédigées, les risques opérationnels qui y sont attachés et les contrôles (existants ou à développer) pour les maîtriser. Cet inventaire des risques au niveau le plus fin est complété par une évaluation de leur fréquence, de leur sévérité potentielle et des moyens de maîtrise existants, afin de dégager de cette cartographie les principaux risques auxquels est exposée la Mutuelle.

Cette évaluation, est encadrée par une méthode définie par le service du contrôle interne. Elle vise non seulement à constituer une cartographie des risques fins, mais également à dresser le plan de contrôle associé, suivant la logique des trois lignes de défense (contrôles de 1er, 2nd et 3ème niveau).

Du fait de la refonte en cours du dispositif historique, il existe aujourd'hui deux cartographies des risques opérationnels :

- Une cartographie des risques historique, sur laquelle se base le dispositif en place. Cette cartographie très fine a permis d'identifier 856 risques dans 267 procédures organisées autour de 17 processus (de gouvernance, de réalisation ou support).

Elle reste la cartographie applicable jusqu'à la finalisation de la refonte en cours.

- Une cartographie des risques qui s'appuie également sur les procédures, elles-mêmes décrivant l'organisation des processus composant l'activité de la Mutuelle. Pour réaliser cette cartographie, la méthode reste sensiblement la même mais les échelles d'évaluation ont été modifiées. Cette cartographie des risques comporte 643 risques. Seuls les niveaux de risque brut ont été à ce jour évalués.

Au regard du délai nécessaire à la complétude d'une telle analyse, la Mutuelle a fait le choix d'engager en parallèle et dès 2022, une analyse réalisée dans le cadre de la méthode dite top down (c.à.d. partant d'une analyse macro des risques, qui sera ensuite déclinée à un niveau plus fin des risques).

Identifier et hiérarchiser les risques macro selon la méthode top-down

Cette démarche consiste pour la Gouvernance à prendre appui sur tous les dispositifs en place afin d'établir une stratégie de maîtrise des principaux risques opérationnels. Il s'agit alors d'utiliser les évaluations du contrôle interne, mais aussi les constats de la collecte des incidents opérationnels, des indicateurs disponibles, des scénarios ORSA, des rapports de l'audit interne, le vécu des opérationnels, etc. pour :

- Sélectionner les risques les plus importants ;
- Définir les meilleurs moyens de les gérer.

L'objectif est de constituer une cartographie des risques macro et de dresser le plan de contrôle associé, suivant la logique des trois lignes de défense (contrôles de 1er, 2nd et 3ème niveau). Cette analyse, réalisée dans un délai plus court que celui nécessaire à la conduite de la méthode bottom-up vise à disposer rapidement d'une analyse de risques exploitable.

C.5.3 Traitement des risques opérationnels

Le dispositif en cours de refonte

Un des objectifs de la refonte est la simplification de la méthode d'évaluation des risques. Les risques sont ainsi hiérarchisés en fonction de leur niveau de risque net¹³ qui correspond à un croisement du niveau de risque brut¹⁴ et de l'efficacité des éléments de maîtrise mis en œuvre par la Mutuelle pour couvrir ce risque.

- L'évaluation du risque brut = fréquence d'exposition au risque x gravité du risque

La fréquence est évaluée selon la méthode ci-dessous :

Fréquence d'exposition au risque ¹⁵	
Niveau de risque	Fréquence
4	Quotidien ou plus fréquent
3	Hebdomadaire
2	Mensuel
1	Annuel et au-delà

¹³ Egaleme nt appelé niveau de risque résiduel

¹⁴ Egaleme nt appelé niveau de risque intrinsèque

¹⁵ Probabilité d'occurrence

La gravité est évaluée selon une méthodologie plus fine qui retient 4 types d'impact en cas de survenance du risque :

- Image,
- Légal / réglementaire,
- Performance / qualité,
- Financier / rentabilité.

Le tableau suivant reprend le descriptif de chaque type d'impact, sur une échelle de 1 à 4 qui correspond également à l'échelle de cotation des risques. La méthodologie retenue consiste à retenir le niveau d'impact le plus élevé pour chaque risque comme niveau de gravité du risque :

Gravité					
Niveau d'impact	Gravité	Impacts			
		Image	Légal/Réglementaire	Performance/Qualité	Financier/Rentabilité
		<i>Evènement entraînant une dégradation de l'image et/ou perte d'attractivité commerciale</i>	<i>Evènement susceptible de mettre en jeu la responsabilité civile de la Mutuelle ou/ou pénale du dirigeant</i>	<i>Evènement provoquant une perte de productivité et/ou une dégradation du service et de sa qualité</i>	<i>Evènement provoquant une dégradation de la rentabilité</i>
4	Critique	Autorités réglementaires	Perte d'agrément	Arrêt d'activité > 48 h	> 100 K€
	<i>Risque remettant en cause la continuité ou affectant durablement l'activité de la Mutuelle</i>	OU Impact sur l'ensemble du territoire de la Mutuelle sur les prospects	OU Condamnation civile ou pénale de la Mutuelle ou de ses dirigeants	OU Demande de résiliation d'un adhérent	
3	Elevée	Médias, associations de consommateurs	Sanctions tutelles ou autorités de surveillance (ACPR-CNIL-...)	Arrêt d'activité < 48 h	De 25 K€ à 100 K€
	<i>Risque impactant fortement les activités ou les résultats de la Mutuelle</i>	OU Impact local sur les prospects		OU Saisine du médiateur par un adhérent	
2	Modérée	Médiateur Clients collectifs	Remarque tutelle	Dysfonctionnement impactant au moins un service	De 5 K€ à 25 K€
	<i>Risque impactant modérément les activités ou les résultats de la Mutuelle</i>	OU Renonciation d'adhésion par un prospect	OU Alerte CAC ou Audit externe	OU Réclamation d'un adhérent	
1	Faible	Clients individuels	Constat interne (FC conformité, audit interne, ...)	Dysfonctionnement de courte durée n'impactant pas l'ensemble de la Mutuelle	< 5 K€
	<i>Risque sans conséquence majeure</i>			OU Report d'adhésion par un prospect	

Pour certains risques dont la fréquence d'exposition est très faible mais la gravité en cas de survenance très importante¹⁶, il a été introduit une 3^{ème} pondération permettant d'augmenter la cotation de ces risques en particulier.

- L'évaluation du risque net = risque brut x coefficient de pondération selon le/les moyens de maîtrise

L'inventaire des différents moyens de maîtrise permet de passer du risque brut au risque net. Les éléments de maîtrise retenus sont aujourd'hui de trois types :

- Documentation qui permet de pondérer le risque à 0,8 ;
- Contrôle qui permet de pondérer le risque de 0,5 ;
- Organisation qui permet de pondérer le risque de 0,8.

Notons ici qu'afin de disposer d'une cartographie des risques lisible, il a été décidé d'arrondir le résultat obtenu à l'entier supérieur.

C.6 Autres risques importants

Utilisation de dérivés

La Mutuelle n'utilise pas de dérivés pour contribuer à réduire les risques ou à faciliter une gestion efficace du portefeuille.

C.7 Autres informations

Aucune autre information importante ou qualifiée comme telle par la Mutuelle susceptible d'impacter son profil de risque n'est à mentionner.

¹⁶ Par exemple concernant certaines opérations ayant trait aux décisions de gouvernance (assemblée générale, conseil d'administration, etc.)

D. VALORISATION A DES FINS DE SOLVABILITE

Pour l'arrêté de ses comptes au 31 décembre 2022, la Mutuelle est soumise à deux réglementations :

- Les normes comptables françaises actuelles, telles qu'établies par l'Autorité des Normes Comptables (ANC), utilisées pour produire les états financiers ;
- Les normes prudentielles, définies par la directive Solvabilité 2, qui concourent à l'évaluation de la solvabilité de la Mutuelle.

Les principaux retraitements effectués lors du passage du bilan social établi en valeur historique au bilan économique qui s'apprécie en valeur de marché sont les suivants :

- L'annulation des actifs incorporels en normes prudentielles ;
- La réévaluation des actifs financiers et immobiliers à la juste valeur (valeur de marché), conduisant à inclure des plus ou moins-values latentes à l'actif du bilan économique, tandis que le bilan comptable retient essentiellement le coût historique (prix d'achat) ;
- La valorisation des provisions techniques d'après le calcul de la meilleure estimation (*best estimate*) des provisions de sinistres, de cotisations et de frais augmentée d'une marge de risque, contre une vision prudente et rétrospective dans les comptes sociaux ;
- La constatation d'impôts différés selon les normes Solvabilité 2, valorisés pour un même montant à l'actif et au passif du bilan économique, alors qu'ils ne sont pas reconnus dans les comptes sociaux.

L'évaluation des actifs et des passifs a été réalisée sur la base de l'hypothèse de la continuité de l'exploitation.

Le bilan prudentiel de Solimut Mutuelle au 31 décembre 2022 s'élève à 421,4 M€ et se présente sous un format simplifié comme suit :

Actif		Passif	
Actifs incorporels	0	Provisions techniques	185,7
Impôts différés Actifs (IDA)	8,6	<i>Meilleure estimation (BE)</i>	177,9
Immobilisations corporelles pour usage propre	5,1	<i>Marge de risque</i>	7,7
Placements	263,8	Autres passifs	136,7
Prêts	3,3	Impôts différés passifs (IDP)	8,6
Provisions cédées	71,5	Dettes subordonnées	44,4
Autres actifs	69,1		
Total	421,4	Total	375,3
Excédent d'actif sur passif			46,1

L'excédent d'actif sur passif (ou actif net) est constitué du fonds initial et de la réserve de réconciliation qui correspond à l'ensemble des réévaluations opérées sur les postes d'actif et de passif lors de la construction du bilan économique.

Les parties ci-après ont pour objectif de décrire les bases, méthodes et principales hypothèses utilisées pour les valorisations en normes comptables et économiques pour chaque poste important du bilan.

D.1 Actifs

L'actif du bilan 2022 synthétisé comme suit permet de comparer les valorisations économiques et comptables des principales catégories d'actifs :

ACTIF DU BILAN - SYNTHESE	Comptes sociaux	Ecart	Comptes S2
Actifs incorporels	1,2	- 1,2	0,0
Impôts différés Actifs (IDA)	0,0	+ 8,6	8,6
Immobilisations corporelles pour usage propre	4,2	+ 0,9	5,1
Placements	273,3	- 9,5	263,8
Prêts et prêts hypothécaires	3,3	+ 0	3,3
Provisions techniques cédées	75,1	- 3,6	71,5
Dépôts auprès des cédantes	10,1	+ 0	10,1
Créances	49,8	+ 0	49,8
Trésorerie et équivalents de trésorerie	8,5	+ 0	8,5
Autres actifs	0,7	+ 0	0,7
TOTAL ACTIF	426,3	- 4,9	421,4

Montant en M€

Solimut Mutuelle de France dispose d'un total d'actif en valeur de marché de 421,4 M€, contre une valeur nette comptable de 426,3 M€, soit un écart de valorisation d'actif de -4,9 M€ qui s'explique principalement par :

- la réévaluation des placements (-9,5 M€) et des immobilisations corporelles (+ 0,9 M€).
- la constatation d'impôts différés actif (+ 8,6 M€).

