



Rapport sur la Solvabilité et la Situation Financière

Exercice 2021

Solimut
 **utuelle**
de France

GÉNÉRATIONS **SOLIDAIRES**

SOMMAIRE

PREAMBULE.....	4
SYNTHESE.....	5
A. ACTIVITE ET RESULTATS	10
A.1 Activité	10
A.2 Résultats de souscription	14
A.3 Résultats des investissements.....	15
A.4 Résultats des autres activités.....	16
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	36
B.5 Fonction d'audit interne.....	39
B.6 Fonction actuarielle.....	40
B.7 Sous-traitance.....	42
B.8 Autres informations.....	44
C. PROFIL DE RISQUE.....	45
C.1 Risque de souscription	46
C.2 Risque de marché	54
C.3 Risque de crédit.....	59
C.4 Risque de liquidité	63
C.5 Risque opérationnel	64
C.6 Autres risques importants	70
C.7 Autres informations.....	70
D. VALORISATION A DES FINS DE SOLVABILITE	71
D.1 Actifs.....	72
D.2 Provisions techniques	77
D.3 Autres passifs	80
D.4 Méthodes de valorisation alternatives	81
D.5 Autres informations	81

<i>E. GESTION DU CAPITAL</i>	82
E.1 Fonds propres	82
E.2 Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis	86
E.3 Utilisation du sous-module « risque sur actions » fondé sur la durée dans le calcul du capital de solvabilité requis	87
E.4 Différences entre la formule standard et tout modèle interne utilisé.....	87
E.5 Non-respect du minimum de capital requis et non-respect du capital de solvabilité requis	87
E.6 Autres informations.....	87
<i>ANNEXES – ETATS DE REPORTING QUANTITATIFS PUBLICS</i>	88

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 2021 au 31 décembre 2021.

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.

Suite à la dissolution en 2021 du Groupe prudentiel Solimut Mutuelles de France auquel la Mutuelle était adhérente, le présent document constitue le premier rapport SFCR solo de la Mutuelle depuis celui publié en 2018 au titre de l'exercice 2017.

Ce rapport a été présenté au comité des risques du 30 mars 2022 et sera soumis à l'approbation du conseil d'administration de la Mutuelle du 28 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 accidents [1], maladie [2], vie-décès [20], et nuptialité-natalité [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.

Plan stratégique

En termes de perspectives, la Mutuelle a mis en place un plan stratégique qui s'articule autour de quatre axes :

- Faire rayonner l'identité Solidaire et militante de la Mutuelle ;
- Utiliser l'innovation pour garantir un service spécifique et différenciant aux adhérents et prospects ;
- Fidéliser et développer les effectifs mutualistes par une offre globale ;
- Pérenniser la Mutuelle, renforcer notre modèle économique et nos partenariats.

Résultats

Chiffre d'affaires

La Mutuelle a réalisé un chiffre d'affaires brut 2021 de 291,9 M€, en baisse de 26,9 M€ par rapport à 2020, sous l'effet de :

- La poursuite de la politique de redressement du portefeuille (résiliations des contrats prévoyance déficitaires, entraînant une baisse du chiffre d'affaire associé) ;
- Une perte des effectifs principalement due aux résiliations infra-annuelles, accentuées par les augmentations tarifaires nécessaires au redressement des impacts de sinistralité en santé du reste à charge zéro ;
- Une baisse ponctuelle du chiffre d'affaires dans le cadre du pilotage des contrats santé avec fond de stabilité.

Résultat de souscription

La Mutuelle affiche un résultat de souscription de -12,1 M€ au titre de l'exercice 2021, principalement marqué par l'impact du reste à charge zéro sur les garanties santé entraînant une augmentation des prestations, principalement sur les postes dentaires et audioprothèses, non compensée par les économies initialement attendues en optique, contrairement à ce qu'avait annoncé le ministre de la Santé.

En parallèle, l'activité prévoyance a dégagé des bonis cette année.

Résultat financier

Au 31 décembre 2021, le portefeuille d'actifs de la Mutuelle s'élève à 302,3 M€ en valeur nette comptable et à 312,2 M€ en valeur de marché, soit un montant de 9,9 M€ de plus-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 d'obligations et de fonds d'investissements pour un total de 64%. La Mutuelle conserve par principe de prudence un montant élevé de trésorerie et dépôts à court terme (28%) pour se prémunir de tout risque de liquidité.

Le résultat financier 2021 s'élève à 5,0 M€, en hausse significative de +3,3 M€ sous l'effet d'opérations exceptionnelles de cession de plusieurs actifs qui permettent de réaliser un montant important de plus-values latentes et d'une relative stabilité des revenus versés par le portefeuille obligataire.

B. Système de gouvernance

Organisation générale

La Mutuelle dispose d'un système de gouvernance dont l'objectif est de garantir une gestion saine, prudente et sécurisée de ses activités. Il est placé sous la responsabilité du conseil d'administration et de la direction effective.

Le système de gouvernance est fondé sur la complémentarité entre :

- Les administrateurs élus (conseil d'administration) ;
- Les deux dirigeants effectifs (la présidente du conseil d'administration et le dirigeant opérationnel) ;
- Les quatre fonctions clés en charge de prérogatives spécifiques (audit interne, gestion des risques, actuarielle, conformité) devant soumettre leurs travaux au conseil d'administration ;
- Un système de contrôle interne intégré au dispositif de gestion des risques ;
- Une comitologie adaptée favorisant l'échange, la coordination et la complémentarité entre les différents acteurs.

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 conseil d'administration, les dirigeants effectifs et les responsables des fonction clés répondent aux exigences de compétence et d'honorabilité fixées par la réglementation.

Conformément aux dispositions de la directive Solvabilité 2, la gouvernance de la Mutuelle repose notamment sur le respect de deux principes structurants essentiels :

- Le principe des quatre yeux : toute décision significative est au moins vue par les deux dirigeants effectifs, la présidente du conseil d'administration et le dirigeant opérationnel ;
- 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 comprend un système de gestion des risques piloté par la fonction clé Gestion des risques qui repose sur une organisation claire, détaillant le rôle et les responsabilités de l'ensemble des acteurs concernés, sur un corpus documentaire de processus et de politiques écrites qui traite de l'ensemble des risques inhérents à l'activité de la Mutuelle.

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 Monsieur Yannick Porracchia en tant que dirigeant opérationnel et directeur général de la Mutuelle. Il succède à Monsieur Alain Geindreau, qui a fait valoir ses droits à la retraite.

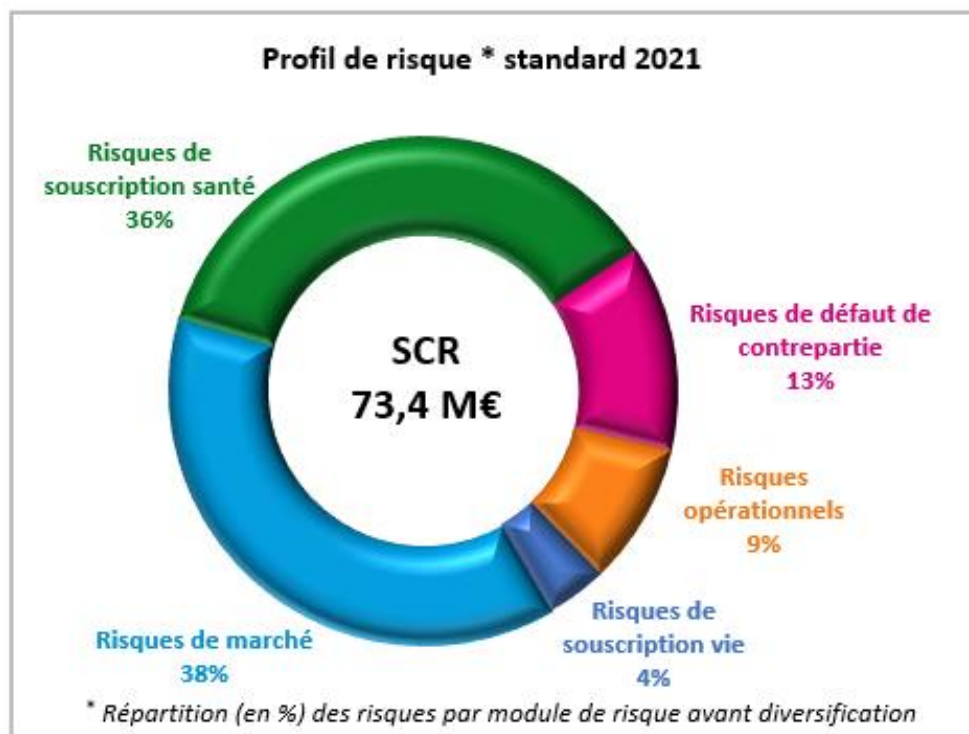
Sur le plan prudentiel, les mutuelles constitutives du groupe Solimut Mutuelles de France, dont Solimut Mutuelle de France, ont voté à l'unanimité en assemblée générale, le 15 décembre 2021, la dissolution du groupe. En effet, il a été considéré que le modèle économique de l'UMG ne fonctionnait plus. Le groupe prudentiel avait un coût bien trop élevé pour la principale mutuelle, Solimut Mutuelle de France, qui en assumait l'essentiel des charges et il imposait à l'inverse des contraintes excessives aux plus petites au regard de leur taille.

Suite à cette dissolution, la Mutuelle a décidé de réinternaliser les fonctions externalisées au groupe, et notamment les quatre fonctions clés. De nouveaux responsables de fonctions clés ont ainsi été désignés lors du conseil d'administration du 14 janvier 2022. Le processus de validation de ces nouvelles nominations est en cours d'approbation auprès du superviseur.

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 :



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 2021 s'élève à 465,5 M€ et se présente sous un format simplifié comme suit :

Actif		Passif	
Actifs incorporels	0,0	Provision techniques	224,3
Impôts différés actifs (IDA)	10,6	<i>Meilleure estimation (BE)</i>	215,8
Immobilisations corporelles pour usage propre	8,0	<i>Marge de risque</i>	8,6
Placements	291,0	Autres passifs	133,9
Prêts	3,6	Impôts différés passifs (IDP)	10,6
Provisions techniques cédées	88,4	Dettes subordonnées	44,4
Autres actifs	63,9	Total	413,2
Total	465,5	Excédent d'actif sur passif	52,3

Montant en Millions d'Euros

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 2021 sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Indicateurs prudentiels	2021	2020
Fonds propres éligibles SCR	96,7	99,2
Fonds propres éligibles MCR	69,0	72,3
SCR	73,4	76,4
MCR	18,3	19,1
Ratio de couverture du SCR	132%	130%
Ratio de couverture du MCR	376%	379%

Montant en Millions d'euros

Au 31 décembre 2021, le ratio de couverture du SCR, appelé ratio de solvabilité, s'établit à 132%, avec 96,7 M€ de fonds propres éligibles – dont 90% sont classés en Tier 1, gage de solidité financière – pour une exigence en capital de 73,4 M€.

Les fonds propres éligibles à la couverture du MCR⁶ s'élèvent à 69,0 M€ pour une exigence en capital de 18,3 M€, soit un ratio de couverture de 376%.

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.

⁴ Capital de Solvabilité Requis.

⁵ Minimum de Capital Requis.

⁶ Minimum de capital requis

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].

Elle assure ou co-assure principalement des garanties santé, mais également des garanties décès, obsèques, rente éducation et conjoint, dépendance, incapacité, invalidité et hospitalisation.

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, fonction publique 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 2021, la Mutuelle a recensé 451 salariés en effectif moyen.

A.1.3 Activité / Chiffres clés

Au 31 décembre 2021, le portefeuille de la Mutuelle est constitué de :

- 240 424 adhérents en Santé, dont :
 - 85 345 adhérents dans les contrats individuels,
 - 155 079 adhérents dans les contrats collectifs (entreprises et collectivités).
- 230 625 adhérents en Prévoyance répartis entre :
 - 55 131 adhérents dans les contrats individuels,
 - 175 494 adhérents dans les contrats collectifs.

La Mutuelle a réalisé un chiffre d'affaires brut 2021 de 291,9 M€ (140,8 M€ nets de cessions en réassurance), en baisse de 26,9 M€ (-8,4 %) par rapport à 2020.

Cette diminution s'explique par :

- La poursuite de la politique de renouvellement (résiliations des contrats prévoyance déficitaires) ;
- Une perte des effectifs principalement due aux résiliations suite aux impacts tarifaires nécessaires dans le cadre du redressement relatif au RAC0⁷ ;
- Une baisse ponctuelle du chiffre d'affaires dans le cadre du pilotage des contrats avec fond de stabilité.

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 2021, le portefeuille santé de la Mutuelle est réparti à 45% en individuel et 55% en collectif, tandis que le portefeuille prévoyance est constitué à 87% en collectif et 13% en individuel. Les contrats collectifs couvrent à la fois des salariés du secteur privé et des agents de la fonction publique (territoriale, hospitalière).

Depuis le 1^{er} novembre 2019, la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) a fusionné avec l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) et est devenu la Complémentaire Santé Solidaire (C2S). Depuis cette date et progressivement, les populations sont inscrites soit en C2S soit en C2S avec contribution. La Mutuelle ne gère plus et n'assure plus de contrat ACS à fin 2021. Ils sont majoritairement sortis en 2020 (environ 800 contrats au 31/12/ 2020 contre 20 000 contrats au 31/12/2019).

En vision Solvabilité 2, au regard des garanties qu'elle propose, la Mutuelle exerce les lignes d'activités (LoB⁸) 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], les engagements de réassurance maladie [LoB

⁷ Reste à charge zéro

⁸ Line of business

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].

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

A.1.4 Faits marquants de l'année 2021

L'année 2021 a été marquée par l'impact du RACO sur nos garanties santé entraînant une augmentation des prestations, principalement sur les postes dentaires et audioprothèses, non compensée par une baisse initialement attendue en optique, contrairement à ce qu'avait annoncé le ministre de la Santé.

En parallèle, l'activité prévoyance a dégagé des bonis cette année.

Le programme de réassurance de la Mutuelle a été revu en 2021, dans un but de relation commerciale et de pilotage des risques présents dans le portefeuille.

L'année 2021 a également été marquée par la dissolution en décembre du groupe Solimut Mutuelles de France, auquel la Mutuelle était affiliée, qui a eu des impacts financiers (baisse des frais, mécaniquement du fait de l'arrêt de la cotisation versée au groupe).