D.1.1 Actifs incorporels

Les actifs incorporels correspondent à des éléments non monétaires sans substance physique, tels que les logiciels informatiques créés ou acquis, les fonds de commerce et les droits au bail. Pour la Mutuelle, ce poste regroupe les droits au bail concernant des agences et des points d'accueil, ainsi que des logiciels acquis.

Conformément à l'article 12 (2) du règlement délégué, la valorisation des actifs incorporels est nulle dans le bilan économique, sauf s'ils peuvent être vendus séparément et si la Mutuelle peut démontrer qu'il existe une valeur de marché pour cet actif.

La Mutuelle a attribué une valeur nulle en normes Solvabilité 2.

D.1.2 Impôts différés actifs

Les impôts différés proviennent des différences temporaires entre les valeurs au bilan prudentiel et les valeurs fiscales des actifs et des passifs.

Pour chaque poste du bilan, les impôts différés sont déterminés en fonction de l'écart de valorisation entre la norme Solvabilité 2 et la norme fiscale. Selon le signe (positif ou négatif) de cet écart, un montant d'impôts différés (actif ou passif) est constitué, il est obtenu par application du taux d'imposition à l'écart de valorisation observé.

A l'actif du bilan, il y a constitution d'un impôt différé passif (IDP) si la valeur Solvabilité 2 est supérieure à la fiscale (profit futur) et constitution d'un impôt différé actif (IDA) dans le cas contraire (perte future).

La Mutuelle n'apparaît pas en mesure de répondre favorablement aux principes publiés dans le règlement délégué pour la prise en compte de la capacité d'absorption des impôts différés. Par prudence, la Mutuelle a donc valorisé le montant des IDA inscrits à l'actif du bilan économique au même montant total des IDP figurant au passif économique, soit 8,6 M€.

D.1.3 Immobilisations corporelles pour usage propre

Le poste immobilisations corporelles pour usage propre correspond aux immeubles d'exploitation : il s'agit des terrains et constructions des immeubles détenus pour l'usage propre de la Mutuelle, ainsi que les agencements et les matériels de bureau (classés en actifs corporels d'exploitation) s'y rapportant.

Pour les actifs corporels d'exploitation, la valorisation en normes comptables est considérée comme la meilleure approximation de la valeur de marché.

Les immeubles d'exploitation font l'objet d'une évaluation annuelle et d'une estimation quinquennale effectuée par un expert indépendant agréé par le superviseur. L'évaluation de leur juste valeur est déterminée sur la base de ces expertises.

D.1.4 Placements

Conformément à l'article 10 du règlement délégué, la valorisation à la valeur boursière observée sur le marché, est la méthode d'évaluation privilégiée pour les actifs.

Le portefeuille de placement de la Mutuelle est constitué pour moitié d'instruments financiers et de valeurs négociées sur un marché réglementé et évalués à leur prix de marché, intérêts courus inclus.

L'écart constaté entre la valeur de marché et la valeur comptable des actifs de placements correspond aux plus-values ou moins-values latentes constatées. La quasi-totalité des titres négociés sur un marché réglementé (obligations, OPC) est gérée par des mandataires.

Les valorisations boursières des placements cotés de la Mutuelle sont fournies mensuellement par Sequantis et par les mandataires de gestion.

La Mutuelle retient les valeurs économiques transmises par Sequantis pour ses travaux annuels prudentiels. Elle procède mensuellement à un contrôle de second niveau en rapprochant les valeurs boursières fournies par Sequantis et les gérants.

Le poste Placements regroupe :

- L'immobilier autre que détenu pour usage propre : terrains, constructions et aménagements des immeubles de placement dans lesquels la Mutuelle a investi ;
- Les participations stratégiques ;
- Les actions non cotées : actions de sociétés qui ne sont pas des entreprises liées et qui ne sont pas cotées sur un marché réglementé. La Mutuelle détient des parts minoritaires détenues dans des SCI, des parts sociales bancaires et des actions qui relèvent du secteur non financier ;
- Les obligations, composées d'obligations d'Etat, émises par des entreprises ou subordonnées ;
- Les organismes de placements collectifs (OPC) : parts ou actions de fonds acquises dans l'ensemble des organismes dont l'objectif est le placement collectif en valeurs mobilières et/ou dans d'autres actifs.
- Les dépôts autres que ceux assimilés à de la trésorerie, constitués de dépôts et cautionnements et de dépôts non transférables.

PLACEMENTS	Comptes sociaux	Ecart	Comptes S2
* Immobilier (autre que détenu pour usage propre)	0,4	+ 0,5	0,8
* Participations	14,0	- 0,4	13,6
* Actions	2,5	+ 0,7	3,2
<i>Actions - cotées</i>	0,0	0,0	0,0
<i>Actions - non cotées</i>	2,5	0,7	3,2
* Obligations	154,3	- 10,3	144,1
<i>Obligations d'État</i>	8,1	-0,7	7,4
<i>Obligations d'entreprise</i>	146,3	-9,6	136,7
<i>Titres structurés</i>	0,0	0,0	0,0
<i>Titres garantis</i>	0,0	0,0	0,0
* Organismes de placement collectif	42,8	- 0,0	42,7
* Produits dérivés	0,0	0,0	0,0
* Dépôts autres que les équivalents de trésorerie	59,4	- 0,0	59,4
TOTAL PLACEMENTS	273,3	- 9,5	263,8

Montant en M€

Afin de faciliter les comparaisons, les soldes des surcotes et décotes et les intérêts courus non échus, inscrits normalement dans les comptes sociaux de régularisation de l'actif et du passif, ont été reclassés dans les rubriques des actifs concernés.

La Mutuelle ne détient en titres vifs ni produits dérivés, ni placements en représentation de contrats en UC ou indexés.

Les méthodes de valorisation des placements en normes comptables et Solvabilité 2 sont les suivantes :

Catégories d'actif	Valorisation en normes comptables	Valorisation en normes Solvabilité 2
Immeubles de placements	Coût d'acquisition (méthode des composants au prix d'achat, y compris les frais accessoires), corrigé des amortissements cumulés et d'éventuelles provisions pour dépréciation.	Ils font l'objet d'une évaluation annuelle et d'une estimation quinquennale effectuée par un expert indépendant agréé par le superviseur. L'évaluation de leur juste valeur est déterminée sur la base de ces expertises.
Participations stratégiques	Coût historique (valeur d'acquisition initiale des parts), diminué d'éventuelles provisions pour dépréciation.	* Parts de SCI : elles font l'objet d'une évaluation annuelle et d'une estimation quinquennale effectuée par un expert indépendant agréé par le superviseur. * Parts de SAS : valorisées à partir d'expertises centrales.
Actions	Coût historique (valeur d'acquisition initiale des parts), diminué d'éventuelles provisions pour dépréciation.	* Parts de SCI : elles font l'objet d'une évaluation annuelle et d'une estimation quinquennale effectuée par un expert indépendant agréé par le superviseur. * Autres (parts sociales bancaires, autres actions non cotées) : valorisation selon la méthode retenue en normes comptables.
Obligations	Coût d'acquisition, coupon couru inclu, ajusté des surcotes ou décotes amorties sur la durée résiduelle du titre, diminué d'éventuelles provisions pour dépréciation en cas de difficultés financières de l'émetteur.	* Valorisation à la valeur boursière. Elle correspond à la valeur négociée sur un marché réglementé, évaluée sur la base du cours de clôture, selon la moyenne des contributeurs les plus liquides - Prix Mid – à 17h. En l'absence de cours au jour de la valorisation, l'évaluation s'effectue sur la base du dernier cours connu. * Pour un nombre limité d'obligations ou autres titres de sociétés non cotées, le prix de revient est conservé.
OPC	Coût historique, diminué d'éventuelles provisions pour dépréciation.	* Valorisation à la valeur liquidative à la date de clôture des OPC sur la base Geco de l'AMF, à partir des fournisseurs de données IHS Markit et Euronext360. * Pour les OPC non cotés, la dernière valeur liquidative transmise par la société de gestion est retenue comme valorisation Solvabilité 2. Cette dernière est ajustée des mouvements intervenus (appels de fonds, remboursements, dividendes...) entre la date de valorisation et la date d'arrêt.
Dépôts autres que les équivalents de trésorerie	Valeur nominale.	Valorisation selon la méthode retenue en normes comptables.

Compte tenu de la qualité de crédit du portefeuille de placements soumis à des risques de marché, la Mutuelle n'a pas identifié de source majeure d'incertitude liée à la valorisation économique des actifs.

D.1.5 Provisions techniques cédées

Les provisions techniques cédées correspondent à la part des réassureurs dans les engagements techniques de la cédante, cette part étant déterminée en application des traités de réassurance.

Ces provisions techniques cédées sont disponibles dans les comptes de réassurance. Les taux de cession en vigueur par année de survenance sont appliqués aux provisions brutes correspondantes.

La meilleure estimation (BE) des provisions techniques cédées découlant des traités de réassurance est déterminée par une approche actuarielle. Elle est basée sur un calcul probabiliste, intégrant les éventuelles pertes qui pourraient survenir en cas de défaut de la contrepartie (le réassureur). Pour cela, un ajustement est calculé en fonction de la probabilité de défaut de réassureur (liée à sa notation), de son taux de recouvrement et de la durée du *Best Estimate* brut sur lequel porte le traité.

PROVISIONS TECHNIQUES CEDEES 2022 En Millions d'euros	Solvabilité 1 (valeur comptable)	Réévaluation et reclassement	Solvabilité 2 (valeur économique)
* Non-vie et santé similaire à la non-vie	49,0	-9,1	39,8
<i>Non-vie hors santé</i>	0	0	0
<i>Santé similaire à la non-vie</i>	49,0	-9,1	39,8
* Vie et santé similaire à la vie, hors santé, UC et indexés	26,1	5,5	31,6
<i>Santé similaire à la vie</i>	13,9	6,9	20,8
<i>Vie hors santé, UC et indexés</i>	12,2	-1,4	10,8
* Vie UC et indexés	0	0	0
TOTAL PROVISIONS TECHNIQUES CEDEES	75,1	-3,6	71,5

Le dispositif de réassurance de la Mutuelle est composé de traités en quote-part (QP¹⁷ en santé et en prévoyance, QP « commerciales », présentés dans la politique de réassurance), de traités en excédent de tête et en excédent Catastrophe.

Pour chaque année de survenance et chacun des traités en quote-part et XS tête (traduit en QP), le *Best Estimate* cédé avant ajustement est obtenu par application du taux de cession sur l'assiette de *Best Estimate* brut correspondante (Taux de cession des prestations sur le *Best Estimate* de sinistres, taux de cession des cotisations sur le *Best Estimate* de cotisations). L'ajustement est ensuite appliqué, afin de prendre en compte le défaut moyen du réassureur.

Pour information, pour le traité XS Cat, la cession est déterminée selon une priorité, une portée, un coût et nombre de reconstitution de la couverture, renseignés pour chaque année de survenance. Elle s'applique au SCR net de réassurance après application des autres traités de réassurance.

D.1.6 Autres actifs

Les autres actifs suivants sont valorisés économiquement selon la méthode retenue en normes comptables :

- 3,3 M€ de prêts ;
- 10,1 M€ de dépôts auprès des entreprises cédantes (créance détenue par le réassureur sur sa cédante) ;
- 49,8 M€ de créances, composées de :
 - 43,6 M€ créances nées d'opérations d'assurance directes et de prise en substitution, qui correspondent essentiellement aux montants à recevoir des adhérents individuels ou collectifs ;
 - 3,2 M€ de créances dues par les Mutuelles substituées et les réassureurs et liées à l'activité de réassurance, autres que les provisions techniques cédées ;
 - 2,9 M€ d'autres créances qui regroupent principalement les montants dus par les débiteurs hors assurance (Etat, organismes sociaux, personnel) ;
- 8,5 M€ de trésorerie et équivalents de trésorerie sans tenir compte des lignes d'avoirs négatifs inscrites au passif du bilan ;
- 0,7 M€ d'autres éléments d'actifs non inclus dans les autres postes de l'actif du bilan.

¹⁷ Quote-part

D.2 Provisions techniques

D.2.1 Valeur des provisions techniques

Le tableau ci-dessous permet de comparer les valorisations économiques et comptables des provisions techniques arrêtées au 31 décembre 2022 :

BILAN PROVISIONS TECHNIQUES En Millions d'euros	Solvabilité 1 (valeur comptable)	Réévaluation et reclassement	Solvabilité 2 (valeur économique)
* Provisions techniques non-vie	102,1	10,2	112,3
Provisions techniques non-vie (hors sante)	0,0	0	0,0
Provisions techniques sante (non-vie)	102,1	10,2	112,3
<i>Meilleure estimation (risque "Health Non SLT")</i>			107,6
<i>Marge de risque (risque "Health Non SLT")</i>			4,7
* Provisions techniques vie (hors UC ou indexes)	96,2	-22,8	73,4
Provisions techniques sante (vie)	41,5	-3,1	38,3
<i>Meilleure estimation (risque "Health SLT")</i>			38,2
<i>Marge de risque (risque "Health SLT")</i>			0,2
Provisions techniques vie (hors santé UC ou indexes)	54,8	-19,7	35,1
<i>Meilleure estimation (risque "Life")</i>			32,1
<i>Marge de risque (risque "Life")</i>			2,9
* Provisions techniques UC ou indexes	0,0	0	0,0
TOTAL PROVISIONS TECHNIQUES	198,3	-12,6	185,7

Les principaux retraitements effectués entre le passif établi selon les normes comptables françaises et le passif économique sont les suivants :

- La valorisation des provisions techniques d'après le calcul de la meilleure estimation (*best estimate*) des provisions de sinistres, de primes et de frais, augmentées d'une marge de risque ;
- La constatation d'impôts différés selon les normes Solvabilité 2 alors qu'ils ne sont pas reconnus dans les comptes sociaux.

D.2.2 Méthodes de valorisation retenues

Best Estimate

Dans le cadre de la Directive Solvabilité 2, la Mutuelle doit évaluer ses provisions techniques selon le principe de la meilleure estimation de flux de trésorerie futurs actualisés conformément à l'article 17 du règlement délégué.

Le *Best Estimate* de ces provisions correspond à la meilleure estimation des engagements envers les adhérents ou les bénéficiaires. Elle est égale à la moyenne des flux futurs pondérés par leur probabilité, puis actualisés avec la courbe des taux sans risque à la date d'évaluation, afin d'obtenir la valeur actuelle.

Elle se compose du *Best Estimate* de primes, qui est calculé au titre des engagements futurs pris par la Mutuelle et du *Best Estimate* de sinistres, qui prend en compte les engagements relatifs à tous les sinistres qui se sont produits.

La Mutuelle applique l'approche suivante pour évaluer les provisions en meilleure estimation :

- **Pour les risques de court terme** : les risques de court terme sont modélisés via l'application d'une hypothèse de P/C (Prestation hors frais hors taxes / Cotisations chargées hors taxes) et de cadences de liquidation.

Il s'agit de risques liés aux complémentaires santé et aux garanties annuelles renouvelables en capital (Décès, Natalité, Nuptialité, Décès accidentel, Hospitalisation, Hospitalisation accident Aide-ménagère, Assistance, IJ, Perte de primes...).

La meilleure estimation est évaluée comme égale à la provision comptable. Elle est effectuée en fonction d'une estimation de la charge de sinistre future basée sur l'hypothèse de P/C. La charge de sinistres se détermine via l'application du coefficient P/C au montant de cotisation issue de la part engagée au 31/12/N. L'hypothèse sous-jacente à l'application de ce coefficient est que la répartition des caractéristiques individuelles de la nouvelle production est identique à celle de l'encours. L'actualisation des flux en vision économique suit le même modèle que l'actualisation des flux en vision comptable.

- **Pour les risques de long terme** : ces risques sont modélisés selon une approche détaillée (tête par tête) et concernent les garanties en rentes. Une projection actuarielle des engagements de prestations tête par tête est effectuée en tenant compte des probabilités de survie à partir des tables légales pour les garanties incapacité, invalidité et rente (conjoint et éducation). À noter qu'une table d'expérience est utilisée pour les personnes en Maladie Ordinaire sur les contrats des territoriaux.
 - **Pour les garanties en rente** : L'évaluation est effectuée tête par tête en effectuant la projection actuarielle des engagements de prestations probabilisée à partir de tables légales pour les engagements de rente de survie, d'incapacité ou d'invalidité et actualisées à la valeur maximum légale du taux technique non vie ;
 - **Pour les garanties pluriannuelles obsèques** : L'évaluation est effectuée à partir de la projection actuarielle pour les engagements de cotisations et de prestations, probabilisée à l'aide de la table de mortalité légale des engagements de cas de décès, et actualisées à l'aide de la courbe de taux sans risque.

Les différents calculs de valorisation présentés ci-dessus sont réalisés sur la base de groupes de risques homogènes par contrat / garantie au sein d'une même ligne d'activité. Ainsi, les évaluations sont réalisées à un niveau de détail suffisant et satisfaisant.

Marge de risque

La marge de risque représente le coût de transfert du portefeuille de la Mutuelle. Elle correspond au coût du capital immobilisé pour une tierce partie qui reprendrait les engagements de la Mutuelle.

La marge de risque est évaluée en actualisant le coût de l'immobilisation d'un capital équivalent au SCR de référence (correspondant à la somme des SCR après déduction des SCR Marché, contrepartie hors réassurance et des impôts différés) sur la durée de vie résiduelle des engagements. Le coût du capital est fixé à 6% par an, conformément à l'article 39 du règlement délégué :

$$Risk_Margin_Globale = CoC \times RM_Duration \times \frac{SCR_hors_Market}{1 + r_1}$$

- CoC : 6%, taux du coût du capital

- RM_Duration : calcul, duration modifiée

- SCR_hors_Market : calcul, SCR (hors SCR marché et ajustement impôts différés)

- r1: taux de maturité 1 an (courbe des taux sans risque)

Au 31 décembre 2022, le niveau de marge de risque pour le portefeuille global des engagements d'assurance et de réassurance de la Mutuelle est de 7 742 586 €. Ce niveau de marge de risque représente 7,26% du *Best Estimate* net et est ventilé de la manière suivante entre les différentes lignes d'activité de la Mutuelle :

- Frais médicaux (Lob 1 & 13) : 1 991 472 € (26%) ;
- Protection du revenu (Lob 2 & 14) : 2 679 725 € (35%) ;
- Assurance vie avec Participation aux bénéficiaires (Lob 30) : 1 644 045 € (21%) ;
- Autres contrats d'assurance vie (Lob 32 & 36) : 1 263 811 € (16%) ;
- Rentes découlant des contrats Non-Vie liés aux engagements Santé (Lob 33 & 35) : 163 532 € (2%).

La Mutuelle a choisi d'utiliser une méthodologie simplifiée pour le calcul de la marge de risque afin d'une part de respecter les exigences réglementaires en termes de délai et d'autre part pour pouvoir utiliser cette méthodologie dans le cadre des calculs de projection du ratio de couverture.

La méthodologie simplifiée utilisée par la Mutuelle se fonde sur la simplification de niveau 3 proposée dans les spécifications techniques de la formule standard. Cette simplification permet d'approcher la somme des *SCR* futurs en fonction de la durée globale des engagements. Il s'agit d'une approximation de la somme actualisée des futurs *SCR* avec la durée pondérée par les *SCR* des segments.

Le choix de cette méthode de simplification a été réalisé suite à une comparaison documentée des différentes méthodologies prévues dans le règlement délégué, ainsi qu'une quantification des écarts avec la méthode exacte de calcul.

Cette méthodologie a donc été retenue pour les calculs du Pilier 1 de Solvabilité 2 au 31 décembre 2022 puisque, d'une part elle reste prudente par rapport au calcul exact de la marge de risque, et car elle reflète le profil de risque de la Mutuelle sur l'ensemble de la projection des engagements.

En effet, le fait de ramener le calcul de la marge de risque par segment permet d'assurer les critères d'homogénéité de projection des risques. Toutefois, il convient de vérifier chaque année que l'approximation sur le gain de diversification au sein de l'entité n'implique pas une sous-estimation de la marge de risque par rapport à la méthode exacte.

Le détail de l'analyse et des conclusions est disponible dans une étude interne.

Les différents calculs de valorisation présentés ci-dessus sont réalisés sur la base de groupes de risques homogènes par contrat / garantie au sein d'une même ligne d'activité. La segmentation permet un niveau de détail suffisant et satisfaisant pour l'établissement des comptes, à la fois en norme française et en norme Solvabilité 2. Les groupes homogènes prennent en compte la durée des provisions et la nature des engagements. Ainsi, les évaluations sont réalisées à un niveau de détail suffisant et satisfaisant.

D.2.3 Autres informations sur les méthodes de valorisation

La Mutuelle n'utilise pas les mesures transitoires « taux » et « provisions » définies respectivement aux articles 308 quater¹⁸ et 308 quinquies¹⁹ de la directive cadre Solvabilité 2.