Enfin, l'arrêt en 2022 du principal contrat de dépendance de la Mutuelle n'intervient pas directement sur l'année 2021. Néanmoins, ce changement de portefeuille, décidé dans le cadre du pilotage du SCR, est à noter dans le calcul du ratio au 31 décembre 2021, du fait de l'arrêt du calcul de *Best Estimate* de flux sur ce risque.

A.1.5 Perspectives / Plan stratégique

En termes de perspectives, Solimut Mutuelle de France a mis en place un plan stratégique qui s'articule autour de quatre axes :

- Faire rayonner l'**identité Solidaire et militante** de la Mutuelle, en dynamisant le réseau militant et en accroissant notre notoriété.
- Utiliser l'**innovation** pour garantir un service spécifique et différenciant aux adhérents et prospects. Le développement de nos extranet entreprises ou adhérent, la modernisation de nos offres produit, ou encore la transformation de nos parcours adhérents et prospects – en agence ou à distance – font partie de ce pilier.
- **Fidéliser et développer** les effectifs mutualistes par une offre globale. La mise en œuvre d'un « projet santé » qui vise à mieux connaître et mieux répondre aux besoins de santé de nos adhérents, et le développement de l'Île de France en territoire de conquête font partie des projets de cet axe stratégique.
- **Pérenniser la Mutuelle**, renforcer notre modèle économique et nos partenariats.

Il s'agit dans ce pilier de :

- Renforcer notre politique de souscription, dans un contexte où la rentabilité des couvertures collectives en santé comme en prévoyance est sous pression en France. Un pilotage strict de nos partenariats a été mis en place, avec une politique de revue tarifaire permanente. Il s'agit également dans ce pilier d'adapter de nos politiques à l'environnement sans cesse changeant de la mutuelle (renforcement des cadres réglementaires, 100% santé, Résiliation infra annuelle, réforme de la protection sociale des fonctionnaires, etc.), tout en conservant un pouvoir de développement sur les partenariats rentables de la mutuelle.

- Recouvrer les besoins de cotisations générés par la prise en charge du 100% santé par la Mutuelle. Si le reste à charge en audio et en dentaire de nos adhérents a fortement baissé en 2020 et 2021 suite à l'introduction de la réforme, cette baisse n'a été possible que grâce à la contribution significative de la mutuelle dans la prise en charge des remboursements de prestations. Il nous faut donc accompagner le rétablissement des équilibres techniques qui prévalaient avant cette réforme structurelle.
- Réduire nos frais, au bénéfice de nos adhérents. La Mutuelle a engagé un plan d'économies de coûts qui porte sur la réduction des frais liés au recours à nos prestataires externes, et l'optimisation des ressources engagées par la Mutuelle dans la revue de ses process.

Solimut Mutuelle de France a également mis en place un projet santé dont l'ambition est d'être un véritable acteur de santé dans les territoires au service du droit à la santé pour tous, au service de nos adhérents et de la population, notamment sur les aspects de la prévention et de la complémentarité Livre II / Livre III.

Les quatre priorités d'actions de ce projet sont les suivantes :

- Soutenir le développement d'une offre de santé adaptée aux enjeux territoriaux de santé ;
- Construire une offre de santé innovante et militante ;
- Réaffirmer l'ambition de Solimut Mutuelle de France sur la prévention tout en la modernisant ;
- Renforcer le service rendu aux adhérents et répondre aux attentes spécifiques des populations.

Enfin des comités d'actions territoriaux ont été créés, en complémentarité Livre II / Livre III, ce qui permet de créer du lien et de déterminer conjointement les thèmes et les axes de travail à développer.

A.1.6 Liste des entreprises liées significatives

La Mutuelle détient des participations dans les entreprises liées significatives suivantes :

Nom	Forme juridique	Quote-part de la participation détenue ¹
LE BAOU	Société Civile Immobilière	98,5%
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%

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

² Participation 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 pour les réseaux de distribution de la Mutuelle et de locataires, structures partenaires de la Mutuelle, en cohérence avec sa 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 291,9 M€ de cotisations brutes en 2021. Il est à noter que les cotisations non vie représentent 92% de l'ensemble des cotisations perçues. Les cotisations nettes acquises s'élèvent à 140,8 M€.

Les résultats de souscription, nets de réassurance, par ligne d'activités sur l'exercice 2021 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) :

2021 - Solimut Mutuelle de France			
Non-Vie	Santé	Protection des revenus	Total
Cotisations acquises	104,7 M€	19,7 M€	124,4 M€
Charge de sinistralité et dépenses	112,6 M€	-3,6 M€	109,1 M€
Autres éléments (-autres produits & +charges techniques)	12,9 M€	1,4 M€	14,3 M€
Résultat de souscription	-20,8 M€	21,8 M€	1,0 M€
D2 Produit Placements Alloués			2,5 M€
Résultat technique net			3,5 M€

2021 - Solimut Mutuelle de France				
Vie	Assurance vie avec participation aux	Autre Assurance Vie	Autres	Total
Cotisations acquises	13,8 M€	1,4 M€	1,3 M€	16,4 M€
Charge de sinistralité et dépenses	11,6 M€	3,2 M€	13,5 M€	28,3 M€
Autres éléments (-autres produits & +charges techniques)	1,1 M€	0,1 M€	0,0 M€	1,3 M€
Résultat de souscription	1,1 M€	-2,0 M€	-12,3 M€	-13,1 M€
Produits & Charges des Placements				1,1 M€
Résultat technique net				-12,1 M€

Analyse de la performance

En 2021, la Mutuelle affiche un résultat de souscription de -12,1 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 -8,5 M€, tel que présenté dans le compte de résultat de la Mutuelle.

Au global, les cotisations acquises nettes s'élèvent à 140,8 M€, dont 104,7 M€ provenant de l'activité Lob 1 – Santé. La diminution de ce poste par rapport à 2020 provient principalement de la baisse des effectifs individuels (effet RIA). Sur les Lob 2 – Protection des revenus et l'ensemble des autres LoB Vie, les cotisations acquises (nettes de réassurance) sont en augmentation. Cela s'explique par la revue du périmètre de réassurance en QP⁹, venant augmenter le volume de cotisations nettes de la Mutuelle. Cet effet est atténué par la diminution des cotisations du fait du redressement du portefeuille, passant par la résiliation de contrats déficitaires.

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.

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 2021, le portefeuille d'actifs¹⁰ de la Mutuelle s'élève à 302,3 M€ en valeur nette comptable et à 312,2 M€ en valeur de marché soit un montant de 9,9 M€ de plus-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 produits assurant des flux récurrents et de moyen / long terme, principalement des produits de taux (obligations souveraines et d'entreprises) ;
- Conserve un montant élevé 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 OPC (organismes de placements collectifs) qui en optimisent la rentabilité et 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, appelé résultat financier, sont basés sur les valeurs retenues dans les états financiers établis en normes comptables françaises, avec cependant une présentation différente (par catégories de placements CIC¹¹ conformément à Solvabilité 2) 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 :

⁹ Quote-part

¹⁰ A l'exclusion des actifs corporels d'exploitation et des actifs incorporels qui sont néanmoins pris en compte dans les travaux prudentiels du pilier 1.

¹¹ CIC : *Complementary Identification Code*. Table de codes complémentaires d'identification des placements créée pour les besoins de Solvabilité 2. Cette information permet de positionner chaque instrument financier dans la classe de risque la plus spécifique possible et d'appliquer le calcul du capital de solvabilité requis (SCR) au plus proche de la réalité.

- Les revenus 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 vente d'actifs.

Les frais liés à la gestion des placements et les autres produits et charges ne sont pas ventilés par catégorie d'actifs.

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

Code CIC	Catégorie d'actifs CIC <i>En Millions d'euros</i>	Revenus		Dépenses		Résultat Financier		Evolution 2021
		2021	2020	2021	2020	2021	2020	
1/2	Obligations État / Entreprise	3,3	3,3	0,4	0,4	3,0	2,8	+ 0,1
3	Actions	1,3	0,5	0,5	0,8	0,8	-0,3	+ 1,1
4	Organismes de placement collectif	1,8	0,6	0,3	0,1	1,6	0,5	+ 1,1
7	Trésorerie et dépôts	0,5	0,4	0,0	0,0	0,5	0,4	+ 0,1
8	Prêts et prêts hypothécaires	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	- 0,0
9	Immobilisations corporelles	0,3	0,4	0,1	0,3	0,2	0,1	+ 0,1
	Résultat financier brut	7,3	5,3	1,2	1,7	6,1	3,6	+ 2,5
	<i>Frais de gestion et autres</i>	<i>0,3</i>	<i>-0,4</i>	<i>1,4</i>	<i>1,6</i>	<i>-1,1</i>	<i>-2,0</i>	<i>+ 0,9</i>
	Résultat financier net	7,6	4,9	2,6	3,3	5,0	1,6	+ 3,3

Le résultat financier 2021 s'élève à 5,0 M€, en hausse significative de + 3,3 M€ :

- Les revenus issus des investissements s'élèvent à 7,3 M€, contre 5,3 M€ en 2020.

La rémunération des actifs provient principalement des coupons émanant des titres obligataires en portefeuille en raison de la prédominance des produits de taux au sein du portefeuille de la Mutuelle. Les revenus obligataires restent stables, malgré la baisse des taux d'intérêt.

Les revenus totaux augmentent significativement sous l'effet de produits exceptionnels de cession de plusieurs actifs (OPC, actions) qui permettent de réaliser un montant important de plus-values latentes.

- Les dépenses issues des investissements sont constituées majoritairement des intérêts de la dette subordonnée émise par la Mutuelle (classés en frais de gestion et autres dans le tableau ci-dessus) pour renforcer ses fonds propres. Elles diminuent en 2021, à 1,2 M€ contre 1,7 M€ en 2020, suite à des reprises de provisions pour dépréciation et à la diminution des dotations pour amortissement des biens immobiliers.

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 2021 a été marquée par le changement de dirigeant effectif : le conseil d'administration du 14 octobre 2021 a procédé à la désignation de Monsieur Yannick Porracchia en tant que dirigeant opérationnel et directeur général de la Mutuelle. Il succède à Monsieur Alain Geindreau, qui a fait valoir ses droits à la retraite.

Sur le plan prudentiel, les mutuelles constitutives du groupe Solimut Mutuelles de France, dont Solimut Mutuelle de France, ont voté à l'unanimité en assemblée générale, le 15 décembre 2021, la dissolution du groupe. En effet, il a été considéré que le modèle économique de l'UMG ne fonctionnait plus. Le groupe prudentiel avait un coût bien trop élevé pour la principale mutuelle, Solimut Mutuelle de France, qui en assumait l'essentiel des charges et il imposait à l'inverse des contraintes excessives aux plus petites au regard de leur taille.

Suite à cette dissolution, la Mutuelle a décidé de réinternaliser les fonctions externalisées au groupe, et notamment les quatre fonctions clés. De nouveaux responsables de fonctions clés ont ainsi été désignés lors du conseil d'administration du 14 janvier 2022 :

- Frédéric Mazzei en tant que fonction d'audit interne ;
- Pierre-Alexis Brabis en tant que fonction actuarielle ;
- Marie Bracke en tant que fonction de vérification de la conformité.
- Pierre-Alexis Brabis en tant que fonction clé de gestion des risques, de manière temporaire ;

Le processus de validation de ces nouvelles nominations est en cours d'approbation auprès du superviseur.

Le conseil d'administration du 14 janvier 2022 a également approuvé les politiques écrites actualisées suite à la dissolution du groupe.

B.1.2 Présentation du système de gouvernance

Organisation générale

La Mutuelle dispose d'un système de gouvernance dont l'objectif est de garantir une gestion saine, prudente et sécurisée de ses activités. Il est placé sous la responsabilité du conseil d'administration et de la direction effective.

Le système de gouvernance est fondé sur la complémentarité entre :

- Les administrateurs élus (conseil d'administration) ;
- Les deux dirigeants effectifs (la présidente du conseil d'administration et le dirigeant opérationnel) ;
- La gouvernance opérationnelle organisée autour du comité de direction (CODIR) et des directions de services ;
- Les quatre fonctions clés en charge de prérogatives spécifiques (audit interne, gestion des risques, actuarielle, conformité) devant soumettre leurs travaux au conseil d'administration ;

- Un système de contrôle interne pleinement intégré au processus organisationnels et opérationnels ;
- Une comitologie adaptée favorisant l'échange, la coordination et la complémentarité entre les différents acteurs.

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.

En amont de cette gouvernance se situe l'assemblée générale qui procède à la nomination des administrateurs, définit les orientations stratégiques et approuve la gestion du conseil d'administration.

Conformément aux dispositions de directive Solvabilité 2, la gouvernance de la Mutuelle repose notamment sur le respect de deux principes structurants essentiels :

- Le principe des quatre yeux : toute décision significative est au moins vue par les deux dirigeants effectifs, la présidente du conseil d'administration et le dirigeant opérationnel ;
- Le principe de la personne prudente : la Mutuelle veille à ce que les risques pris le soient dans le respect des intérêts des adhérents.

En matière de comitologie, le système de gouvernance de la Mutuelle s'appuie principalement sur deux comités spécialisés, le comité d'audit et le comité 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

Le conseil d'administration est composé d'administrateurs élus par l'assemblée générale parmi les membres participants et honoraires de la Mutuelle, en recherchant une représentation équilibrée des femmes et des hommes.

Les administrateurs sont élus pour une durée de six ans. Le conseil d'administration est lui-même renouvelé par moitié tous les trois ans.

Le conseil d'administration est convoqué par le président chaque fois que nécessaire et au moins quatre fois par an.

En application des dispositions de la loi PACTE au 1^{er} janvier 2022, deux représentants des salariés élus par les élections professionnelles des 9 et 10 décembre 2021 ainsi qu'un représentant du Comité social et économique assistent aux réunions du conseil d'administration avec voix consultatives. Des conseillers techniques peuvent également être convoqués si besoin.

Au 31 décembre 2021, le conseil d'administration de la Mutuelle est composé de 28 administrateurs dont la moitié ont été élus lors de l'assemblée générale du 23 juin 2021. Le conseil d'administration s'est réuni à 6 reprises au cours du dernier exercice.