Elle n'applique ni la correction pour volatilité de la courbe des taux d'intérêt sans risque dans le calcul de la meilleure estimation des engagements visé à l'article l'article 77 quinquies²⁰ de la directive cadre, ni l'ajustement égalisateur de la courbe des taux d'intérêt sans risque pertinents visé à l'article 77 ter²¹.

¹⁸ Transposé à l'article L.351-4 du Code des assurances.

¹⁹ Transposé à l'article L.351-5 du Code des assurances.

²⁰ Transposé à l'article R.351-6 du Code des assurances.

²¹ Transposé à l'article R.351-5 du Code des assurances.

Les flux futurs sont actualisés avec la courbe des taux sans risque publiée par l'EIOPA.

D.3 Autres passifs

D.3.1 Autres passifs

La Mutuelle a tenu compte du principe d'importance relative, énoncé au considérant 1 du règlement délégué, et du principe de proportionnalité énoncé à l'article 29, pour la valorisation économique des autres passifs.

La Mutuelle les a comptabilisés et valorisés en se fondant sur la méthode utilisée pour l'élaboration de ses comptes sociaux annuels. A l'exception des Impôts Différés passifs (IDP), la Mutuelle a estimé la valeur comptable comme étant la meilleure approximation de la valeur économique.

Par ailleurs, la Mutuelle n'a pas procédé au cours de l'exercice à une modification des bases de comptabilisation et de valorisation des passifs. Elle n'a pas non plus identifié de source majeure d'incertitude liée à la valorisation des autres passifs.

Enfin, la Mutuelle ne détient aucun actif ou passif significatif de hors bilan non communiqué dans l'état S.03.01.

BILAN - AUTRES PASSIFS En Millions d'euros	Solvabilité 1 (valeur comptable)	Réévaluation et reclassement	Solvabilité 2 (valeur économique)
Provisions autres que les provisions techniques	0,1	0	0,1
Provision pour retraite et autres avantages	3,6	0	3,6
Dettes pour dépôts espèces des réassureurs	71,7	0	71,7
Impôts différés passifs	0,0	8,6	8,6
Dettes	57,7	0	57,7
Dettes subordonnées	44,4	0	44,4
Autres dettes	3,6	0	3,6
TOTAL AUTRES PASSIFS	181,0	8,6	189,6

D.3.2 Impôts différés Passif

Les passifs d'impôts différés correspondent à la taxation future que la Mutuelle subira au moment de la réalisation de richesses latentes constatées au bilan.

Au passif du bilan, il y a constitution d'un impôt différé actif (IDA) si la valeur Solvabilité 2 est supérieure à la fiscale (perte future) et constitution d'un impôt différé passif (IDP) dans le cas contraire (profit futur).

Il est obtenu par application du taux global d'imposition à l'écart de valorisation observé.

La méthode de valorisation des IDP en normes comptables et Solvabilité 2 est la suivante :

Catégories de passif	Valorisation en normes comptables	Valorisation en normes Solvabilité 2
Impôts différés Passif (IDP)	Absence de constatation d'impôts différés en normes comptables françaises.	Evaluation à des fins de solvabilité selon la méthode décrite pour déterminer les IDA.

D.4 Méthodes de valorisation alternatives

La Mutuelle n'utilise aucune méthode de valorisation alternative autre que celles prévues par la réglementation et présentées ci-dessus.

D.5 Autres informations

Aucune autre information importante ou qualifiée comme telle par la Mutuelle susceptible d'impacter la valorisation des actifs et passifs n'est à mentionner.

E. GESTION DU CAPITAL

Cette partie a pour objectif de décrire la façon dont le capital est constitué et géré. Elle décrit en détail les fonds propres, les exigences de capital ou de solvabilité et leur couverture par les fonds propres.

La gestion du capital de la Mutuelle est réalisée de manière à s'assurer du respect permanent de la couverture des exigences de solvabilité.

Au 31 décembre 2022, le ratio de couverture du SCR de la Mutuelle s'établit à 124%, avec 87,6 M€ de fonds propres éligibles - dont 62% sont classés en Tier 1 - pour une exigence en capital de 70,6 M€.

E.1 Fonds propres

E.1.1 Gestion du capital

Objectifs poursuivis

Le dispositif de gestion des fonds propres de la Mutuelle est placé sous la responsabilité de la Direction générale.

La Mutuelle se fixe les objectifs suivants :

- Garantir qu'elle dispose en permanence d'un niveau de fonds propres suffisant pour couvrir les exigences réglementaires ;
- Veiller à maintenir le niveau de fonds propres dans les objectifs cibles fixés lors des projections ORSA ;
- Assurer la disponibilité d'éléments de fonds propres majoritairement de qualité et éligibles à l'absorption des pertes en cas de survenance d'un évènement exceptionnel ;
- Identifier des leviers d'optimisation quantitative et qualitative des fonds propres, base essentielle du développement de ses activités sur le long terme.

Evaluation des fonds propres sur la durée du plan à moyen terme

Le montant des fonds propres de la Mutuelle est déterminé annuellement dans le cadre des travaux du pilier 1 de la directive Solvabilité 2.

Les besoins prospectifs en fonds propres de la Mutuelle sont estimés au moins une fois par an, lors de la revue du processus ORSA, sur un horizon temporel de cinq ans, conforme à la durée du plan à moyen terme. Ils sont évalués en fonction des choix stratégiques de développement de la gouvernance et de de son profil de risque.

Les conclusions des projections ORSA sont présentées au conseil d'administration. Elles permettent d'informer les administrateurs sur l'évaluation de la suffisance du montant des fonds propres éligibles à la couverture du SCR et du MCR et d'anticiper d'éventuels besoins prospectifs.

Changements importants survenus au cours de la période

Aucun changement important ou qualifié comme tel par la Mutuelle susceptible d'impacter ses fonds propres n'est à mentionner.

La Mutuelle a réalisé la construction de son dossier de demande d'acceptation des Fonds Propres auxiliaires, relatifs aux Fonds Propres de ses Mutuelles substituées, pour lesquelles la Mutuelle porte le risque d'engagement assurantiel (dans son calcul de SCR), mais ne peut pas prendre en compte les Fonds propres en couverture de ce capital requis. Au cours du T1 2023, la Mutuelle a fait valider en CA le dossier de demande d'acceptation, validé au préalable auprès des Mutuelles substituées. Elle réalise ensuite le dépôt à l'ACPR, pour étude de la demande, selon les délais d'instruction de la demande.

E.1.2 Structure des fonds propres disponibles

Les fonds propres disponibles sont composés des fonds propres auxiliaires et des fonds propres de base.

La Mutuelle ne dispose pas de fonds propres auxiliaires, qui peuvent être appelés pour absorber des pertes et dont la reconnaissance est soumise à l'approbation du superviseur.

Le montant des fonds propres prudeniels de base disponible en couverture des exigences de capital s'élève à 87,6 M€ à fin 2022 et se présente comme suit :

Fonds propres de base En Millions d'euros	2021	2022	Ecart
Fonds initial	46,8	46,8	0,0
Fonds excédentaire	3,4	0,2	-3,2
Réserve de réconciliation	2,1	-0,9	-3,0
Passifs subordonnés	44,4	44,4	0,0
Position nette d'impôt différé actif	0,0	0,0	0,0
Fonds Propres qui ne respectent pas les critères S2	0,0	2,9	2,9
Total fonds propres de base après déductions	96,7	87,6	-9,1

A noter : la comparaison 2021 2022 présente dans ce tableau -9,1M€ de fonds propres. Cette vision prend en compte les fonds propres Substituées en 2021 (Remis), qui n'ont pas été conservés dans la version ORSA 2021-2026 (où les fonds propres de base après déductions sont de 87,4M€). En synthèse, les Fonds propres de base augmentent de 87,4M€ à 87,6M€ (soit +1,9M€ hors fonds propres substituées).

Le **fonds Initial** correspond au fonds d'établissement.

Les **fonds excédentaires** correspondent au montant de provisions pour participations aux excédents admissibles en fonds propres prudeniels.

La **réserve de réconciliation** est une composante significative des fonds propres. Elle est constituée :

- D'une partie issue des comptes sociaux ;
- D'une seconde partie, dite réserve de réconciliation Solvabilité 2, provenant des écarts de valorisation constatés lors du passage du bilan comptable au bilan économique.

Éléments de la réserve de réconciliation <i>En Millions d'euros</i>	2022
Ecarts de réévaluation	0,2
Réserves	-1,2
Report à nouveau	0,0
Résultat de l'exercice	-1,7
Fonds de dotation avec droit de reprise	2,9
Subventions nettes	0,0
(1) Réserve de réconciliation issue des comptes sociaux	0,2
Ecart de valorisation Actif	-13,5
Ecart de valorisation Passif - Provisions techniques	20,4
Ecart de valorisation Passif - Marge de risque	-7,7
(2) Réserve de réconciliation dite Solvabilité 2 (écarts de valorisation bilan comptable / bilan économique)	-0,9
(1+2) Total réserve de réconciliation	-0,7

La réserve de réconciliation issue des comptes sociaux augmente en 2022, s'élevant 0,2M€.

Passifs subordonnés

La Mutuelle détient 44,4 M€ de dettes subordonnées dont 34,4 M€ à durée indéterminée.

La réglementation Solvabilité 2 prévoit des mesures transitoires permettant de disposer d'un temps d'adaptation avant d'appliquer pleinement les nouvelles dispositions et d'en lisser dans le temps les impacts financiers.

Parmi ces mesures, la disposition *grandfathering*, permet d'éviter que le passage à Solvabilité 2 ne se traduise par une exclusion de la couverture des exigences réglementaires de la majorité des instruments de fonds propres existants. Elle s'applique aux titres subordonnés émis avant la *cut-off date* du 18 janvier 2015.

Ainsi, les éléments de fonds propres dits grandfatherisés sont conservés dans les fonds propres disponibles pendant une période de 10 ans s'achevant le 1^{er} janvier 2026, alors qu'ils ne remplissent pas toutes les exigences pour une qualification en fonds propres de base sous Solvabilité 2, hors mesures transitoires.

Au 31 décembre 2022, la Mutuelle détient 4,4 M€ de passifs subordonnés à durée indéterminée admis en fonds propres économiques au titre de la clause transitoire de grand-père.

E.1.3 Qualité des fonds propres disponibles

La réglementation prévoit que les fonds propres soient classés par niveau en fonction de leur qualité et de leur caractère mobilisable pour absorber des pertes.

Le niveau 1 correspond aux fonds propres de meilleure qualité, le niveau 2 à des fonds propres ne pouvant être libérés que sous certaines conditions, le niveau 3 à des fonds propres qui peuvent ne pas être immédiatement disponibles.

Qualité des Fonds propres disponibles <i>En Millions d'euros</i>	Total 2021	Total 2022	Ecart
Niveau 1 non restreint	52,3	43,2	-9,1
Niveau 1 restreint	34,4	34,4	0,0
Niveau 2	10,0	10,0	0,0
Niveau 3	0,0	0,0	0,0
Total fonds propres disponibles	96,7	87,6	-9,1

A noter : la comparaison 2021-2022 présente dans ce tableau -9,1M€ de fonds propres. Cette vision prend en compte les fonds propres Substitués en 2021 (Remis), qui n'ont pas été conservés dans la version ORSA 2021-2026 (où les fonds propres de base après déductions sont de 87,4M€). En synthèse, les Fonds propres de base augmentent de 87,4M€ à 87,6M€ (soit +1,9M€ hors fonds propres Mutuelles substitués).

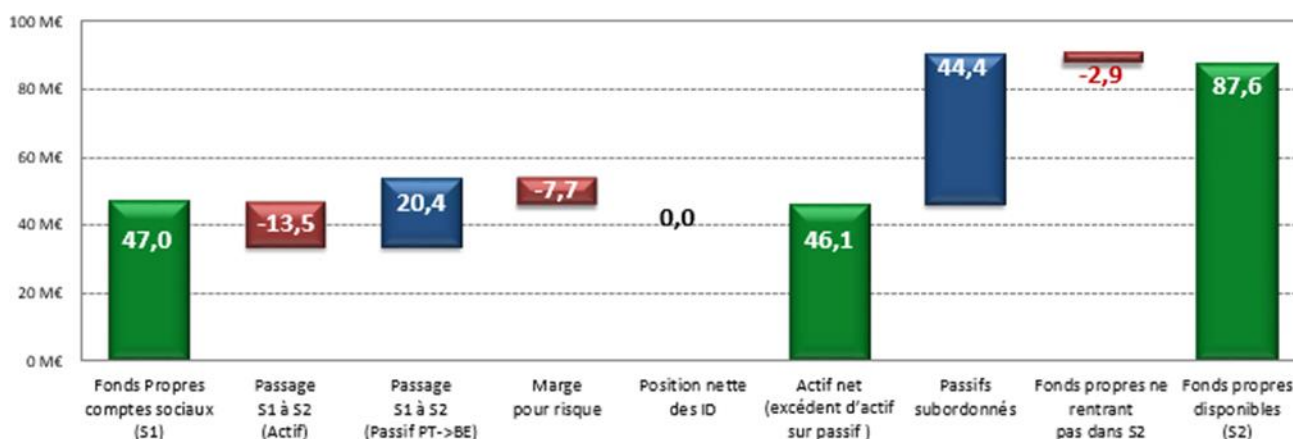
Au 31 décembre 2022, la Mutuelle détient 87,6 M€ de fonds propres disponibles, dont 89% sont classés en niveau 1. Les dettes subordonnées à durée indéterminée sont classées en niveau 1 restreint, celles à durée déterminée en niveau 2.

E.1.4 Passage des fonds propres comptables aux fonds propres économiques

Par construction, l'excédent des actifs par rapport aux passifs (actif net) correspond à la somme des :

- Fonds propres en normes comptables françaises ;
- Fonds excédentaires ;
- Réévaluations opérées sur les postes d'actif et de passif lors de la construction du bilan économique.

Le montant de fonds propres prudeniels disponibles en couverture des exigences réglementaires s'obtient en ajoutant les passifs subordonnés à l'actif auxquels sont imputés les éléments déduits des fonds propres :



Les différences importantes entre les fonds propres comptables et l'actif net du bilan économique correspondent mécaniquement aux différences entre les évaluations retenues dans le bilan comptable et celles retenues dans le bilan prudentiel présentées et détaillées dans la partie D. Valorisation à des fins de solvabilité.

E.1.5 Fonds propres éligibles

Les éléments de fonds propres disponibles sont considérés comme éligibles à la couverture des exigences réglementaires (SCR / MCR) à la condition de respecter des limites quantitatives, permettant de garantir que le

capital de solvabilité requis (SCR) et le minimum de capital requis (MCR) sont couverts majoritairement par des fonds propres de la meilleure qualité :

Couverture du SCR Limites réglementaires fixées par Tier (T)	Couverture du MCR Limites réglementaires fixées par Tier (T)
T1 ≥ 50% du SCR	T1 ≥ 80% du MCR
T1 restreint ≤ 20% ∑ (T1 non restreint + T1 restreint) ⇒ le montant excédant cette limite de 20% est alors classé en T2	T2 < 20% du MCR
∑ (T2 + T3) < 50% du SCR	T3 non reconnu en couverture du MCR
T3 < 15% du SCR	

Les montants de fonds propres disponibles et éligibles à la couverture des exigences réglementaires de la Mutuelle sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Fonds propres disponibles et éligibles En Millions d'euros	Total 2022	Niveau 1 non restreint	Niveau 1 restreint	Niveau 2	Niveau 3
Fonds propres disponibles S2	87,6	43,2	34,4	10,0	0,0
Fonds propres disponibles MCR	87,6	43,2	34,4	10,0	
Fonds propres éligibles S2	87,6	43,2	10,8	33,6	0,0
Fonds propres éligibles MCR	57,5	43,2	10,8	3,5	

Au titre de l'exercice 2022, une partie des quasi-fonds propres comptables (titres subordonnés à durée indéterminée) disponibles et classés en niveau 1 restreint a été reclassée en Tier 2 afin de respecter les limites réglementaires mentionnées ci-avant.

E.1.6 Impôts différés

Pour chaque poste du bilan, les impôts différés sont déterminés en fonction de l'écart de valorisation entre la norme Solvabilité 2 et la norme fiscale. Selon le signe (positif ou négatif) de cet écart, un montant d'impôts différés (actif ou passif) est constitué, il est obtenu par application du taux d'imposition à l'écart de valorisation observé.

E.2 Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis

Le capital de solvabilité requis (ou SCR) correspond à un niveau de fonds propres permettant à une entreprise d'absorber des pertes imprévues importantes et d'offrir une sécurité raisonnable aux assurés.

Le minimum de capital requis (ou MCR) correspond au montant minimum de fonds propres dont doit disposer l'entreprise.

La Mutuelle calcule le SCR selon la formule standard. Aucune simplification ou paramètre propre n'a été utilisé pour les besoins du calcul des différents modules de risques.

La Mutuelle a fait uniquement le choix de recourir à la mesure transitoire qui permet de lisser sur sept ans la pénalité standard appliquée aux actions souscrites avant le 1^{er} janvier 2016.

E.2.1 Capital de solvabilité requis

Au 31 décembre 2022, le capital de solvabilité requis de la Mutuelle s'élève à 70,6 M€ et se décompose comme suit :

Montant du SCR scindé par modules de risque <i>En Millions d'euros</i>	Total 2021	Total 2022
SCR marché	37,4	31,3
SCR défaut de contrepartie	12,9	13,9
SCR souscription vie	3,8	4,4
SCR souscription santé	35,6	36,7
BSCR (avant bénéfice de diversification)	89,7	86,4
Diversification	-25,3	-24,9
BSCR	64,4	61,4
Risque opérationnel	9,0	9,2
Ajustement par les provisions techniques	0,0	0,0
Capacité d'absorption par l'impôt	0,0	0,0
SCR	73,4	70,6

E.2.2 Minimum de capital de requis

Le MCR est évalué à partir des éléments suivants :

- Le calcul du MCR linéaire, fondé sur une combinaison linéaire des provisions techniques par ligne d'activité ;
- La détermination d'un corridor, en dehors duquel la valeur du MCR ne peut se situer, constitué d'un plancher égal à 25% du SCR et d'un plafond égal à 45 % du SCR, afin de limiter la volatilité ;
- Un seuil minimum absolu de 4,0 M€.

Le MCR de la Mutuelle s'élève à 17,7 M€ (contre 18,3 M€ en 2020). Il suit la même tendance que le SCR et évolue à la baisse en 2022.

Il est calculé selon la formule standard et se décompose de la manière suivante :

Modalités de calcul du MCR <i>En Millions d'euros</i>	Total 2022
MCR Linéaire	15,1
Capital de solvabilité requis	70,6
Plafond du MCR	31,8
Plancher du MCR	17,7
MCR combiné	17,7
Seuil plancher absolu du MCR	4,0
MCR Global	17,7

E.3 Utilisation du sous-module « risque sur actions » fondé sur la durée dans le calcul du capital de solvabilité requis

La Mutuelle ne fait pas usage du sous-module « risque action fondé sur la durée » pour le calcul de son capital de solvabilité requis.

E.4 Différences entre la formule standard et tout modèle interne utilisé

La Mutuelle n'a pas recours à un modèle interne pour le calcul du capital de solvabilité requis.

E.5 Non-respect du minimum de capital requis et non-respect du capital de solvabilité requis

La Mutuelle n'a constaté aucun manquement aux exigences en capital au cours de la période de référence.

E.6 Autres informations

La Mutuelle n'a pas d'autres informations à porter à la connaissance du lecteur.

ANNEXES – ETATS DE REPORTING QUANTITATIFS PUBLICS

S.02.01.02 – BILAN

		Valeur Solvabilité 2
		C0010
Actifs		
Goodwill	R0010	
Frais d'acquisitions différés	R0020	
Immobilisations incorporelles	R0030	0K€
Actifs d'impôts différés	R0040	8 600K€
Excédent du régime de retraite	R0050	0K€
Immobilisations corporelles détenues pour usage propre	R0060	5 105K€
Investissements (autres qu'actifs en représentation de contrats en unités de compte et indexés)	R0070	263 809K€
<i>Biens immobiliers (autres que détenus pour usage propre)</i>	R0080	840K€
<i>Détentions dans des entreprises liées, y compris participations</i>	R0090	13 601K€
<i>Actions</i>	R0100	3 170K€
<i>Actions — cotées</i>	R0110	0K€
<i>Actions — non cotées</i>	R0120	3 170K€
<i>Obligations</i>	R0130	144 096K€
<i>Obligations d'État</i>	R0140	7 433K€
<i>Obligations d'entreprise</i>	R0150	136 663K€
<i>Titres structurés</i>	R0160	0K€
<i>Titres garantis</i>	R0170	0K€
<i>Organismes de placement collectif</i>	R0180	42 738K€
<i>Produits dérivés</i>	R0190	0K€
<i>Dépôts autres que les équivalents de trésorerie</i>	R0200	59 365K€
<i>Autres investissements</i>	R0210	0K€
Actifs en représentation de contrats en unités de compte et indexés	R0220	0K€
Prêts et prêts hypothécaires	R0230	3 333K€
<i>Avances sur police</i>	R0240	0K€
<i>Prêts et prêts hypothécaires aux particuliers</i>	R0250	3 333K€
<i>Autres prêts et prêts hypothécaires</i>	R0260	0K€
Montants recouvrables au titre des contrats de réassurance	R0270	
<i>Non-vie et santé similaire à la non-vie</i>	R0280	39 840K€
<i>Non-vie hors santé</i>	R0290	0K€
<i>Santé similaire à la non-vie</i>	R0300	39 840K€
<i>Vie et santé similaire à la vie, hors santé, UC et indexés</i>	R0310	31 613K€
<i>Santé similaire à la vie</i>	R0320	20 808K€
<i>Vie hors santé, UC et indexés</i>	R0330	10 805K€
<i>Vie UC et indexés</i>	R0340	0K€
Dépôts auprès des cédantes	R0350	10 138K€
Créances nées d'opérations d'assurance et montants à recevoir d'intermédiaires	R0360	43 628K€
Créances nées d'opérations de réassurance	R0370	3 240K€
Autres créances (hors assurance)	R0380	2 950K€
Actions propres auto-détenues (directement)	R0390	0K€
Éléments de fonds propres ou fonds initial appelé(s), mais non encore payé(s)	R0400	0K€
Trésorerie et équivalents de trésorerie	R0410	8 499K€
Autres actifs non mentionnés dans les postes ci-dessus	R0420	668K€
Total de l'actif	R0500	421 421K€