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 2021 :

- Le 18 février : les rapports annuels des fonctions clés conformité et gestion des risques ;
- Le 28 avril :
 - Les politiques écrites solos et groupe ;
 - Le rapport d'intermédiation et de gestion ;

- Le rapport sur l'élaboration et la vérification de l'information financière et comptable ;
 - Le rapport LCB-FT¹² ;
 - Le rapport d'activités du fonds de secours ;
 - Le rapport annuel sur les bonnes pratiques de l'ESS¹³ ;
 - Le rapport SFCR du groupe prudentiel ;
- Le 2 décembre : le rapport ORSA¹⁴ et les rapports annuels des fonctions clés actuariat, gestion des risques et audit interne.

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

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.

¹² Lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme

¹³ Economie sociale et solidaire

¹⁴ *Own Risk and Solvency Assessment* (Evaluation des risques et de la solvabilité en français)

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 Porracchia 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 dispose de la faculté de consentir, dans le périmètre de sa fonction, des délégations de pouvoirs dans les domaines réglementaires dont la responsabilité de leur mise en œuvre lui a été confiée à titre principal.

B.1.6 Gouvernance opérationnelle

Directions

En 2021, la direction générale est organisée autour des trois directions principales - direction de la relation adhérent, direction des assurances et direction des opérations - ainsi que de fonctions qui sont directement rattachées au directeur général.

Suite au changement de dirigeant opérationnel en octobre 2021 et à la réinternalisation des responsables de fonctions clés pour répondre à la dissolution du groupe prudentiel prononcée en décembre 2021, la Mutuelle met progressivement en place une nouvelle organisation opérationnelle.

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 opérationnel de la stratégie d'entreprise. Il s'agit du comité de direction (CODIR) et d'instances spécialisées qui traitent des dossiers relatifs à la Mutuelle.

Le CODIR réunit le directeur général et les représentants des directions de la Mutuelle. C'est le lieu de coordination de l'ensemble des activités opérationnelles.

A ce titre, il est compétent pour aborder tous sujets relatifs à l'organisation, aux méthodes, aux contenus et aux résultats des activités opérationnelles telles qu'elles sont précisées par le conseil d'administration.

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.

Reste exclue de ces éléments de rémunération toute composante variable liée aux résultats d'activité de la mutuelle. En effet, conformément au Code de la mutualité et à l'instar des dispositions concernant les administrateurs, aucune rémunération ne peut être versée à un dirigeant opérationnel qui soit directement ou indirectement liée au volume de cotisations encaissées par la mutuelle.

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

La Mutuelle 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 la Convention Collective Nationale Mutualité, qui fournit les grilles de salaires et les minimaux conventionnels. Ces règles sont complétées par l'accord d'harmonisation du statut collectif des salariés de Solimut Mutuelle de France signé le 17 mars 2007 et modifié par voie d'avenant (avenant n° 3) du 29 juin 2021. Il est entendu que ces éléments peuvent être également complétés par des dispositions présentes dans les contrats de travail de chaque collaborateur.

La rémunération de l'ensemble des collaborateurs est composée d'une part fixe et d'une part variable. Celle-ci est déterminée en fonction d'objectifs atteignables, tant quantitatifs que qualitatifs, connus des salariés. À ce titre, les membres du CSE ont été informés et consultés au préalable sur ce sujet.

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 a été amenée à soumettre à l'approbation du conseil d'administration et de l'assemblée générale plusieurs conventions passées, directement ou indirectement, entre elle et certains de ses administrateurs ou, avant sa dissolution, avec le groupe Solimut Mutuelles de France.

B.2 Exigences de compétence et d'honorabilité

Politique de compétences et d'honorabilité

La Mutuelle s'appuie sur une politique écrite qui décline les modalités de vérification et de suivi des compétences et de l'honorabilité des dirigeants effectifs, des administrateurs et des personnes exerçant des fonctions clés au sein de la Mutuelle.

Elle est réexaminée au moins une fois par an et est adaptée à tout changement affectant le système ou le domaine concerné.

Elle formalise les lignes directrices et actions mises en œuvre pour satisfaire aux obligations réglementaires de compétence et d'honorabilité et vient compléter le dispositif de gouvernance permettant de démontrer une gestion saine et prudente de l'activité de la Mutuelle.

La Mutuelle évalue le caractère « compétent et honorable » des personnes qui exercent ou vont exercer en son sein les fonctions suivantes : la fonction d'administrateur (membre du conseil d'administration), la fonction de dirigeant effectif (présidente du conseil d'administration ou directeur général) ou la fonction de responsable de fonction clé (gestion des risques, vérification de la conformité, actuarielle, audit interne).

Les exigences de compétence et d'honorabilité s'appliquent dès leur nomination et tout au long de l'exercice de leur fonction.

Personnes visées

Les exigences de compétences et d'honorabilité s'appliquent :

- Individuellement aux deux dirigeants effectifs de la Mutuelle ;
- Individuellement aux quatre responsables de fonctions clés ;

- Individuellement pour ce qui est des exigences d'honorabilité et de prévention et lutte contre les conflits d'intérêts et collectivement pour ce qui est des exigences de compétence aux membres du conseil d'administration.

La portée des exigences ainsi que les critères d'évaluation des compétences et de l'honorabilité s'appuient sur la directive Solvabilité 2, le règlement délégué, les orientations de l'EIOPA et les instructions de l'ACPR.

Compétences

Exigences

Les dirigeants effectifs et responsables des fonctions clés sont soumis à notification auprès de l'ACPR, faisant apparaître leur curriculum vitae, les formations suivies, les diplômes obtenus, le détail des expériences professionnelles et responsabilités exercées au cours des 10 dernières années.

La Mutuelle s'appuie sur les compétences individuelles et leur répartition entre les membres du conseil d'administration, afin de démontrer que ceux-ci disposent collectivement des connaissances et expériences nécessaires, dans les domaines prévus au nouvel article R 322-11-6 du Code des assurances.

Afin d'exercer leur mandat dans les meilleures conditions, les administrateurs sont tenus de suivre régulièrement des sessions de formations à partir d'un plan de formation annuel, adopté par le conseil d'administration.

Suivi

Le secrétariat général de la Mutuelle assure la synthèse des éléments justifiant des compétences des personnes visées par les exigences en matière de compétence. Il répond à la nécessité de vérification des exigences en matière de compétences par l'élaboration de fiches individuelles de suivi pour l'ensemble des personnes visées, précisant, outre leur état civil :

- Les fonctions exercées au sein de la mutuelle,
- Les diplômes et les formations qualifiantes,
- L'expérience professionnelle : les principales fonctions occupées et les réalisations,
- Les mandats représentatifs actuellement exercés,
- Les formations suivies dans le cadre de tout mandat exercé,
- Les domaines de connaissances et d'expérience majeurs.

L'agrégation de l'ensemble des compétences individuelles, ainsi que les attestations de suivi des formations délivrées dans le cadre d'éventuels autres mandats, recensées dans les fiches, démontre que la compétence collective est assurée pour l'organe d'Administration.

Honorabilité

Exigences

L'exigence en matière d'honorabilité est fondée sur des éléments concrets concernant le comportement de la personne et sa conduite professionnelle.

Lors de la nomination ou du renouvellement des dirigeants effectifs et responsables de fonctions clés, la Mutuelle demande aux personnes concernées :

- Le bulletin n° 3 du casier judiciaire datant de moins de 3 mois ;
- Les déclarations sur l'honneur de non condamnation et d'exactitude des informations communiquées ;

- La déclaration sur l'honneur du président de la Mutuelle certifiant la vérification d'usage en termes d'honorabilité pour chaque personne visée.

La Mutuelle s'assure de l'honorabilité des administrateurs par l'adjonction, à la fiche individuelle de suivi, d'un extrait de casier judiciaire (bulletin n°3).

Les administrateurs s'engagent :

- A communiquer tous les ans la liste des mandats qu'ils ont occupés lors de l'exercice écoulé en vue de l'établissement du rapport de gestion ;
- A une obligation de discrétion sur le déroulement et le contenu des délibérations et s'engagent à ne pas diffuser les informations sensibles ou présentant un caractère confidentiel ;
- A ne pas utiliser à des fins personnelles et à ne pas divulguer en dehors des obligations de leur mission, toute information confidentielle.
- A lutter efficacement contre les conflits d'intérêts pouvant se faire jour dans l'exercice de leurs fonctions. A cet effet, ils déclarent annuellement, l'ensemble des conflits d'intérêt dont ils font l'objet.

Suivi

Les dirigeants effectifs et les responsables des fonctions clés s'engagent sur l'honneur auprès de l'ACPR, dans le dossier remis à l'occasion de leur nomination ou du renouvellement de leur mandat, à porter immédiatement à la connaissance de l'ACPR, les changements importants qui pourraient intervenir.

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 constitué 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

Le 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, il :

- 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).

Le 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

La Mutuelle a mis en place des comités opérationnels qui participent au dispositif de gestion des risques techniques, financiers et de suivi de la qualité des données.

Comité produits

Le comité produits a pour mission de mener et formaliser les réflexions concernant les créations de nouveaux produits, le suivi et le cas échéant le réexamen des produits existants lorsque nécessaire, la stratégie de distribution de la mutuelle (gestion des partenariats dans le cadre de l'offre globale) et les mesures correctrices lorsque des défaillances ont été identifiées sur les produits existants.

Comité de souscription

Le comité de souscription est l'instance de décisions concernant les propositions commerciales et le suivi des contrats en portefeuille. Il a également vocation à préciser les règles de souscription en assurance collective et les possibilités de dérogations éventuelles.

Dans le cadre du risque de tarification, il se réunit une fois par semaine afin d'étudier l'opportunité de positionnement de la Mutuelle sur un dossier ainsi que l'impact sur la marge technique, l'objectif étant une marge technique excédentaire.

Les motifs et seuils de déclenchement du comité sont définis dans la politique de souscription en fonction du risque (santé/prévoyance), les garanties de prévoyance constituant l'exposition principale aux risques liés au provisionnement et donc à des engagements à long termes.

Comité de renouvellement

Le suivi de la maîtrise de la sinistralité est opéré chaque année par un comité de renouvellement. Les réunions de ce comité ont pour objectif d'assurer la maîtrise de l'équilibre entre les tarifs et les garanties proposées dans le cadre d'un dispositif annuel de surveillance du portefeuille.

Comité Qualité des données (QDD)

Le comité, créé en 2020, se réunit à une fréquence cible trimestrielle. Il permet d'échanger sur la survenance d'incidents opérationnels liés à la QDD, sur les impacts liés à l'évolution des Systèmes d'Information, sur la mise en place de plan d'actions à des fins d'amélioration de la qualité des données. Les responsables de fonction clé gestion des risques et actuariat participent à ce comité.

Comité d'investissement interne

Un comité d'Investissement Interne a été créé en 2021, piloté par la Direction des Assurances. Il réunit les acteurs financiers de la Mutuelle et le responsable de fonction clé gestion des risques.

Le comité a pour objectif de piloter et suivre l'allocation d'actifs, arbitrer les choix d'investissements, consolider le suivi de l'ensemble du portefeuille, gérer le risque de liquidité, etc.

Les sujets opérationnels et quotidiens liés à la gestion des actifs et aux risques liés aux investissements y sont abordés. Lorsque cela s'avère nécessaire, ils font l'objet d'une présentation au comité des Risques qui assure le pilotage global des investissements, voire d'une approbation par le conseil d'administration.

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.

L'appétence au risque s'exprime aussi bien au travers de critères qualitatifs que quantitatifs, comme le résultat comptable ou le ratio de couverture du SCR.

L'appétence est fixée en fonction des résultats futurs calculés à l'aide du scénario central construit à partir des hypothèses stratégiques de la Mutuelle et des paramètres de marché. Elle constitue un des éléments du dispositif de pilotage stratégique à la disposition du conseil d'administration.

Le dispositif de gestion des risques veille à ce que le profil de risque de la Mutuelle se maintienne à un niveau acceptable au regard du cadre d'appétence fixé par la gouvernance. Ce suivi s'effectue dans le cadre de l'ORSA.

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.

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

Description du processus ORSA

L'évaluation interne des risques et de la solvabilité, communément appelée « ORSA », fait partie intégrante du dispositif de gestion des risques.

Elle permet aux instances de la Mutuelle de disposer d'une vision prospective des risques auxquels elle peut être exposée et ses capacités à faire face à ses engagements. Elle revêt une dimension stratégique et s'inscrit dans le pilotage de la Mutuelle.

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.

C'est le cas par exemple du risque lié à la réforme au 1^{er} janvier 2022 de la protection sociale complémentaire de la fonction publique qui a fait l'objet d'un scénario de stress permettant d'évaluer son impact sur la solvabilité de la Mutuelle.

B.4 Système de contrôle interne

B.4.1 Présentation du dispositif de contrôle interne

La politique écrite de contrôle interne de la Mutuelle présente son dispositif de contrôle interne de manière détaillée. Il s'appuie sur 4 piliers :

- **La cartographie des procédures** : Le service du contrôle interne est en charge de maintenir la cartographie des procédures écrites de la Mutuelle, en lien avec les services opérationnels qui sont quant à eux en charge de rédiger ces procédures. Elle s'assure que ces dernières sont régulièrement révisées, et correctement publiées et archivées par les services responsables.
- **Le dispositif de contrôle** : Le service de contrôle interne participe à la définition des contrôles de 1er niveau et accompagne les services opérationnels dans leur mise en œuvre. Il a également à sa charge la définition et la mise en œuvre du dispositif de 2nd niveau qui regroupe à la fois un suivi (contrôle et synthèse) des contrôles de 1er niveau, ainsi que des contrôles complémentaires qui peuvent être réalisés directement par le service de contrôle interne
- **Le suivi des incidents opérationnels** : Le service de contrôle interne définit la procédure de suivi des incidents opérationnels et anime ce dispositif. Il est en charge de collecter auprès des services opérationnels les incidents survenus, de les analyser afin de définir et d'animer les plans d'action correctif / préventifs identifiés à la suite de ces incidents.
- **La cartographie des risques opérationnels** : Le service de contrôle interne établit une cartographie des risques opérationnels, en lien avec les services opérationnels. Cette cartographie s'appuie sur les 3 piliers précédents :
 - Les risques identifiés a priori dans les procédures par les services opérationnels,
 - Les risques déduits par les résultats identifiés lors des contrôles de 1er, 2eme et 3eme niveau
 - Les risques identifiés lors des incidents opérationnels

La cartographie des risques évalue les risques bruts, c'est-à-dire le niveau de risque potentiel en dehors de tout dispositif de contrôle et de toutes les mesures d'atténuation du risque prises par la Mutuelle, et le risque net qui est celui après application du dispositif de contrôle et d'atténuation des risques.