Passifs		
Provisions techniques non-vie	R0510	112 289K€
<i>Provisions techniques non-vie (hors santé)</i>	R0520	0K€
Provisions techniques calculées comme un tout	R0530	0K€
Meilleure estimation	R0540	0K€
Marge de risque	R0550	0K€
<i>Provisions techniques santé (similaire à la non-vie)</i>	R0560	112 289K€
Provisions techniques calculées comme un tout	R0570	0K€
Meilleure estimation	R0580	107 617K€
Marge de risque	R0590	4 671K€
Provisions techniques vie (hors UC et indexés)	R0600	73 379K€
<i>Provisions techniques santé (similaire à la vie)</i>	R0610	38 323K€
Provisions techniques calculées comme un tout	R0620	0K€
Meilleure estimation	R0630	38 159K€
Marge de risque	R0640	164K€
<i>Provisions techniques vie (hors santé, UC et indexés)</i>	R0650	35 057K€
Provisions techniques calculées comme un tout	R0660	0K€
Meilleure estimation	R0670	32 149K€
Marge de risque	R0680	2 908K€
Provisions techniques UC et indexés	R0690	0K€
<i>Provisions techniques calculées comme un tout</i>	R0700	0K€
<i>Meilleure estimation</i>	R0710	0K€
<i>Marge de risque</i>	R0720	0K€
Autres provisions techniques	R0730	
Passifs éventuels	R0740	0K€
Provisions autres que les provisions techniques	R0750	98K€
Provisions pour retraite	R0760	3 619K€
Dépôts des réassureurs	R0770	71 686K€
Passifs d'impôts différés	R0780	8 600K€
Produits dérivés	R0790	0K€
Dettes envers des établissements de crédit	R0800	424K€
Dettes financières autres que celles envers les établissements de crédit	R0810	0K€
Dettes nées d'opérations d'assurance et montants dus aux intermédiaires	R0820	32 311K€
Dettes nées d'opérations de réassurance	R0830	1 968K€
Autres dettes (hors assurance)	R0840	22 991K€
Passifs subordonnés	R0850	44 370K€
Passifs subordonnés non inclus dans les fonds propres de base	R0860	0K€
Passifs subordonnés inclus dans les fonds propres de base	R0870	44 370K€
Autres dettes non mentionnées dans les postes ci-dessus	R0880	3 571K€
Total du passif	R0900	375 306K€
Excédent d'actif sur passif	R1000	46 115K€

S.05.01.02 - PRIMES, SINISTRES ET DÉPENSES PAR LIGNE D'ACTIVITÉ

Ligne d'activité pour: engagements d'assurance et de réassurance non-vie (assurance directe et réassurance proportionnelle acceptée)										
		Assurance des frais médicaux	Assurance de protection du revenu	Assurance d'indemnisation des travailleurs	Assurance de responsabilité civile automobile	Autre assurance des véhicules à moteur	Assurance maritime, aérienne et transport	Assurance incendie et autres dommages aux biens	Assurance de responsabilité civile générale	Assurance crédit et cautionnement
		C0010	C0020	C0030	C0040	C0050	C0060	C0070	C0080	C0090
Primes émises										
Brut — Assurance directe	R0110	246 393K€	28 733K€							
Brut — Réassurance proportionnelle acceptée	R0120	346K€	1 477K€							
Brut — Réassurance non proportionnelle acceptée	R0130									
Part des réassureurs	R0140	140 909K€	10 824K€							
Net	R0200	105 830K€	19 385K€							
Primes acquises										
Brut — Assurance directe	R0210	246 393K€	28 733K€							
Brut — Réassurance proportionnelle acceptée	R0220	346K€	1 477K€							
Brut — Réassurance non proportionnelle acceptée	R0230									
Part des réassureurs	R0240	140 909K€	10 824K€							
Net	R0300	105 830K€	19 385K€							
Charge des sinistres										
Brut — Assurance directe	R0310	203 952K€	24 904K€							
Brut — Réassurance proportionnelle acceptée	R0320	242K€	1 171K€							
Brut — Réassurance non proportionnelle acceptée	R0330									
Part des réassureurs	R0340	122 218K€	9 010K€							
Net	R0400	81 977K€	17 065K€							
Variation des autres provisions techniques										
Brut — Assurance directe	R0410	4 174K€	-8K€							
Brut — Réassurance proportionnelle acceptée	R0420	0K€	0K€							
Brut — Réassurance non proportionnelle acceptée	R0430									
Part des réassureurs	R0440	4 521K€	-15 285K€							
Net	R0500	-347K€	15 278K€							
Dépenses engagées	R0550	46 965K€	17 689K€							
Autres dépenses	R1200									
Total des dépenses	R1300									

	Ligne d'activité pour: engagements d'assurance et de réassurance non-vie (assurance directe et réassurance proportionnelle acceptée)			Ligne d'activité pour: réassurance non proportionnelle acceptée				Total
	Assurance de protection juridique	Assistance	Pertes pécuniaires diverses	Santé	Accidents	Assurance maritime, aérienne et transport	Biens	
	C0100	C0110	C0120	C0130	C0140	C0150	C0160	
Primes émises								
Brut — Assurance directe	R0110							275 125K€
Brut — Réassurance proportionnelle acceptée	R0120							1 823K€
Brut — Réassurance non proportionnelle acceptée	R0130							0K€
Part des réassureurs	R0140							151 733K€
Net	R0200							125 215K€
Primes acquises								
Brut — Assurance directe	R0210							275 125K€
Brut — Réassurance proportionnelle acceptée	R0220							1 823K€
Brut — Réassurance non proportionnelle acceptée	R0230							0K€
Part des réassureurs	R0240							151 733K€
Net	R0300							125 215K€
Charge des sinistres								
Brut — Assurance directe	R0310							228 856K€
Brut — Réassurance proportionnelle acceptée	R0320							1 414K€
Brut — Réassurance non proportionnelle acceptée	R0330							0K€
Part des réassureurs	R0340							131 228K€
Net	R0400							99 042K€
Variation des autres provisions techniques								
Brut — Assurance directe	R0410							4 166K€
Brut — Réassurance proportionnelle acceptée	R0420							0K€
Brut — Réassurance non proportionnelle acceptée	R0430							0K€
Part des réassureurs	R0440							-10 764K€
Net	R0500							14 930K€
Dépenses engagées	R0550							64 654K€
Autres dépenses	R1200							426K€
Total des dépenses	R1300							65 080K€

	Ligne d'activité pour: engagements d'assurance vie						Engagements de réassurance vie		Total
	Assurance maladie	Assurance avec participation aux bénéfices	Assurance indexée et en unités de compte	Autres assurances vie	Rentes découlant des contrats d'assurance non-vie et liées aux engagements d'assurance santé	Rentes découlant des contrats d'assurance non-vie et liées aux engagements d'assurance autres que les engagements d'assurance santé	Réassurance maladie	Réassurance vie	
	C0210	C0220	C0230	C0240	C0250	C0260	C0270	C0280	C0300
Primes émises									
Brut	R1410	770K€	17 233K€	4 365K€	0K€	0K€	0K€	457K€	22 825K€
Part des réassureurs	R1420	0K€	3 009K€	2 873K€	0K€	0K€	0K€	0K€	5 883K€
Net	R1500	770K€	14 224K€	1 492K€	0K€	0K€	0K€	457K€	16 942K€
Primes acquises									
Brut	R1510	770K€	17 233K€	4 365K€	0K€	0K€	0K€	457K€	22 825K€
Part des réassureurs	R1520	0K€	3 009K€	2 873K€	0K€	0K€	0K€	0K€	5 883K€
Net	R1600	770K€	14 224K€	1 492K€	0K€	0K€	0K€	457K€	16 942K€
Charge des sinistres									
Brut	R1610	-1 583K€	9 033K€	1 631K€	1 398K€	0K€	-5K€	333K€	10 807K€
Part des réassureurs	R1620	0K€	856K€	863K€	-1 565K€	0K€	0K€	0K€	154K€
Net	R1700	-1 583K€	8 178K€	768K€	2 963K€	0K€	-5K€	333K€	10 653K€
Variation des autres provisions techniques									
Brut	R1710	5 435K€	-1 559K€	-680K€	46K€	0K€	-206K€	-111K€	2 924K€
Part des réassureurs	R1720	0K€	857K€	-1 033K€	3K€	0K€	0K€	0K€	-173K€
Net	R1800	5 435K€	-2 416K€	352K€	43K€	0K€	-206K€	-111K€	3 097K€
Dépenses engagées	R1900	116K€	759K€	582K€	-1 113K€	0K€	99K€	105K€	549K€
Autres dépenses	R2500								35K€
Total des dépenses	R2600								584K€

S.12.01.02 - PROVISIONS TECHNIQUES VIE ET SANTÉ SLT

		Assurance indexée et en unités de compte			
		Assurance avec participation aux bénéfices			
			Contrats sans options ni garanties	Contrats avec options ou garanties	
		C0020	C0030	C0040	C0050
Provisions techniques calculées comme un tout	R0010	0K€	0K€		
Total des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finite, après l'ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie, correspondant aux provisions techniques calculées comme un tout	R0020	0K€	0K€		
Provisions techniques calculées comme la somme de la meilleure estimation et de la marge de risque					
Meilleure estimation					
Meilleure estimation brute	R0030	17 662K€		0K€	0K€
Total des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finite, après ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie	R0080	302K€		0K€	0K€
Meilleure estimation nette des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finite — total	R0090	17 361K€		0K€	0K€
Marge de risque	R0100	1 644K€	0K€		
Montant de la déduction transitoire sur les provisions techniques					
Provisions techniques calculées comme un tout	R0110	0K€	0K€		
Meilleure estimation	R0120	0K€		0K€	0K€
Marge de risque	R0130	0K€	0K€		
Provisions techniques — Total	R0200	19 306K€	0K€		

		Autres assurances vie			Rentes découlant des contrats d'assurance non-vie et liées aux engagements d'assurance autres que les engagements d'assurance santé	Réassurance acceptée	Total (vie hors santé, y compris UC)
		Contrats sans options ni garanties	Contrats avec options ou garanties				
		C0060	C0070	C0080	C0090	C0100	C0150
Provisions techniques calculées comme un tout	R0010	0K€			0K€	0K€	0K€
Total des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finite, après l'ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie, correspondant aux provisions techniques calculées comme un tout	R0020	0K€			0K€	0K€	0K€
Provisions techniques calculées comme la somme de la meilleure estimation et de la marge de risque							
Meilleure estimation							
Meilleure estimation brute	R0030		14 030K€	0K€	0K€	456K€	32 149K€
Total des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finite, après ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie	R0080		10 503K€	0K€	0K€	0K€	10 805K€
Meilleure estimation nette des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finite — total	R0090		3 527K€	0K€	0K€	456K€	21 344K€
Marge de risque	R0100	1 228K€			0K€	36K€	2 908K€
Montant de la déduction transitoire sur les provisions techniques							
Provisions techniques calculées comme un tout	R0110	0K€			0K€	0K€	0K€
Meilleure estimation	R0120		0K€	0K€	0K€	0K€	0K€
Marge de risque	R0130	0K€			0K€	0K€	0K€
Provisions techniques — Total	R0200	15 258K€			0K€	492K€	35 057K€

		Assurance santé (assurance directe)			Rentes découlant des contrats d'assurance non- vie et	Réassuranc e santé (réassuranc e acceptée)	Total (santé similaire à la vie)
		C0160	Contrats sans options ni garanties	Contrats avec options ou garanties	C0190	C0200	C0210
Provisions techniques calculées comme un tout	R0010	0K€			0K€	0K€	0K€
Total des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finite, après l'ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie, correspondant aux provisions techniques calculées comme un tout	R0020	0K€			0K€	0K€	0K€
Provisions techniques calculées comme la somme de la meilleure estimation et de la marge de risque							
Meilleure estimation							
Meilleure estimation brute	R0030		0K€	0K€	37 612K€	547K€	38 159K€
Total des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finite, après ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie	R0080		0K€	0K€	20 808K€	0K€	20 808K€
Meilleure estimation nette des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finite — total	R0090		0K€	0K€	16 804K€	547K€	17 351K€
Marge de risque	R0100				163K€	1K€	164K€
Montant de la déduction transitoire sur les provisions techniques							
Provisions techniques calculées comme un tout	R0110				0K€	0K€	0K€
Meilleure estimation	R0120		0K€	0K€	0K€	0K€	0K€
Marge de risque	R0130	0K€			0K€	0K€	0K€
Provisions techniques — Total	R0200	0K€			37 775K€	547K€	38 323K€

S.17.01.02 - PROVISIONS TECHNIQUES NON-VIE

		Assurance directe et réassurance proportionnelle acceptée								
		Assurance des frais médicaux	Assurance de protection du revenu	Assurance d'indemnisation des travailleurs	Assurance de responsabilité civile automobile	Autre assurance des véhicules à moteur	Assurance maritime, aérienne et transport	Assurance incendie et autres dommages aux biens	Assurance de responsabilité civile générale	Assurance crédit et cautionnement
		C0020	C0030	C0040	C0050	C0060	C0070	C0080	C0090	C0100
Provisions techniques calculées comme un tout	R0010	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€
Total des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finie, après l'ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie, correspondant aux provisions techniques calculées comme un tout	R0050	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€
Provisions techniques calculées comme la somme de la meilleure estimation et de la marge de risque										
Meilleure estimation										
Provisions pour primes										
Brut	R0060	5 718K€	3 918K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€
Total des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finie, après ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie	R0140	-5 420K€	-87K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€
Meilleure estimation nette des provisions pour primes	R0150	11 138K€	4 005K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€
Provisions pour sinistres										
Brut	R0160	48 989K€	48 992K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€
Total des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finie, après ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie	R0240	25 905K€	19 442K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€
Meilleure estimation nette des provisions pour sinistres	R0250	23 084K€	29 550K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€
Total meilleure estimation — brut	R0260	54 707K€	52 911K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€
Total meilleure estimation — net	R0270	34 222K€	33 556K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€
Marge de risque	R0280	1 991K€	2 680K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€
Montant de la déduction transitoire sur les provisions techniques										
Provisions techniques calculées comme un tout	R0290	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€
Meilleure estimation	R0300	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€
Marge de risque	R0310	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€
Provisions techniques — Total										
Provisions techniques — Total	R0320	56 698K€	55 590K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€
Montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finie, après ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie — total	R0330	20 485K€	19 355K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€
Provisions techniques nettes des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finie — total	R0340	36 214K€	36 235K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€

		Assurance directe et réassurance proportionnelle acceptée			Réassurance non proportionnelle acceptée				Total engagements en non-vie
		Assurance de protection juridique	Assistance	Pertes pécuniaires diverses	Réassurance santé non proportionnelle	Réassurance accidents non proportionnelle	Réassurance maritime, aérienne et transport non proportionnelle	Réassurance dommages non proportionnelle	
		C0110	C0120	C0130	C0140	C0150	C0160	C0170	C0180
Provisions techniques calculées comme un tout	R0010	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€
Total des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finie, après l'ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie, correspondant aux provisions techniques calculées comme un tout	R0050	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€
Provisions techniques calculées comme la somme de la meilleure estimation et de la marge de risque									
Meilleure estimation									
Provisions pour primes									
Brut	R0060	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	9 636K€
Total des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finie, après ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie	R0140	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	-5 507K€
Meilleure estimation nette des provisions pour primes	R0150	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	15 143K€
Provisions pour sinistres									
Brut	R0160	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	97 982K€
Total des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finie, après ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie	R0240	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	45 347K€
Meilleure estimation nette des provisions pour sinistres	R0250	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	52 635K€
Total meilleure estimation — brut	R0260	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	107 617K€
Total meilleure estimation — net	R0270	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	67 778K€
Marge de risque	R0280	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	4 671K€
Montant de la déduction transitoire sur les provisions techniques									
Provisions techniques calculées comme un tout	R0290	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€
Meilleure estimation	R0300	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€
Marge de risque	R0310	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€
Provisions techniques — Total									
Provisions techniques — Total	R0320	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	112 289K€
Montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finie, après ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie — total	R0330	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	39 840K€
Provisions techniques nettes des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finie — total	R0340	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	72 449K€

S.19.01.21 – SINISTRES EN NON-VIE

Année d'accident / année de souscription Z0010 Année d'accident Année d'accident
Sinistres payés bruts (non cumulés)
 (valeur absolue)

		Année de développement															Pour l'année en cours		Somme des années (cumulés)	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	10 et +	C0170		C0180
		C0010	C0020	C0030	C0040	C0050	C0060	C0070	C0080	C0090	C0100	C0110	C0120	C0130	C0140	C0150	C0160			
Précédentes	R0100																			
N-14	R0110	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	0			OK€	
N-13	R0120	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	0			OK€		
N-12	R0130	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	1K€			1K€			
N-11	R0140	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	10K€					10K€			
N-10	R0150	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	5K€							5K€		
N-9	R0160	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	1K€									1K€	
N-8	R0170	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	3K€										3K€	
N-7	R0180	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	7K€											7K€	
N-6	R0190	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	32K€											32K€	
N-5	R0200	OK€	OK€	OK€	OK€	20K€													20K€	
N-4	R0210	OK€	OK€	OK€	OK€	103K€													103K€	
N-3	R0220	OK€	OK€	OK€	306K€														306K€	
N-2	R0230	OK€	OK€	1 850K€															1 850K€	
N-1	R0240	OK€	20 189K€																20 189K€	
N	R0250	186 829K€																	186 829K€	
Total																	R0260	209 358K€	209 358K€	

Meilleure estimation provisions pour sinistres brutes non actualisées
 (valeur absolue)

		Année de développement															Fin d'année (données)		
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	10 et +	C0360	
		C0200	C0210	C0220	C0230	C0240	C0250	C0260	C0270	C0280	C0290	C0300	C0310	C0320	C0330	C0340	C0350		
Précédentes	R0100																		
N-14	R0110	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	0	OK€		
N-13	R0120	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	0	OK€			
N-12	R0130	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€		OK€		OK€		
N-11	R0140	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€						OK€		
N-10	R0150	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€							OK€	
N-9	R0160	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€									OK€
N-8	R0170	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€									OK€
N-7	R0180	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	1K€										1K€
N-6	R0190	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	1K€												1K€
N-5	R0200	OK€	OK€	OK€	OK€	OK€	2K€												2K€
N-4	R0210	OK€	OK€	OK€	OK€	4K€													4K€
N-3	R0220	OK€	OK€	OK€	8K€														8K€
N-2	R0230	OK€	OK€	3 782K€															3 782K€
N-1	R0240	OK€	1 035K€																1 035K€
N	R0250	24 041K€																	24 041K€
Total																	R0260	27 950K€	