B.4.1.1 Un dispositif basé sur 3 lignes de défense

Le contrôle de 1^{er} niveau - les opérationnels au quotidien

Le contrôle interne est l'affaire de tous et doit être réalisé simultanément aux opérations courantes liées aux activités. Ces contrôles opérationnels doivent permettre d'assurer la maîtrise des risques et de garantir une qualité de service. Ces contrôles de premier niveau sont identifiés dans l'ensemble des procédures Valdys et présentent la terminologie suivante :

- **AC** : autocontrôle. Ce type de contrôle correspond à une auto-maîtrise de l'activité des collaborateurs dans leur métier et ne fait pas l'objet d'un enregistrement,
- **CP** : contrôle permanent. Ce contrôle est réalisé par un responsable hiérarchique ou un collaborateur tiers. Il fait l'objet d'un enregistrement,
- **CC** : contrôle complémentaire réalisé par un autre service. Ce contrôle existe sur les processus où plusieurs services interviennent,
- **CH** : contrôle réalisé par un hiérarchique, il intervient le plus souvent après un contrôle permanent et ne fait pas toujours l'objet d'un enregistrement,

- CL : contrôle logiciel automatique.

Ces contrôles de premier niveau sont effectués par :

- Chaque collaborateur dans le cadre de ses activités quotidiennes ;
- Des responsables hiérarchiques ;
- D'autres services intervenant sur des processus transversaux ; et,
- L'outil informatique qui alertera sur d'éventuelles incohérences.

Ils sont sous la responsabilité du responsable hiérarchique qui assure l'enregistrement des contrôles, l'identification et la mise en place des actions correctives.

Le contrôle de 2^{ème} niveau - les lignes de maîtrise des fonctions supports

Les décisions en matière de contrôle interne sont relayées par le management opérationnel et notamment les directions des mutuelles. Plus spécifiquement, le dispositif de contrôle interne va s'appuyer sur :

- La direction des ressources humaines en charge de la gestion des compétences et de la répartition des responsabilités (ex : le référentiel des fonctions),
- Les compétences juridiques qui veillent au respect des dispositions légales,
- La direction des systèmes d'information qui déploie des moyens visant à assurer la fiabilité, la sécurité et la disponibilité des outils informatiques,
- La direction financière qui est un acteur clé du contrôle interne comptable et financier,
- La direction des risques qui supervise le système de gouvernance et le contrôle de gestion.

Le contrôle de 3^{ème} niveau – l'audit interne

La fonction clé audit interne assure un contrôle périodique et a pour mission d'évaluer le dispositif de contrôle interne.

B.4.1.2 Un dispositif piloté par le contrôle interne, avec l'aide de nombreux acteurs

Le conseil d'administration a délégué à la direction générale la mise en place du dispositif de contrôle interne. Pour cela :

- Chaque responsable de procédure, sous la responsabilité de son directeur, est responsable de la mise en œuvre effective du dispositif de contrôle interne sur la procédure qu'il porte.
- Le service de contrôle interne, sous la responsabilité du directeur des assurances, définit et pilote le dispositif. Il porte 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.

Pour mener à bien ces missions, le service du contrôle interne se fait accompagner (régulièrement ou ponctuellement) par les spécialistes de la gestion des risques spécifiques que sont la fonction clé conformité, le RSSI¹⁵, le DPO¹⁶, le référent LCB-FT. Il reporte directement à la fonction clé risques.

La fonction clé audit interne par l'application de son plan d'audit, évalue ce dispositif et émet des recommandations visant à l'améliorer.

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. Ce plan dresse et planifie pour l'année les domaines et activités qui feront l'objet d'une vérification de conformité. La fonction clé vérification de la conformité bénéficie à ce titre des moyens et ressources nécessaires ainsi que de la coopération des collaborateurs en charge des thématiques vérifiées.

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.

Par ailleurs, la fonction clé vérification de la conformité émet et diffuse une veille juridique permettant d'anticiper et d'analyser les évolutions réglementaires, d'en mesurer les impacts sur les activités exercées au sein de la Mutuelle et de s'assurer de leur implémentation opérationnelle, notamment au travers du service de contrôle interne et de ses référents.

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.

¹⁵ Responsable de la sécurité des systèmes d'information

¹⁶ Délégué à la protection des données

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 la Mutuelle 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.

La Mutuelle 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 clé audit interne procède à l'évaluation périodique des processus tels qu'ils existent au sein de La Mutuelle. 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, etc.),
- 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 la Mutuelle.

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 la Mutuelle.

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.

La préparation d'une grille d'audit permet aussi de lister l'ensemble des objectifs attendus, qui feront l'objet d'un contrôle lors des travaux d'audit.

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 la Mutuelle.

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.

Un suivi de la mise en œuvre des recommandations de la Mutuelle est présenté régulièrement au comité d'audit par la fonction clé audit interne.

Le comité d'audit doit rendre compte du suivi des recommandations au conseil d'administration de la Mutuelle dont la mise en œuvre relève de sa responsabilité.

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

La fonction clé actuarielle de la Mutuelle a été confiée à l'UMG Solimut Mutuelles de France. Cette fonction clé est incarnée par la responsable de l'actuariat du groupe Solimut. Elle est hiérarchiquement rattachée à la direction générale du groupe.

Elle rend compte annuellement aux dirigeants effectifs et conseils d'administration du groupe et de l'ensemble des mutuelles, de son avis technique en rédigeant notamment un rapport actuariel reprenant les quatre grands points d'attention que sont la souscription, le provisionnement, la réassurance et la qualité des données.

Il est à noter que l'UMG Solimut Mutuelles de France ayant voté sa dissolution le 15 décembre 2021, la Mutuelle a entrepris de réinternaliser cette fonction clé, suite à une décision du Conseil d'Administration du 14 janvier 2022. Le processus de validation de la nouvelle organisation est en cours auprès de l'ACPR.

B.6.2 Travaux liés à la fonction actuarielle

La fonction actuarielle apporte un second regard sur les travaux de provisionnement qui sont réalisés par les mutuelles affiliées. Ce sont en effet, les services de chacune des mutuelles qui produisent les calculs de provisions

en coordination avec les services du Groupe pour la méthodologie. La fonction clé intervient en support et en second regard, en effectuant des vérifications des calculs réalisés sur la base des données transmises.

Pour le calcul des provisions techniques en santé – frais de soin, une méthode groupe a été retenue, à savoir 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. Ces études peuvent être basées sur les analyses menées par la Mutuelle ou bien sur les analyses issues des chiffres transmis.

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 et pour les mutuelles affiliées. Les mutuelles et les responsables de process au sein des mutuelles restent en responsabilité sur ce sujet mais avec l'appui du Groupe.

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 qui s'est réuni deux fois en 2021. 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. C'est le cas en particulier cette année, avec la mesure de l'impact de la mise en place de la réforme du 100% santé. Les études de la fonction actuarielle ont permis de montrer très rapidement que la réduction attendue par cette réforme des prestations en optique n'a pas eu lieu - le panier RAC 0 étant peu choisi, et les tarifs des verres en tarif libre ayant augmenté - alors que sur le dentaire et l'audio la réduction effective des restes à charge a été financé dans une très large mesure par les mutuelles, plus que par les professionnels de santé (les hausses de fréquence et d'actes ayant compensé les baisses de coûts unitaires sur certains actes).

La fonction clé actuarielle peut également être amenée à intervenir lors de comité produits ou de souscription au sein des mutuelles affiliées, afin d'apporter un éclairage complémentaire technique.

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.

Le constat fait pour le provisionnement se place dans un contexte de mise en place de l'arrêté des comptes anticipé. En santé, une étude boni/mali a permis de conforter les résultats des calculs de provisions réalisés. La fonction clé complète son analyse au travers de différentes méthodes de calcul complémentaires à celles produites par la mutuelle. Les différentes méthodes de provisionnement testées (Chain Ladder, Bornhuetter Ferguson, Benktander) aboutissent à des ordres de grandeur similaires en terme de provisionnement.

En prévoyance, un changement méthodologique sur la méthodologie d'estimation des PSI (provisions pour sinistres inconnus) a conduit à un reprovisionnement significatif en 2018. Depuis les PSI sont estimés sur la base de triangle de liquidation historique, et permet une estimation plus précise de la charge à venir. La mise en place d'une formalisation des choix méthodologiques utilisés en prévoyance, le renforcement des contrôles de

cohérence mis en place dans le cadre de la politique de qualité des données et l'amélioration de la piste d'audit des calculs, ont contribué à l'amélioration du calcul des réserves en prévoyance. Depuis 2019, la Mutuelle ne constate plus de mali significatifs dans le déroulé de ses réserves prévoyance.

En vision prudentielle, les travaux sont réalisés sous Addactis. Les hypothèses et données retenues ont été documentées, ce qui a permis là aussi une meilleure validation des choix retenus.

La réconciliation des bilans entre les vision comptable (Solvabilité 1) et prudentielle (Solvabilité 2) montre que :

- Il n'y a pas d'écarts dans le montant total des réserves, et seuls des changements de répartitions, documentés et justifiés existent ;
- Les montants de provisionnement en *best estimate* sont cohérents avec ceux obtenus en vision comptable.

L'analyse de la qualité des données faite montre que les mutuelles du groupe, dont Solimut Mutuelle de France, ont conduit des travaux sur la qualité des données, à travers la mise en place de contrôles automatiques et de la documentation des retraitements faits sur les données. Ces travaux permettent d'avoir une fiabilité plus importante des données et une meilleure traçabilité. Des travaux plus amont sur la formalisation des dictionnaires de données et la notation formelle de la qualité des données pourraient être engagés afin de renforcer encore cette tendance.

Concernant les résultats et la souscription, le portefeuille de la Mutuelle est engagé dans une amélioration de son ratio P/C¹⁷ depuis plusieurs années. Cette amélioration est le résultat des choix de souscription faits par la Mutuelle : les travaux de retarification / résiliation des dossiers en perte, le renforcement de la politique de souscription et un meilleur suivi technique des comptes de résultats ont permis d'aboutir à cette tendance constatée dans les résultats. Compte tenu de l'environnement concurrentiel actuel (renforcement des contrats collectifs, prépondérance des critères de prix dans la notation des appels d'offre, politique de dumping de certains acteurs de la complémentaire santé) et du besoin de financement lié à la mise en place de la réforme du 100% santé en 2021, la Mutuelle devra continuer à être attentive à maintenir ce pilotage.

Enfin concernant la réassurance mise en place, le schéma proposé est en adéquation avec les besoins de la Mutuelle, à savoir une atténuation de la volatilité liée au risque prévoyance (couvertures XS) et l'optimisation de son besoin en capital.

B.7 Sous-traitance

La Mutuelle, en accord avec les 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 Solvabilité 2, 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 dispose d'une politique écrite relative à la gestion de l'externalisation qui reprend l'ensemble des dispositifs organisationnels et règles mis en place pour éviter de :

- Compromettre gravement la qualité du système de gouvernance de l'entité concernée,
- Accroître indûment le risque opérationnel,

¹⁷ Ratio prestations sur cotisations

- Compromettre la capacité des autorités de contrôle à vérifier que l'entité concernée se conforme bien à ses obligations,
- Nuire à la qualité d'un service satisfaisant.

La Mutuelle est responsable des activités externalisées, tant vis-à-vis de ses 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 activités externalisées qui sont susceptibles de rentrer dans le champ d'application de la directive sont celles ayant trait aux activités d'assurance ou de réassurance ainsi que les opérations d'externalisation.

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 tutelle, le cas échéant.

B.7.1 Activités externalisées

La Mutuelle 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, permettent de répondre 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, pour chaque prestataire, la désignation d'un responsable opérationnel en lien avec le responsable en charge du suivi de l'externalisation.

Leurs compétences doivent s'appuyer sur des connaissances :

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

Leurs 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 le cas échéant 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.

Le reporting du prestataire peut, par exemple, comporter le suivi des indicateurs suivants :

- Le délai de traitement de réponse aux demandes,
- Le délai de la gestion des activités externalisées,
- Le taux d'erreur dans la gestion de l'activité externalisée (contrôle interne du prestataire et contrôle interne de la Mutuelle),
- Les données statistiques de consommation moyenne par famille et/ou par acte,
- Les données statistiques par montant des prestations, par code acte et/ou par professionnel de santé.

Il est également prévu de mettre en place un suivi des flux financiers en respectant les contraintes réglementaires, notamment en ce qui concerne la clôture des comptes.

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

Par ailleurs, il est prévu de suivre l'évolution du volume traité par le prestataire et de valider tous les ans, la bonne adéquation entre le volume géré et l'acceptation de dépendance de l'entité vis-à-vis de son prestataire.

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

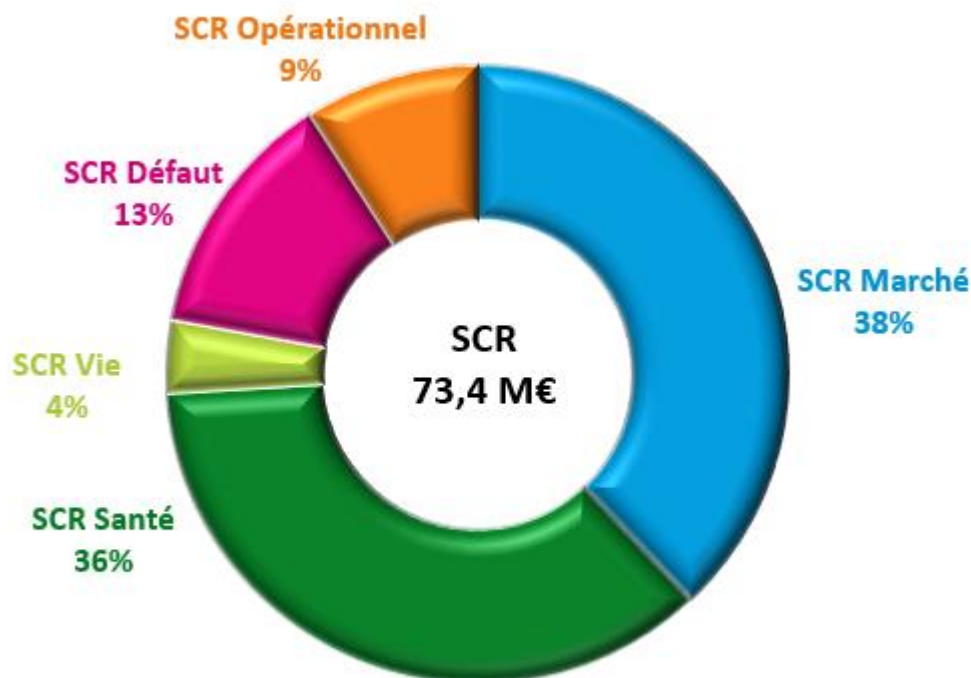
Le profil de risque correspond à l'ensemble des risques auxquels la Mutuelle est exposée, la quantification de ces expositions et les mesures de protection pour faire face à ces risques.

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 décembre 2021, la distribution des risques de la Mutuelle qui émane des groupements et quantifications prévus par la formule standard est la suivante :



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

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 (36%) et les risques de marché (38%).

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).

Le risque de souscription est principalement lié :

- Au processus de tarification pouvant conduire à une sous-évaluation des cotisations destinées à couvrir les charges et les sinistres ;
- A une dérive de sinistralité et de coût conduisant à l'augmentation des engagements de l'assureur ;
- Aux engagements pris par l'assureur en termes de plafonnement tarifaire et/ou de maintien des tarifs.

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 2021, 40% de l'exposition totale, avant bénéfice de diversification, soit 39,4 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 [LoB¹⁸ 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 79% de l'exposition au sein du SCR Santé, avant bénéfice de diversification, soit un capital règlementaire de 32,4 M€. Il concerne les frais de soins, ainsi que l'incapacité de travail, l'invalidité en attente et des garanties spécifiques annuelles dont les prestations ont un coût global inférieur à 5 000 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).

¹⁸ Line of business ou lignes d'activités

Le **risque de souscription Santé SLT** (similaire au risque Vie) concerne l'invalidité. Il ne s'agit pas d'un risque principal pour la Mutuelle. Il représente 1% de l'exposition au sein du SCR Santé à fin 2021 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 20% de l'exposition au sein du SCR Santé à fin 2021 avant bénéfice de diversification, soit un capital règlementaire de 8,3 M€.

Au global, le risque de souscription santé (SLT et NSLT) représente 36% de l'exposition aux risques à fin 2021, avant diversification, soit un capital règlementaire de 35,6 M€.

La Mutuelle 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	2021	
	Capital requis (SCR)	En %*
Risque SLT	0,4 M€	1%
Risque non SLT	32,4 M€	79%
Risque CAT	8,3 M€	20%
Bénéfice de diversification	-5,5 M€	
SCR santé	35,6 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% de l'exposition totale aux risques à fin 2021, avant bénéfice de diversification, soit un capital règlementaire de 3,8 M€. Au travers de son activité, la Mutuelle est principalement exposée au risque de mortalité, suivi du risque frais et du risque de morbidité :

- Risque de mortalité : risque d'augmentation des provisions techniques dû à une hausse du taux de mortalité ;
- Risque de frais : risque d'une variation du niveau, de la tendance ou de la volatilité des frais d'assurance ou de réassurance, retenus dans le calcul des provisions techniques ;
- Risque de morbidité : risque de pertes dues à des changements de niveau, de tendance ou de volatilité du taux d'incidence ou d'inflation médicale, par rapport aux hypothèses retenues.

Pour rappel, les autres risques de souscription Vie sont :

- Risque de longévité : risque d'une diminution de la mortalité par rapport aux hypothèses retenues ;
- Risque de rachats : risque engendré par la variation des taux de rachat, de résiliation, de réduction ;
- Risque catastrophe : risque engendré par les événements extrêmes qui ne sont pas appréhendés dans les sous risques précédents.

Décomposition du risque de souscription des garanties vie	2021	
	Capital requis (SCR)	En %*
Risque de mortalité LIFE	3,0 M€	57%
Risque de longévité LIFE	0,3 M€	6%
Risque de morbidité LIFE	0,8 M€	15%
Risque de rachat LIFE		0%
Risque de frais LIFE	0,9 M€	17%
Risque de révision LIFE	0,0 M€	0%
Risque CAT LIFE	218 K€	4%
Bénéfice de diversification	-1,5 M€	
SCR vie	3,8 M€	

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

Risque de souscription Non-Vie

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

Au regard des garanties qu'elle propose, la Mutuelle peut décomposer son activité selon les lignes d'activités (LoB) suivantes définies :

Numéro LoB	Line of Business	Cotisations acquises Solimut Mutuelle de France	Poids
1	Frais Médicaux	104,56 M€	74,53%
2	Protection des revenus	19,72 M€	14,06%
13	Réassurance de frais médicaux proportionnelle	0,10 M€	0,07%
29	Assurance santé - SLT	0,78 M€	0,56%
30	Assurance avec participation aux bénéficiaires	13,76 M€	9,81%
32	Autre Assurance Vie	1,37 M€	0,97%
33	Rentes - SLT	0,00 M€	0,00%
Total		140 M€	100%

Les cotisations présentées dans ce tableau sont nettes de réassurance.

L'évolution des poids selon les LoB provient principalement de la revue du périmètre de réassurance en QP. La ligne d'activité « Frais médicaux » LoB 1 est inférieure à 2020, du fait du pilotage des contrats santé de la Mutuelle avec fond de stabilité. Cela est à prendre en compte dans la lecture des lignes d'activité du portefeuille de la Mutuelle, du fait du caractère ponctuel de ces éléments sur 2021.

C.1.2 Concentration associée au risque de souscription

Le profil de risque général de la Mutuelle montre une forte concentration du risque de souscription sur la Santé, qui correspond à 36% de la somme des SCR avant diversification, contre 4% pour la Vie.

Le risque santé est lui-même porté majoritairement par le risque NSLT (qui correspond à 79% 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 reporting élaborés régulièrement et présentés à la direction et au conseil d'administration.

- Les indicateurs trimestriels concernent les indicateurs par familles de contrat et des indicateurs par familles d'acte. Si la production trimestrielle de ces derniers n'est pas soumise à une obligation réglementaire spécifique, elle répond à un besoin interne de suivi du risque et de la rentabilité de la Mutuelle.
- La clôture technique semestrielle nécessite l'évaluation des provisions et est réalisée dans le cadre de la production du compte de résultat de la Mutuelle.
- L'élaboration annuelle des comptes de résultats techniques des contrats répond à une obligation du Code de la mutualité et constitue la base des travaux sur les évolutions tarifaires (encadrées contractuellement).

Les principaux indicateurs analysés sont :

- L'évolution du portefeuille en terme de nombre d'adhérents et montant de cotisations ;
- Le rapport P/C (Prestations/Cotisations) brut et net de chargement ;
- L'évolution des prestations et coûts moyens par familles d'actes/risques ;
- L'évolution des charges ultimes à chaque clôture réalisée permettant de mesurer les écarts entre les provisions estimées et les prestations constatées (boni-mali) et anticiper les résultats de l'année ;
- Le résultat technique par contrat permettant d'identifier une dérive sur un contrat.

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 la Mutuelle ne montre pas de signal d'alerte.

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

- 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 offre et souscription, 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 ;
- Estimant la dérive du risque sur les exercices suivants ;
- Tenant compte des besoins de marge de la Mutuelle.

La politique de provisionnement de la Mutuelle s'inscrit dans le cadre général de la politique de gestion des risques.

Elle a pour objectif d'établir le cadre de calcul des provisions techniques santé et prévoyance de manière à assurer son efficacité, son efficacité et sa conformité à la réglementation en vigueur. Elle décrit ainsi les spécificités propres des mécanismes d'extraction et de traitement des données, de calculs, d'analyse ainsi que la gouvernance liée au provisionnement.

Elle est définie en conformité avec les objectifs stratégiques de la Mutuelle déterminés par les organes d'administration.

Le processus de provisionnement inclut notamment une revue par le responsable de fonction clé 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. Le principal traité de réassurance pour le portefeuille de la Mutuelle est négocié par le courtier en réassurance Guy Carpenter.

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.

Afin d'atténuer le risque pris en matière de souscription, la Mutuelle a mis en place plusieurs mesures :

- D'une part les mesures prises dans le cadre du plan de redressement et déjà évoquées : une politique de souscription plus stricte, des chargements rehaussés pour être en adéquation avec les frais réels de la mutuelle et les risques portés sur chacun des contrats, ou encore les résiliations de contrats déficitaires ;
- Au-delà de ces mesures, la Mutuelle a également mis en place un programme de réassurance en santé et en prévoyance. Ce traité en quote-part permet à la Mutuelle d'atténuer les risques portés en souscription et de se prévenir contre la volatilité des résultats pouvant exister en prévoyance collective ;
- Enfin, des mesures d'atténuation existent sur les contrats santé avec fond de stabilité. Une part significative des excédents / pertes techniques y sont reversés. Ces fonds de stabilité sont aujourd'hui proches de leur plafond contractuel, du fait de deux derniers exercices excédentaires, et peuvent donc jouer le rôle d'amortisseur en cas de variations du risque.

En termes de politique de souscription, la Mutuelle se fixe les objectifs suivants :

- S'assurer que la tarification établie est faite sur la base de méthodes prudentes ;
- Fiabiliser des données utilisées dans le cadre des calculs de tarification ;
- Vérifier la cohérence de la tarification proposée en fonction de l'existant et de l'historique sur un périmètre comparable ;

- Etablir un circuit opérationnel cohérent et efficace de prise de décision pour l'application de la tarification.

Annuellement, la Mutuelle vérifie a posteriori le caractère prudent et l'adéquation des cotisations effectivement perçues au regard des risques réellement couverts.

Le responsable de fonction clé actuarielle vérifie la façon dont le risque de souscription est maîtrisé et si les objectifs fixés sont atteints.

Il rend compte de cela et émet un avis global sur la politique de souscription, ainsi que sur l'activité de l'exercice dans son rapport actuariel. Il formule en particulier son avis sur l'adéquation des cotisations perçues au regard des engagements couverts et des risques attachés. Ce rapport permet de nourrir la réflexion liée à la mise à jour et à l'adaptation de la politique de souscription.

Mesure du risque de souscription

Le risque de souscription se mesure tout au long de la vie d'un produit que ce soit au niveau de sa tarification que du suivi de sa sinistralité.

Le risque de tarification peut provenir de facteurs de risques suivants :

- Les hypothèses retenues pour la tarification ;
- La structure tarifaire de l'offre, ou du produit ;
- La structure et le niveau de couverture ;
- Les modalités de distribution du produit ;
- Les modalités d'adhésion et de sélection médicale.

L'ensemble de ces facteurs de risques doit par ailleurs être appréhendé différemment en fonction du risque couvert (santé/prévoyance) mais également du caractère collectif (obligatoire/facultatif) ou individuel du produit.

Sur ce point, la Mutuelle est particulièrement attentive aux dossiers collectifs (santé/prévoyance) en sur-mesure qui réclament des engagements forts en termes d'efforts tarifaires et de maintien des tarifs, le tout dans un contexte d'évolutions régulières de l'environnement concurrentiel, législatif et réglementaire.

Les garanties standardisées individuelles et collectives présentant quant à elles un profil de risque de souscription atténué. Les hypothèses liées aux baisses des effectifs, qui pourraient impacter la mutualisation de nos produits, doivent tout de même être prises en compte dans le cadre de la surveillance du portefeuille.

A cet effet, la Mutuelle a déployé un ensemble de dispositifs permettant d'encadrer le risque de souscription.

Maitrise du risque de souscription

Cadre général d'atténuation du risque

La maitrise du risque de souscription s'est faite au travers de nombreuses mesures mises en place chez la Mutuelle :

- Un cadre de risque revu annuellement déterminant l'appétence et la tolérance au risque de la mutuelle, en lien avec la stratégie commerciale ;
- Des traités de réassurance permettant de couvrir tout ou partie de la charge de sinistre ;
- La maitrise de son portefeuille par sa rationalisation et son suivi du renouvellement ;
- Des politiques de souscription, de gouvernance des produits, de réassurance, de provisionnement et de qualité des données.

Mise en application des politiques écrites

Politique de souscription

Afin de maîtriser les risques évoqués, la Mutuelle a défini une politique de souscription qui contribue au système de gestion des risques. Cette politique est complétée par un guide de souscription spécifiquement élaboré pour les souscriptions collectives.

La politique de souscription permet ainsi d'encadrer :

- La conception des nouveaux produits en lien avec la politique de gouvernance des produits ;
- Les éléments de mesure du risque de souscription ;
- La comitologie mise en place ;
- Le suivi du portefeuille et son renouvellement ;
- La rationalisation du portefeuille.

Politique de provisionnement

La politique de provisionnement de la Mutuelle s'inscrit dans le cadre général de la politique de gestion des risques. Elle a pour objectif d'établir le cadre de calcul des provisions techniques santé et prévoyance de manière à assurer son efficacité, son efficacité et sa conformité à la réglementation en vigueur. Elle décrit ainsi les spécificités propres des mécanismes d'extraction et de traitement des données, de calculs, d'analyse ainsi que la gouvernance liée au provisionnement.

Cette politique, mise en œuvre par la responsable du pôle Actuariat, est déclinée dans les processus et procédures opérationnelles de la mutuelle.

Elle est définie en conformité avec les objectifs stratégiques de la Mutuelle déterminés par les organes d'administration.

Politique de réassurance

La politique de réassurance décrit les spécificités propres des produits, de la stratégie et de la gouvernance de la Mutuelle en intégrant les objectifs et orientations définies.

La maîtrise du risque de réassurance permet de réduire ou d'atténuer le risque de souscription. En effet, les programmes de réassurance de la Mutuelle participent, avant tout, au dispositif de maîtrise du risque du fait de la diminution des risques financiers encourus. Les programmes de réassurance de la Mutuelle permettent de réduire ou d'atténuer le risque de souscription également à travers l'obligation de mise en place de procédures de souscription rigoureuses et du double regard sur la politique de souscription.

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.