S.23.01.01 - FONDS PROPRES

		Total	Niveau 1 — non restreint	Niveau 1 — restreint	Niveau 2	Niveau 3
		C0010	C0020	C0030	C0040	C0050
Fonds propres de base avant déduction pour participations dans d'autres secteurs financiers, comme prévu à l'article 68 du règlement délégué (UE) 2015/35						
Capital en actions ordinaires (brut des actions propres)	R0010	0K€	0K€		0K€	
Compte de primes d'émission lié au capital en actions ordinaires	R0030	0K€	0K€		0K€	
Fonds initial, cotisations des membres ou élément de fonds propres de base équivalent pour les mutuelles et les entreprises de type mutuel	R0040	46 767K€	46 767K€		0K€	
Comptes mutualistes subordonnés	R0050	0K€		0K€	0K€	0K€
Fonds excédentaires	R0070	221K€	221K€			
Actions de préférence	R0090	0K€		0K€	0K€	0K€
Compte de primes d'émission lié aux actions de préférence	R0110	0K€		0K€	0K€	0K€
Réserve de réconciliation	R0130	-872K€	-872K€			
Passifs subordonnés	R0140	44 370K€		34 370K€	10 000K€	0K€
Montant égal à la valeur des actifs d'impôts différés nets	R0160	0K€				0K€
Autres éléments de fonds propres approuvés par l'autorité de contrôle en tant que fonds propres de base non spécifiés supra	R0180	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€
Fonds propres issus des états financiers qui ne devraient pas être inclus dans la réserve de réconciliation et qui ne respectent pas les critères de fonds propres de Solvabilité II						
Fonds propres issus des états financiers qui ne devraient pas être inclus dans la réserve de réconciliation et qui ne respectent pas les critères de fonds propres de Solvabilité II	R0220	2 920K€				
Déductions						
Déductions pour participations dans des établissements de crédit et des établissements financiers	R0230	0K€	0K€	0K€	0K€	
Total fonds propres de base après déductions	R0290	87 564K€	43 195K€	34 370K€	10 000K€	0K€
Fonds propres auxiliaires						
Capital en actions ordinaires non libéré et non appelé, callable sur demande	R0300	0K€			0K€	
Fonds initial, cotisations des membres ou élément de fonds propres de base équivalents, non libérés, non appelés et appelables sur demande	R0310	0K€			0K€	
Actions de préférence non libérées et non appelées, callable sur demande	R0320	0K€			0K€	0K€
Engagements juridiquement contraignants de souscrire et de payer des passifs subordonnés sur demande	R0330	0K€			0K€	0K€
Lettres de crédit et garanties relevant de l'article 96, paragraphe 2, de la directive 2009/138/CE	R0340	0K€			0K€	
Lettres de crédit et garanties ne relevant pas de l'article 96, paragraphe 2, de la directive 2009/138/CE	R0350	0K€			0K€	0K€
Rappels de cotisations en vertu de l'article 96, point 3, de la directive 2009/138/CE	R0360	0K€			0K€	
Rappels de cotisations ne relevant pas de l'article 96, paragraphe 3, de la directive 2009/138/CE	R0370	0K€			0K€	0K€
Autres fonds propres auxiliaires	R0390	0K€			0K€	0K€
Total fonds propres auxiliaires	R0400	0K€			0K€	0K€
Fonds propres éligibles et disponibles						
Total des fonds propres disponibles pour couvrir le capital de solvabilité requis	R0500	87 564K€	43 195K€	34 370K€	10 000K€	0K€
Total des fonds propres disponibles pour couvrir le minimum de capital requis	R0510	87 564K€	43 195K€	34 370K€	10 000K€	
Total des fonds propres éligibles pour couvrir le capital de solvabilité requis	R0540	87 564K€	43 195K€	10 799K€	33 571K€	0K€
Total des fonds propres éligibles pour couvrir le minimum de capital requis	R0550	57 525K€	43 195K€	10 799K€	3 531K€	
Capital de solvabilité requis	R0580	70 630K€				
Minimum de capital requis	R0600	17 657K€				
Ratio fonds propres éligibles sur capital de solvabilité requis	R0620	123,98%				
Ratio fonds propres éligibles sur minimum de capital requis	R0640	325,78%				

		C0060
Réserve de réconciliation		
Excédent d'actif sur passif	R0700	46 115K€
Actions propres (détenues directement et indirectement)	R0710	0K€
Dividendes, distributions et charges prévisibles	R0720	0K€
Autres éléments de fonds propres de base	R0730	46 988K€
Ajustement pour les éléments de fonds propres restreints relatifs aux portefeuilles sous ajustement égalisateur et aux fonds canton	R0740	0K€
Réserve de réconciliation	R0760	-872K€
Bénéfices attendus		
Bénéfices attendus inclus dans les primes futures (EPIFP) — activités vie	R0770	2 989K€
Bénéfices attendus inclus dans les primes futures (EPIFP) — activités non-vie	R0780	1 390K€
Total bénéfices attendus inclus dans les primes futures (EPIFP)	R0790	4 378K€

S.25.01.21 - CAPITAL DE SOLVABILITÉ REQUIS POUR LES ENTREPRISES QUI UTILISENT LA FORMULE STANDARD

		Capital de solvabilité requis brut
		C0110
Risque de marché	R0010	31 325K€
Risque de défaut de la contrepartie	R0020	13 944K€
Risque de souscription en vie	R0030	4 382K€
Risque de souscription en santé	R0040	36 706K€
Risque de souscription en non-vie	R0050	0K€
Diversification	R0060	-24 948K€
Risque lié aux immobilisations incorporelles	R0070	0K€
Capital de solvabilité requis de base	R0100	61 408K€

Calcul du capital de solvabilité requis		C0100
Risque opérationnel	R0130	9 221K€
Capacité d'absorption des pertes des provisions techniques	R0140	0K€
Capacité d'absorption des pertes des impôts différés	R0150	0K€
Capital requis pour les activités exercées conformément à l'article 4 de la directive 2003/41/CE	R0160	0K€
Capital de solvabilité requis à l'exclusion des exigences de capital supplémentaire	R0200	70 630K€
Exigences de capital supplémentaire déjà définies	R0210	0K€
Capital de solvabilité requis	R0220	70 630K€
Autres informations sur le SCR		
Capital requis pour le sous-module risque sur actions fondé sur la durée	R0400	
Total du capital de solvabilité requis notionnel pour la part restante	R0410	
Total du capital de solvabilité requis notionnel pour les fonds cantonnés	R0420	
Total du capital de solvabilité requis notionnel pour les portefeuilles sous ajustement égalisateur	R0430	
Effets de diversification dus à l'agrégation des nSCR des FC selon l'article 304	R0440	

Capital de solvabilité requis de base (USP)		USP
		C0090
Risque de souscription Vie	R0030	
Risque de souscription Health	R0040	
Risque de souscription Non-vie	R0050	

S.25.01.21.04

Approche concernant le taux d'imposition

		Oui/Non
		C0109
Approche basée sur le taux d'imposition moyen	R0590	Approach based on average tax rate

S.25.01.21.05

Calcul de la capacité d'absorption des impôts différés

		LAC DT
		C0130
Montant/estimation de la LAC DT	R0640	0K€
Montant/estimation de la LAC DT justifiée par la reprise de passifs d'impôts différés	R0650	0K€
Montant/estimation de la LAC DT justifiée au regard de probables bénéfices économiques imposables futurs	R0660	0K€
Montant/estimation de la LAC DT justifiée par le report en arrière, exercice en cours	R0670	0K€
Montant/estimation de la LAC DT justifiée par le report en arrière, exercices futurs	R0680	0K€
Montant/estimation de la LAC DT maximale	R0690	16 949K€

S.28.02.01 - MINIMUM DE CAPITAL REQUIS - ACTIVITÉS D'ASSURANCE À LA FOIS VIE ET NON-VIE

Activités en non-vie
 Résultat
 $MCR_{(NL,NL)}$

Activités en vie
 Résultat
 $MCR_{(NL,L)}$

Terme de la formule linéaire pour les engagements d'assurance et de réassurance non-vie

	C0010	C0020
R0010	12 626K€	0K€

Assurance frais médicaux et réassurance proportionnelle y afférente
 Assurance de protection du revenu, y compris réassurance proportionnelle y afférente
 Assurance indemnisation des travailleurs et réassurance proportionnelle y afférente
 Assurance de responsabilité civile automobile et réassurance proportionnelle y afférente
 Autre assurance des véhicules à moteur et réassurance proportionnelle y afférente
 Assurance maritime, aérienne et transport et réassurance proportionnelle y afférente
 Assurance incendie et autres dommages aux biens et réassurance proportionnelle y afférente
 Assurance de responsabilité civile générale et réassurance proportionnelle y afférente
 Assurance crédit et cautionnement et réassurance proportionnelle y afférente
 Assurance de protection juridique et réassurance proportionnelle y afférente
 Assurance assistance et réassurance proportionnelle y afférente
 Assurance pertes pécuniaires diverses et réassurance proportionnelle y afférente
 Réassurance santé non proportionnelle
 Réassurance accidents non proportionnelle
 Réassurance maritime, aérienne et transport non proportionnelle
 Réassurance dommages non proportionnelle

	Activités en non-vie		Activités en vie	
	Meilleure estimation et PT calculées comme un tout, nettes (de la réassurance / des véhicules de titrisation)	Primes émises au cours des 12 derniers mois, nettes (de la réassurance)	Meilleure estimation et PT calculées comme un tout, nettes (de la réassurance / des véhicules de titrisation)	Primes émises au cours des 12 derniers mois, nettes (de la réassurance)
	C0030	C0040	C0050	C0060
R0020	34 222K€	105 830K€	0K€	0K€
R0030	33 556K€	19 385K€	0K€	0K€
R0040	0K€	0K€	0K€	0K€
R0050	0K€	0K€	0K€	0K€
R0060	0K€	0K€	0K€	0K€
R0070	0K€	0K€	0K€	0K€
R0080	0K€	0K€	0K€	0K€
R0090	0K€	0K€	0K€	0K€
R0100	0K€	0K€	0K€	0K€
R0110	0K€	0K€	0K€	0K€
R0120	0K€	0K€	0K€	0K€
R0130	0K€	0K€	0K€	0K€
R0140	0K€	0K€	0K€	0K€
R0150	0K€	0K€	0K€	0K€
R0160	0K€	0K€	0K€	0K€
R0170	0K€	0K€	0K€	0K€

Terme de la formule linéaire pour les engagements d'assurance et de réassurance vie

	Activités en non-vie Résultat <i>MCR_(L,ML)</i>	Activités en vie Résultat <i>MCR_(L,L)</i>
	C0070	C0080
R0200	0K€	2 487K€

Engagements avec participation aux bénéfices — Prestations garanties
 Engagements avec participation aux bénéfices — Prestations discrétionnaires futures
 Engagements d'assurance avec prestations indexées et en unités de compte
 Autres engagements de (ré)assurance vie et de (ré)assurance santé
 Montant total du capital sous risque pour tous les engagements de (ré)assurance vie

	Activités en non-vie		Activités en vie	
	Meilleure estimation et PT calculées comme un tout, nettes (de la réassurance / des véhicules de titrisation)	Montant total du capital sous risque net (de la réassurance/ des véhicules de titrisation)	Meilleure estimation et PT calculées comme un tout, nettes (de la réassurance / des véhicules de titrisation)	Montant total du capital sous risque net (de la réassurance/ des véhicules de titrisation)
	C0090	C0100	C0110	C0120
R0210	0K€		17 361K€	
R0220	0K€		0K€	
R0230	0K€		0K€	
R0240	0K€		21 556K€	
R0250		0K€		1 987 901K€

Calcul du MCR global

	C0130
MCR linéaire	15 113K€
Capital de solvabilité requis	70 630K€
Plafond du MCR	31 783K€
Plancher du MCR	17 657K€
MCR combiné	17 657K€
Seuil plancher absolu du MCR	4 000K€
	C0130
Minimum de capital requis	17 657K€

Calcul du montant notionnel du MCR en non-vie et en vie

	Activités en non-vie	Activités en vie
	C0140	C0150
Montant notionnel du MCR linéaire	12 626K€	2 487K€
Montant notionnel du SCR hors capital supplémentaire (calcul annuel ou dernier calcul)	59 009K€	11 621K€
Plafond du montant notionnel du MCR	26 554K€	5 229K€
Plancher du montant notionnel du MCR	14 752K€	2 905K€
Montant notionnel du MCR combiné	14 752K€	2 905K€
Seuil plancher absolu du montant notionnel du MCR	2 700K€	4 000K€
Montant notionnel du MCR	14 752K€	4 000K€