Politique de qualité des données

La qualité des données est appréciée au sein de la mutuelle, conformément aux termes de l'article 19 des actes délégués, selon les 3 critères suivants :

- Exhaustivité :

- Les données incluent suffisamment d'informations historiques pour qu'il soit possible d'apprécier les caractéristiques des risques sous-jacents et de dégager des tendances d'évolution des risques ;
- Des données sont disponibles pour chacun des groupes de risques homogènes utilisés dans le calcul des provisions techniques, et aucune donnée pertinente n'est exclue de ce calcul sans justification.
- Exactitude :
 - Les données sont exemptes d'erreurs importantes ;
 - Les données provenant de périodes de temps différentes, mais utilisées aux fins de la même estimation, sont cohérentes ;
 - Les données sont enregistrées en temps utile et de manière cohérente dans la durée.
- Caractère approprié :
 - Les données sont adaptées aux fins pour lesquelles elles doivent être utilisées ;
 - Le volume et la nature des données sont propres à garantir que les estimations formulées sur leur fondement pour le calcul des provisions techniques ne sont pas entachées d'une erreur d'estimation importante ;
 - Les données sont cohérentes avec les hypothèses sous-tendant les techniques actuarielles et statistiques qui leur sont appliquées pour le calcul des provisions techniques ;
 - Les données reflètent adéquatement les risques auxquels la Mutuelle est exposée au regard de ses engagements ;
 - Les données ont été collectées, traitées et appliquées de manière transparente et structurée sur la base d'une procédure documentée ;
 - La Mutuelle veille à ce que ses données soient utilisées de manière cohérente dans la durée pour le calcul des provisions techniques.

Comitologie

Dans le cadre du risque de tarification, des comités de souscription sont mis en place de manière hebdomadaire afin d'étudier l'opportunité de positionnement de la mutuelle sur un dossier ainsi que l'impact sur la marge technique ; l'objectif étant une marge technique excédentaire.

Les motifs et seuils de déclenchement du comité sont définis dans la politique de souscription en fonction du risque (santé/prévoyance), les garanties de prévoyance constituant l'exposition principale aux risques liés au provisionnement et donc à des engagements à long termes.

Enfin, en ce qui concerne la maîtrise de la sinistralité, le suivi est opéré chaque année par un comité de renouvellement. Les réunions de ce comité ont pour objectif d'assurer la maîtrise de l'équilibre entre les tarifs et les garanties proposées dans le cadre d'un dispositif annuel de surveillance du portefeuille.

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.

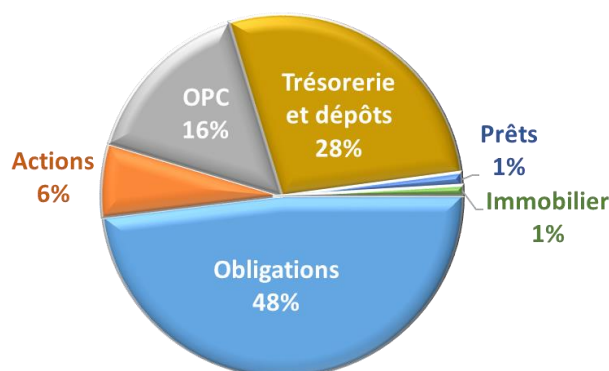
C.2 Risque de marché

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 2021, le portefeuille de placements de la Mutuelle s'élève à 312,2 M€ en valeur de marché pied de coupon et se décompose, avant mise en transparence des OPC, comme suit :



Il est constitué pour moitié de titres vifs obligataires (48%).

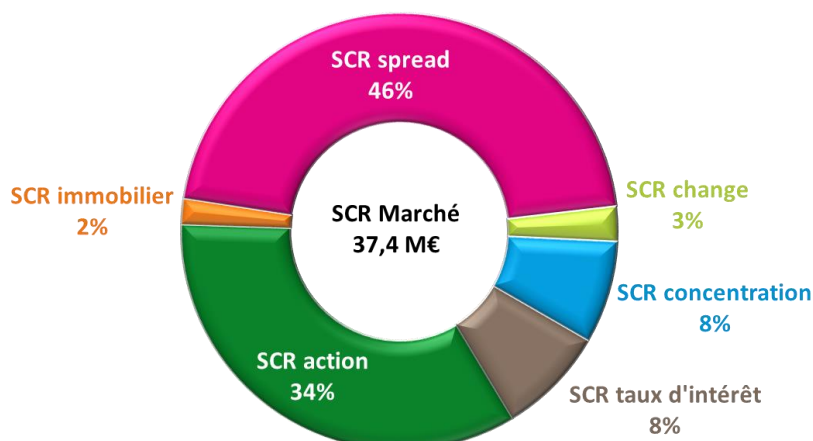
La Mutuelle conserve par principe de prudence un montant significatif d'actifs liquides ou disponibles à très court terme (28%) soumis à des risques de défaut de contrepartie pour se prémunir de tout risque de liquidité.

C.2.2 Mesure du risque de marché et concentration associée

Le SCR Marché de la Mutuelle s'élève à 37,4 M€, en augmentation de 1,8 M€ (35,7 M€ en 2020) sous l'effet de la hausse du SCR Action. Le SCR Marché représente 38% (versus 35% en 2020) de la somme des composantes des SCR de la formule standard.

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

En raison de la nature de ces investissements, les deux principaux sous-modules contributeurs sont le risque sur actions et le risque de spread, qui représentent à eux deux 80% du SCR Marché avant diversification, comme illustré ci-dessous :



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 46% (versus 48% en 2020) de la somme des composantes du SCR Marché 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'EEE¹⁹ non soumises au risque de spread et avant mise en transparence des OPC, représentent 45% du portefeuille.

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 8% (contre 19% en 2020) du SCR de marché.

La baisse du SCR Taux en 2021 est liée à :

- La réorientation en exposition action, au détriment de l'exposition en produits de taux, dans les OPC gérés par les mandataires pour bénéficier de la hausse des marchés actions en 2021 ;
- La prise en compte de la distinction entre la sensibilité taux et la sensibilité crédit pour les obligations disposant d'un taux d'intérêt variable.

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 34% (versus 23% en 2020) de la somme des composantes du SCR Marché.

Les actions ordinaires non cotées, les parts de SCI détenues minoritairement par la Mutuelle et les parts dans des OPC non cotés sont les actifs qui contribuent au SCR Action.

La hausse du SCR Action en 2021 est liée principalement à :

- La réorientation en exposition action dans les OPC gérés par les mandataires ;
- L'augmentation de 7,4% de la pénalité action sous l'effet de l'évolution de l'ajustement symétrique (+6,9% en 2021 vs -0,5% en 2020) ;

Risque immobilier

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

¹⁹ Espace économique européen

Le SCR requis au titre du risque immobilier représente 2% (2% également en 2020) de la somme des composantes du SCR Marché.

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 seulement 3% (versus 1% en 2020) 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 8% (contre 7% 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.

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 au comité des risques : évolution de l'allocation d'actif, indicateurs de performance et de risque, suivi de l'appétence liés aux investissements, etc. ;
- La situation des placements est suivie mensuellement via un reporting communiqué 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.

Ces règles permettent de :

- Maintenir la diversification, la disponibilité, la liquidité et la sécurité des placements ;
- Bénéficier de revenus financiers stables et récurrents ;
- Disposer de la mise en transparence des OPC ;
- Se conformer à la gestion actif / passif de la Mutuelle en matière de durée cible des investissements ;
- Piloter et maîtriser les risques de concentration, spread, taux et change.

Il résulte de cette matrice de limites la garantie :

- D'une sécurité, d'une qualité, d'une disponibilité et d'une liquidité des instruments financiers souscrits ;
- D'une diversification importante et un nombre d'émetteurs élevé en portefeuille ;
- De versements stables et réguliers de produits financiers.

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.

Sequantis a conclu un accord contractuel avec les trois principales agences de notations (Standard & Poor's, Fitch Ratings et Moody's) et a accès aux notations de toutes les autres agences autorisées.

Le prestataire applique des tables de correspondance pour remplacer les notations classiques (AAA à D) par des échelons de qualité de crédit, appelés CQS²⁰, allant de 0 à 7.

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, en limitant :

- Les souscriptions dans des fonds non cotés dont le remboursement des montants engagés est non garanti ;
- Les investissements des mandataires dans des titres dits « *high yield* » souscrits en direct ou par l'intermédiaire d'OPC.
- Le SCR Spread à un plafond pour toute nouvelle souscription d'un titre vif obligataire 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.

²⁰ CQS : Credit Quality Steps.

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.

Avant le stockage définitif dans Insight de la position mensuelle des actifs, la Direction des Assurances procède à plus de 1 000 contrôles de cohérence des données en rapprochant les informations transmises par les mandataires avec celles alimentées dans Insight par Sequantis.

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° 575/2013, y compris des swaps de liquidité.

C.2.4 Sensibilité au risque de marché

Le suivi de la résistance de la solvabilité de la Mutuelle aux risques de marché est effectué au travers d'analyses de sensibilités financières sur le dernier exercice clos, notamment à partir de la publication mensuelle par l'EIOPA de la courbe des taux sans risques et de l'ajustement symétrique au choc action, et de stress tests sur l'horizon de projection du business plan, dont les résultats les plus significatifs sont présentés dans le rapport ORSA.

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 12,9 M€ au 31 décembre 2021, dont 3,6 M€ pour les contreparties de type 1 et 9,9 M€ pour celles de type 2 :

SCR Défaut de contrepartie	2021	
	Capital requis (SCR)	En %*
Défaut de type 1	3,6 M€	27%
Défaut de type 2	9,9 M€	73%
Bénéfice de diversification SCR	-0,7 M€	
SCR Défaut	12,9 M€	

La Mutuelle est particulièrement exposée au risque de crédit pour les expositions de type 2 qui représente 73% du SCR Défaut global :

	Montant net	Probabilité de défaut ¹	Contribution SCR Défaut ¹	Part du SCR Défaut global ²
Créances type 1	90,4 M€	4,0%	3,6 M€	27%
<i>Cash et dépôts</i>	<i>74,8 M€</i>	<i>4,2%</i>	<i>3,2 M€</i>	<i>23%</i>
<i>Réassurance</i>	<i>15,6 M€</i>	<i>2,8%</i>	<i>0,4 M€</i>	<i>3%</i>
Créances type 2	40,2 M€	24,7%	9,9 M€	73%
<i>De moins de 3 mois</i>	<i>35,0 M€</i>	<i>15,0%</i>	<i>5,2 M€</i>	<i>39%</i>
<i>De plus de 3 mois</i>	<i>5,2 M€</i>	<i>90,0%</i>	<i>4,7 M€</i>	<i>35%</i>
<i>Diversification</i>			<i>-0,7 M€</i>	
SCR Défaut de contrepartie	130,6 M€	9,8%	12,9 M€	

Expositions de type 1 monétaire (cash et dépôts)

L'assiette d'actifs soumis au risque de défaut de contreparties monétaires (74,8 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.

Le risque lié aux contreparties monétaires représente l'essentiel du SCR Défaut type 1 et 23% du SCR Défaut global avant diversification. La probabilité estimée de défaut (coût en capital moyen) de ces actifs est relativement faible (4%).

Expositions de de type 1 réassurance

La réassurance est une technique de partage des risques permettant une répartition verticale.

La Mutuelle accepte de porter l'intégralité du risque et cède, tout ou une partie du risque, à des réassureurs qui peuvent être des spécialistes ou des assureurs.

La réassurance présente de nombreux intérêts : elle permet de stabiliser les revenus, d'accroître la capacité de souscription en économisant le besoin en capital requis, d'optimiser le développement, de profiter de l'expertise d'un réassureur, etc.

La Mutuelle peut faire appel à de la réassurance « technique » (proportionnelle ou non proportionnelle pour couvrir les risques de pointe, de catastrophe et attritionnels) et de la réassurance « commerciale » (par exemple en renforçant un partenariat commercial en partageant le risque ou en renforçant nos capacités de gagner un appel d'offre en s'associant à un autre acteur).

Le risque de défaut des contreparties de réassurance représente 3% du SCR Défaut global avant diversification.

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 2021, 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 73% 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.

Pour maîtriser le risque lié aux expositions monétaires, la Mutuelle :

- Veille à la qualité et à la fiabilité des contreparties monétaires en suivant leur solidité financière via le ratio de solvabilité ou la notation ;
- Est attentive à la diversification en matière de partenariats bancaires et financiers, afin d'éviter une concentration importante sur les contreparties individuelles dans le cadre du risque de défaut de type 1.

Expositions de réassurance

Le suivi des risques liés aux expositions de réassurance est réalisé par le service Actuariat qui élabore et pilote le protocole technique et financier, avec le soutien du service Offre et Souscription. Le pôle Modélisation réalise la mesure d'impact sur le SCR du programme de réassurance retenu, et intervient en cas d'ajustement du programme pour anticiper les effets sur le ratio de Solvabilité.

Le protocole définit les modalités de collectes d'informations, fixe les modalités d'établissement des comptes de résultat et doit permettre à la Mutuelle de disposer des éléments nécessaires pour suivre les risques qu'elle couvre et répondre aux exigences réglementaires. Le protocole doit prévoir les collectes d'informations à une fréquence adaptée aux risques que couvre la Mutuelle, à minima une fois par an, idéalement trimestriellement.

Les éléments suivants sont réalisés au moins une fois par an :

- Etat des lieux de la sinistralité devant être pris en charge par le réassureur ;
- Comptes de résultat de réassurance ;
- Comptes de Participation bénéficiaire ;
- Evaluation globale des gains ou coût de réassurance.

Les éléments de maîtrise du risque de contrepartie sur les réassureurs sont définis dans la politique de réassurance de la Mutuelle. La politique décrit l'évaluation et le choix du programme de réassurance et prévoit des règles de sélection des réassureurs.

Ces règles internes visent à atténuer le risque de contrepartie, notamment :

- Lors de la souscription, l'étude des principales caractéristiques des traités de réassurance : les taux de cession, de commission, de participation aux bénéfices, la franchise et la limite annuelles, etc. En fonction

de ces éléments, une estimation globale du compte de résultat du portefeuille qu'aborde le traité de réassurance est réalisée pour évaluer l'impact sur le portefeuille de la Mutuelle ;

- Sauf exception, une notation des réassureurs a minima égale à A (ou un ratio de solvabilité équivalent) ;
- La possibilité de « garanties » supplémentaires par les réassureurs de leurs engagements sous forme de dépôt espèces ou de nantissements de comptes titres chez un dépositaire ;
- La mention dans les traités souscrits des conditions de tenue des comptes de réassurance ;
- Idéalement, l'inclusion dans le traité de la description des flux de trésorerie et les délais de règlement du réassureur.

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 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'avoires, 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 2021.

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 2021, 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 10 994 475 €.

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, avec l'aide des responsables de processus, selon une méthodologie précise et formalisée. Une fois identifié et évalué, chaque risque est rapproché du dispositif de maîtrise des risques associé. Le risque est alors réévalué au regard de l'efficacité de ce dispositif.

Dans le cadre de son adhésion au Groupe Solimut Mutuelles de France, la Mutuelle avait engagé une refonte de son dispositif historique (géré dans le logiciel Valdys) sur la base du modèle proposé par le Groupe. L'arrêt programmé du maintien du logiciel Valdys a encouragé la Mutuelle à continuer et à accélérer cette refonte, malgré la dissolution du groupe.

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 2 ;
- 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

C.5.3.1 Le dispositif historique

La méthode d'évaluation des risques a été définie en prenant en compte les critères suivants :

- La criticité du risque, calculée en fonction de la fréquence, la détectabilité et la gravité potentielle de celui-ci ;
- Les mesures de maîtrise existantes conférant à la Mutuelle une capacité plus ou moins importante à gérer et à maîtriser le risque.
- **La criticité du risque = fréquence x détectabilité x gravité**

La fréquence correspond à la moyenne entre la « fréquence d'exposition » et la « probabilité d'occurrence » telles que définies dans le tableau ci-dessous :

	Fréquence d'exposition	Probabilité
1	Très rare - 1 fois/an	Virtuellement inconcevable - 1%
2	Exceptionnel - 1 fois/trimestre	Concevable mais très peu probable - 5%
3	Occasionnel - 1 fois/mois	Inhabituel mais possible dans certains cas – 15%
4	Régulier - 1 fois/semaine	Fréquent - 25 %
5	Courant - Tous les jours	Attendu / Presque certain - 50 %

La détectabilité correspond à la capacité de la Mutuelle à détecter et à repérer les risques :

	Détectabilité	Echelle
1	Forte capacité de l'organisation à détecter un événement susceptible de mettre en cause l'organisme ⇒ Analyse et interprétation des signaux, des indicateurs	0 < Capacité détection > 5 %
2	L'organisation a la capacité d'anticiper un événement interne et/ou externe ⇒ Grand nombre d'indicateurs et de contrôles	5 % < Capacité détection > 35 %
3	L'organisation est en mesure de détecter un événement en interne avant qu'il ne se produise ⇒ Suivi qualité, mise en place d'indicateurs	36 % < Capacité détection > 55 %
4	Capacité d'anticiper très limitée ⇒ Peu d'indicateurs	56 % < Capacité détection > 75 %
5	Aucune capacité de l'organisation à détecter l'évènement interne ou externe ⇒ Pas d'indicateur	76 % < Capacité détection > 100%

La gravité potentielle d'un risque correspond à la force de l'impact sur l'entreprise, en cas de réalisation du risque. Ainsi, par risque, chaque impact est évalué avec une échelle des valeurs de 1 à 4 (défini selon le tableau ci-dessous). La gravité est ensuite déterminée en calculant la moyenne des impacts arrondie au chiffre supérieur. Un coefficient de pondération d'une valeur de 2,0 sur l'impact légal/réglementaire et de 1,5 sur l'impact financier est appliqué afin d'accroître l'importance de ces deux impacts dans le calcul de la gravité.

Nature de l'impact	Poids de l'impact	Echelle définie
Impact sur les actifs - Evènement provoquant une perte de valeur sur les actifs <i>(Echelle calculée par rapport au résultat)</i>	1	5 K€
	2	50 K€
	3	100 K€
	4	>100 K€
Impact sur les prospects - Evènement entraînant une perte d'attractivité commerciale, de prospects, etc.	1	Prospect diffère son adhésion
	2	Prospect renonce à son adhésion
	3	Impact local
	4	Impact sur l'ensemble du territoire de la mutuelle
Impact Financier - Evènement provoquant une dégradation de la rentabilité (chiffre d'affaires, marges, etc.) <i>(Echelle calculée par rapport au résultat)</i>	1	5 K€
	2	50 K€
	3	100 K€
	4	>100 K€
Impact légal/réglementaire - Evènement susceptible de mettre en jeu la responsabilité civile de la mutuelle et/ou pénale du dirigeant	1	Constat interne
	2	Alerte du Commissaire aux Comptes
	3	Remarque d'une tutelle (ACPR, Urssaf,...)
	4	Perte d'agrément
Impact image - Evènement entraînant une dégradation de l'image	1	Bruit de couloir (imprécis et porté par personne)
	2	Rumeur (plus précis et porté par personne)
	3	Insatisfaction portée par les adhérents et/ou salariés
	4	Médias
Impact performance - Evènement provoquant une perte de productivité	1	Dysfonctionnement de courte durée impactant quelques personnes d'un service
	2	Dysfonctionnement dans le temps impactant un service
	3	Arrêt d'activité < 48 h
	4	Arrêt d'activité > 48 h
Impact produit/service Evènement entraînant une dégradation du service et de sa qualité	1	Remarque orale
	2	Réclamation niveau 1
	3	Réclamation niveau 2
	4	Radiation
Impact ressources humaines - Evènement interne pénalisant la motivation du personnel	1	Motivation fragilisée sur peu de personnel
	2	Fort mécontentement sur peu de personnel
	3	Démobilisation d'une partie de l'entreprise
	4	Risques psychosociaux (RPS) – Mouvement de grève

Cette combinaison (Fréquence x Détectabilité x Gravité) permet d'obtenir la criticité de chaque risque et de hiérarchiser ces risques selon leur criticité :

	Criticité
C ≤ 10	Risque très limité
10 < C ≤ 30	Risque limité - Acceptabilité du risque
30 < C ≤ 50	Risque possible - La situation requiert l'attention
50 < C ≤ 70	Risque important - Une correction / amélioration est nécessaire
70 < C ≤ 90	Risque élevé – Une correction/ amélioration immédiate est nécessaire
C > 90	Risque critique - La suspension de l'activité est à envisager

- La maîtrise du risque correspond à la capacité de l'organisme à gérer et à maîtriser le risque

Maîtrise		
1	Aucune maîtrise	- Pas de conscience du risque - Absence de barrières
2	Peu de maîtrise / Maîtrise insuffisante	- Peu de conscience du risque - Barrières essentiellement physiques ²¹
3	Maîtrise acceptable	- Conscience du risque basée sur l'expérience globale de l'organisme - Barrières physiques et organisationnelles ²² sans référentiel
4	Maîtrise avancée	- Conscience du risque se fondant sur l'expérience du secteur - Barrières physiques et organisationnelles avec référentiel mais sans contrôle, formation, etc.
5	Parfaite maîtrise	- Conscience du risque de façon objective en intégrant une dimension prospective - Barrières physiques et organisationnelles avec référentiel, contrôle, formation, etc.

C.5.3.2 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 net²³ qui correspond à un croisement du niveau de risque brut²⁴ 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 ²⁵	
Niveau de risque	Fréquence
4	Quotidien ou plus fréquent
3	Hebdomadaire
2	Mensuel
1	Annuel et au-delà

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.

²¹ La barrière physique correspond, pour notre secteur d'activité, aux coffres forts, aux pièces de rangement pour les archives, aux extincteurs, au plan de sécurité incendie, etc.

²² La barrière organisationnelle correspond à tous les éléments de maîtrise possibles : procédures, analyse des réclamations, formations, etc.

²³ Egalement appelé niveau de risque résiduel

²⁴ Egalement appelé niveau de risque intrinsèque

²⁵ Probabilité d'occurrence

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/Règlementaire	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 importante²⁶, il a été introduit une 3^{ème} pondération permettant d'augmenter la cotation de ces risques en particulier.

²⁶ Par exemple concernant certaines opérations ayant trait aux décisions de gouvernance (assemblée générale, conseil d'administration, etc.)

- 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.

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

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.

D. VALORISATION A DES FINS DE SOLVABILITE

Pour l'arrêté de ses comptes au 31 décembre 2021, 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 au 31 décembre 2021 de la Mutuelle s'élève à 465,5 M€ et peut être synthétisé comme suit :

Actif		Passif	
Actifs incorporels	0,0	Provision techniques	224,3
Impôts différés actifs (IDA)	10,6	<i>Meilleure estimation (BE)</i>	215,8
Immobilisations corporelles pour usage propre	8,0	<i>Marge de risque</i>	8,6
Placements	291,0	Autres passifs	133,9
Prêts	3,6	Impôts différés passifs (IDP)	10,6
Provisions techniques cédées	88,4	Dettes subordonnées	44,4
Autres actifs	63,9	Total	413,2
Total	465,5	Excédent d'actif sur passif	52,3

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. L'actif net est décomposé dans la partie *E.1.4 Passage des fonds propres comptables aux fonds propres économiques*.

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 2021 synthétisé comme suit permet de comparer les valorisations économiques et comptables des principales catégories d'actifs :

ACTIF DU BILAN - SYNTHESE <i>En Millions d'euros</i>	Comptes sociaux	Ecart	Solvabilité 2
Actifs incorporels	0,9	-0,9	0,0
Impôts différés Actifs (IDA)	0,0	10,6	10,6
Immobilisations corporelles pour usage propre	7,0	1,0	8,0
Placements	282,1	8,9	291,0
Prêts et prêts hypothécaires	3,6	0,0	3,6
Provisions techniques cédées	83,5	4,9	88,4
Dépôts auprès des cédantes	9,8	0,0	9,8
Créances	44,4	0,0	44,4
Trésorerie et équivalents de trésorerie	9,2	0,0	9,2
Autres actifs	0,5	0,0	0,5
TOTAL ACTIF	441,0	24,5	465,5

La Mutuelle dispose d'un total d'actifs en valeur de marché de 465,5 M€, contre une valeur nette comptable de 441,0 M€, soit un écart de valorisation d'actif de + 24,5 M€ qui s'explique principalement par :

- La réévaluation des placements (+ 8,9 M€) et des immobilisations corporelles (+ 1,0 M€) ;
- La constatation d'impôts différés actif (+ 10,6 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 peut attribuer une valeur positive à des impôts différés actifs seulement lorsqu'il est probable qu'ils pourront être imputés sur des bénéfices futurs imposables, en tenant compte de toute exigence juridique ou réglementaire limitant dans le temps le report en avant des pertes.

La Mutuelle n'apparaît pas en mesure de dégager avec certitude des bénéfices imposables suffisants sur les exercices proches à venir. Elle n'apparaît non plus 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 10,6 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 <i>En Millions d'euros</i>	Comptes sociaux	Ecart	Solvabilité 2
* Immobilier (autre que détenu pour usage propre)	0,5	0,5	1,0
* Participations	15,5	-0,9	14,6
* Actions	5,0	0,7	5,7
<i>Actions – cotées</i>	0,0	0,0	0,0
<i>Actions – non cotées</i>	5,0	0,7	5,7
* Obligations	147,7	4,1	151,8
<i>Obligations d'État</i>	9,9	0,5	10,4
<i>Obligations d'entreprise</i>	137,3	3,6	141,0
<i>Titres structurés</i>	0,5	0,0	0,5
<i>Titres garantis</i>	0,0	0,0	0,0
* Organismes de placement collectif	44,4	4,5	48,9
* Produits dérivés	0,0	0,0	0,0
* Dépôts autres que les équivalents de trésorerie	69,1	0,0	69,1
TOTAL PLACEMENTS	282,1	8,9	291,0

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 inclus, 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 <i>En Millions d'euros</i>	Comptes sociaux	Ecart	Solvabilité 2
* Non-vie et santé similaire à la non-vie	56,5	-3,3	53,2
<i>Non-vie hors santé</i>	0,0	0,0	0,0
<i>Santé similaire à la non-vie</i>	56,5	-3,3	53,2
* Vie et santé similaire à la vie, hors santé, UC et indexés	27,1	8,2	35,2
<i>Santé similaire à la vie</i>	13,0	8,8	21,8
<i>Vie hors santé, UC et indexés</i>	14,1	-0,6	13,4
* Vie UC et indexés	0,0	0,0	0,0
TOTAL PROVISIONS TECHNIQUES CEDEES	83,5	4,9	88,4

Le dispositif de réassurance de la Mutuelle est composé de traités en quote-part (QP²⁷ 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 :

- 3,6 M€ de prêts ;
- 9,8 M€ de dépôts auprès des cédantes qui correspondent à une créance détenue par le réassureur sur sa cédante ;
- 44,4 M€ de créances, composées de :
 - 40,0 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;
 - 0,2 M€ de créances dues par les mutuelles substituées et les réassureurs et liées à l'activité de réassurance, autres que les provisions techniques cédées ;
 - 4,2 M€ d'autres créances qui regroupent principalement les montants dus par les débiteurs hors assurance (Etat, organismes sociaux, personnel) ;
- 9,2 M€ de trésorerie et équivalents de trésorerie ;
- 0,5 M€ d'autres éléments d'actifs non inclus dans les autres postes de l'actif du bilan.

²⁷ 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 2021 :

BILAN PROVISIONS TECHNIQUES <i>En Millions d'euros</i>	Comptes sociaux	Ecart	Solvabilité 2
* Provisions techniques non-vie	113,0	28,8	141,9
Provisions techniques non-vie (hors sante)	0,0	-	0,0
Provisions techniques sante (non-vie)	113,0	28,8	141,9
<i>Meilleure estimation (risque "Health Non SLT")</i>			136,0
<i>Marge de risque (risque "Health Non SLT")</i>			5,9
* Provisions techniques vie (hors UC ou indexes)	98,8	-16,4	82,4
Provisions techniques sante (vie)	46,5	2,5	49,0
<i>Meilleure estimation (risque "Health SLT")</i>			48,8
<i>Marge de risque (risque "Health SLT")</i>			0,2
Provisions techniques vie (hors santé UC ou indexes)	52,3	-18,9	33,4
<i>Meilleure estimation (risque "Life")</i>			31,0
<i>Marge de risque (risque "Life")</i>			2,4
* Provisions techniques UC ou indexes	0,0	-	0,0
TOTAL PROVISIONS TECHNIQUES	211,9	12,4	224,3

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 2021, le niveau de marge de risque pour le portefeuille global des engagements d'assurance et de réassurance de la Mutuelle est de 8 557 411 €. Ce niveau de marge de risque représente 6,54% 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) : 2 088 432 € (24%) ;
- Protection du revenu (Lob 2 & 14) : 3 845 659 € (45%) ;
- Assurance vie avec Participation aux bénéficiaires (Lob 30) : 1 049 686 € (12%) ;
- Autres contrats d'assurance vie (Lob 32 & 36) : 1 375 479 € (16%) ;
- Rentes découlant des contrats Non-Vie liés aux engagements Santé (Lob 33 & 35) : 198 156 € (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 2021 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 quater²⁸ et 308 quinquies²⁹ 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 quinquies³⁰ de la directive cadre, ni l'ajustement égalisateur de la courbe des taux d'intérêt sans risque pertinents visé à l'article 77 ter³¹.

²⁸ Transposé à l'article L.351-4 du Code des assurances.

²⁹ Transposé à l'article L.351-5 du Code des assurances.

³⁰ Transposé à l'article R.351-6 du Code des assurances.

³¹ 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 <i>En Millions d'euros</i>	Comptes sociaux	Ecart	Solvabilité 2
Provisions autres que les provisions techniques	0,6	-	0,6
Provisions pour retraites et autres avantages	3,2	-	3,2
Dettes pour dépôts espèces des réassureurs	78,5	-	78,5
Impôts différés passifs	-	10,6	10,6
Dettes	49,6	-	49,6
Dettes subordonnées	44,4	-	44,4
Autres dettes	2,0	-	2,0
TOTAL AUTRES PASSIFS	178,3	10,6	188,9

Le poste « autres passifs » est principalement composé de :

- 78,5 M€ de dépôts espèces reçus des réassureurs qui correspondent à la dette représentative des montants reçus ou déduits par un réassureur conformément au traité de réassurance ;
- 49,6 M€ de dettes nées d'opérations de réassurance et de cessions en substitution et autres dettes (non liées aux opérations d'assurance) ;
- 44,4 M€ de dettes subordonnées éligibles à la couverture des exigences réglementaires de Solvabilité 2.

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 2021, le ratio de couverture du SCR de la Mutuelle s'établit à 132%, avec 96,7 M€ de fonds propres éligibles - dont 90% sont classés en Tier 1 - pour une exigence en capital de 73,4 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.

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 prudentiels de base disponible en couverture des exigences de capital s'élève à 96,7 M€ à fin 2021 et se présente comme suit :

Fonds propres de base disponibles <i>En Millions d'euros</i>	Total 2021	Total 2020	Ecart
Fonds initial	46,8	46,8	0,0
Fonds excédentaires	3,4	2,7	0,8
Réserve de réconciliation	2,1	8,3	-6,2
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 Solvabilité 2	0,0	2,9	-2,9
Total fonds propres de base après déductions	96,7	99,2	-2,5

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

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

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>	Total 2021	Total 2020	Ecart
Ecart de réévaluation	0,2	0,2	0,0
Réserves	10,8	11,0	-0,2
Report à nouveau	0,0	0,0	0,0
Résultat de l'exercice	-6,9	-5,3	-1,6
Fonds de dotation avec droit de reprise	0,0	2,9	-2,9
Subventions nettes	0,0	0,0	0,0
(1) Réserve de réconciliation - Comptes sociaux	4,1	8,8	-4,7
Revalorisation Actif	13,9	7,9	6,0
Revalorisation Passif - Provisions techniques	-3,9	6,9	-10,8
Revalorisation Passif - Marge de risque	-8,6	-12,7	4,1
Fonds excédentaires	-3,4	-2,7	-0,8
(2) Réserve de réconciliation - Solvabilité 2	-2,0	-0,6	-1,5
(1+2) Total réserve de réconciliation	2,1	8,3	-6,2

La réserve de réconciliation issue des comptes sociaux diminue significativement en 2021, après imputation du résultat déficitaire 2020.

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 2021, 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 2020	Ecart
Niveau 1 non restreint	52,3	54,8	-2,5
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	99,2	-2,5

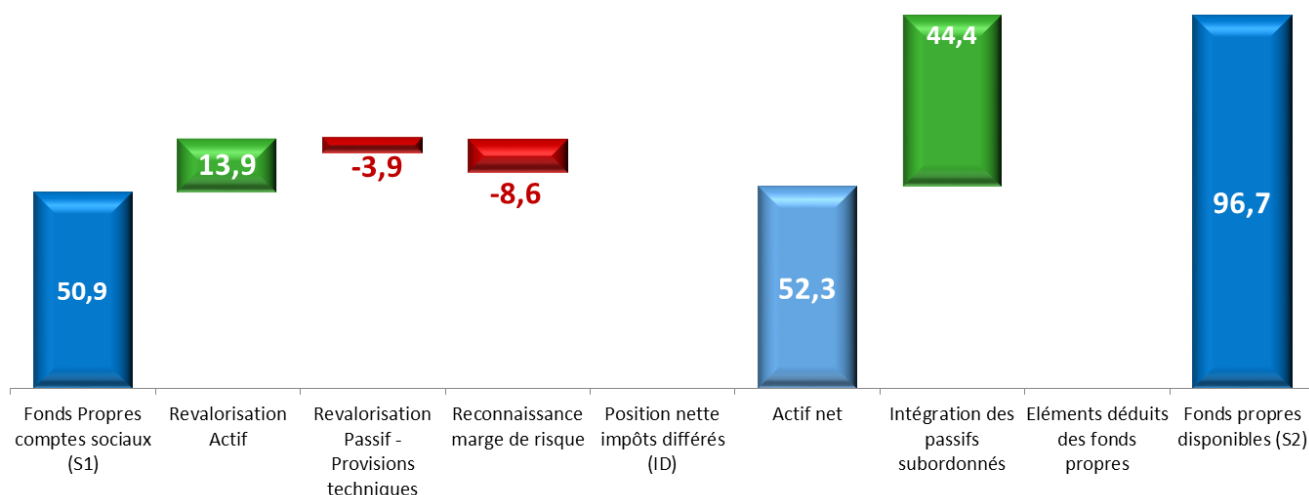
Au 31 décembre 2021, la Mutuelle détient 96,7 M€ de fonds propres disponibles, dont 90% sont classés en niveau 1. Les dettes subordonnées à durée indéterminée sont classées en niveau 1 restreint, celles à durée déterminée en niveau 2.

E.1.4 Passage des fonds propres comptables aux fonds propres

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 pruden­tiels 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 <i>En Millions d'euros</i>	Total 2021	Niveau 1 non restreint	Niveau 1 restreint	Niveau 2	Niveau 3	Total 2020
Fonds propres disponibles SCR	96,7	52,3	34,4	10,0	0,0	99,2
Fonds propres disponibles MCR	96,7	52,3	34,4	10,0		99,2
Fonds propres éligibles SCR	96,7	52,3	13,1	31,3	0,0	99,2
Fonds propres éligibles MCR	69,0	52,3	13,1	3,7		72,3

Au titre de l'exercice 2021, 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 2021, le capital de solvabilité requis de la Mutuelle s'élève à 73,4 M€ et se décompose comme suit :

Montant du SCR par module de risque <i>En Millions d'euros</i>	2021
SCR Marché	37,4
SCR Santé	35,6
SCR Vie	3,8
SCR Non-vie	0,0
SCR Défaut de contrepartie	12,9
BSCR (avant effet de diversification)	89,7
Diversification	25,3
BSCR	64,4
SCR Opérationnel	9,0
Ajustement dû aux impôts différés	0,0
Ajustement dû à l'absorption par le FDB	0,0
SCR Global	73,4

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 3,7 M€.

Le MCR de la Mutuelle s'élève à 18,3 M€ (contre 19,1 M€ en 2020). Il suit la même tendance que le SCR et évolue à la baisse en 2021.

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

Calcul du MCR <i>En Millions d'euros</i>	2021
MCR linéaire	16,1
Capital de solvabilité requis	73,4
Plafond du MCR	33,0
Plancher du MCR	18,3
MCR combiné	18,3
Seuil plancher absolu du MCR	3,7
MCR Global	18,3

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	10 644K€
Excédent du régime de retraite	R0050	0K€
Immobilisations corporelles détenues pour usage propre	R0060	7 974K€
Investissements (autres qu'actifs en représentation de contrats en unités de compte et indexés)	R0070	291 021K€
<i>Biens immobiliers (autres que détenus pour usage propre)</i>	R0080	979K€
<i>Détentions dans des entreprises liées, y compris participations</i>	R0090	14 618K€
<i>Actions</i>	R0100	5 696K€
<i>Actions — cotées</i>	R0110	0K€
<i>Actions — non cotées</i>	R0120	5 696K€
<i>Obligations</i>	R0130	151 812K€
Obligations d'État	R0140	10 354K€
Obligations d'entreprise	R0150	140 959K€
Titres structurés	R0160	500K€
Titres garantis	R0170	0K€
<i>Organismes de placement collectif</i>	R0180	48 856K€
<i>Produits dérivés</i>	R0190	0K€
<i>Dépôts autres que les équivalents de trésorerie</i>	R0200	69 059K€
<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 585K€
<i>Avances sur police</i>	R0240	0K€
<i>Prêts et prêts hypothécaires aux particuliers</i>	R0250	3 585K€
<i>Autres prêts et prêts hypothécaires</i>	R0260	0K€
Montants recouvrables au titre des contrats de réassurance	R0270	88 417K€
<i>Non-vie et santé similaire à la non-vie</i>	R0280	53 202K€
Non-vie hors santé	R0290	0K€
Santé similaire à la non-vie	R0300	53 202K€
<i>Vie et santé similaire à la vie, hors santé, UC et indexés</i>	R0310	35 215K€
Santé similaire à la vie	R0320	21 788K€
Vie hors santé, UC et indexés	R0330	13 427K€
<i>Vie UC et indexés</i>	R0340	0K€
Dépôts auprès des cédantes	R0350	9 777K€
Créances nées d'opérations d'assurance et montants à recevoir d'intermédiaires	R0360	40 020K€
Créances nées d'opérations de réassurance	R0370	180K€
Autres créances (hors assurance)	R0380	4 218K€
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	9 173K€
Autres actifs non mentionnés dans les postes ci-dessus	R0420	515K€
Total de l'actif	R0500	465 522K€

		Valeur Solvabilité 2
		C0010
Passifs		
Provisions techniques non-vie	R0510	141 888K€
<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	141 888K€
Provisions techniques calculées comme un tout	R0570	0K€
Meilleure estimation	R0580	135 954K€
Marge de risque	R0590	5 934K€
Provisions techniques vie (hors UC et indexés)	R0600	82 419K€
<i>Provisions techniques santé (similaire à la vie)</i>	R0610	49 005K€
Provisions techniques calculées comme un tout	R0620	0K€
Meilleure estimation	R0630	48 807K€
Marge de risque	R0640	198K€
<i>Provisions techniques vie (hors santé, UC et indexés)</i>	R0650	33 414K€
Provisions techniques calculées comme un tout	R0660	0K€
Meilleure estimation	R0670	30 989K€
Marge de risque	R0680	2 425K€
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	573K€
Provisions pour retraite	R0760	3 164K€
Dépôts des réassureurs	R0770	78 545K€
Passifs d'impôts différés	R0780	10 644K€
Produits dérivés	R0790	0K€
Dettes envers des établissements de crédit	R0800	1 049K€
Dettes financières autres que celles envers les établissements de crédit	R0810	89K€
Dettes nées d'opérations d'assurance et montants dus aux intermédiaires	R0820	23 347K€
Dettes nées d'opérations de réassurance	R0830	3 742K€
Autres dettes (hors assurance)	R0840	21 389K€
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	2 001K€
Total du passif	R0900	413 220K€
Excédent d'actif sur passif	R1000	52 303K€

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	238 947K€	28 431K€							
Brut — Réassurance proportionnelle acceptée	R0120	102K€	1 574K€							
Brut — Réassurance non proportionnelle acceptée	R0130									
Part des réassureurs	R0140	134 391K€	10 281K€							
Net	R0200	104 658K€	19 723K€							
Primes acquises										
Brut — Assurance directe	R0210	238 947K€	28 431K€							
Brut — Réassurance proportionnelle acceptée	R0220	102K€	1 574K€							
Brut — Réassurance non proportionnelle acceptée	R0230									
Part des réassureurs	R0240	134 391K€	10 281K€							
Net	R0300	104 658K€	19 723K€							
Charge des sinistres										
Brut — Assurance directe	R0310	214 884K€	10 149K€							
Brut — Réassurance proportionnelle acceptée	R0320	102K€	-719K€							
Brut — Réassurance non proportionnelle acceptée	R0330									
Part des réassureurs	R0340	121 279K€	9 812K€							
Net	R0400	93 707K€	-381K€							
Variation des autres provisions techniques										
Brut — Assurance directe	R0410	12 208K€	6K€							
Brut — Réassurance proportionnelle acceptée	R0420	0K€	0K€							
Brut — Réassurance non proportionnelle acceptée	R0430									
Part des réassureurs	R0440	7 958K€	-9 426K€							
Net	R0500	4 250K€	9 432K€							
Dépenses engagées	R0550	42 614K€	9 175K€							
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							267 377K€
Brut — Réassurance proportionnelle acceptée	R0120							1 675K€
Brut — Réassurance non proportionnelle acceptée	R0130							0K€
Part des réassureurs	R0140							144 672K€
Net	R0200							124 381K€
Primes acquises								
Brut — Assurance directe	R0210							267 377K€
Brut — Réassurance proportionnelle acceptée	R0220							1 675K€
Brut — Réassurance non proportionnelle acceptée	R0230							0K€
Part des réassureurs	R0240							144 672K€
Net	R0300							124 381K€
Charge des sinistres								
Brut — Assurance directe	R0310							225 032K€
Brut — Réassurance proportionnelle acceptée	R0320							-617K€
Brut — Réassurance non proportionnelle acceptée	R0330							0K€
Part des réassureurs	R0340							131 090K€
Net	R0400							93 325K€
Variation des autres provisions techniques								
Brut — Assurance directe	R0410							12 214K€
Brut — Réassurance proportionnelle acceptée	R0420							0K€
Brut — Réassurance non proportionnelle acceptée	R0430							0K€
Part des réassureurs	R0440							-1 468K€
Net	R0500							13 682K€
Dépenses engagées	R0550							51 789K€
Autres dépenses	R1200							519K€
Total des dépenses	R1300							52 308K€

	Ligne d'activité pour: engagements d'assurance vie						Engagements de réassurance vie		Total	
	Assurance maladie	Assurance avec participation aux bénéficiaires	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	782K€	16 860K€		4 765K€	0K€		0K€	475K€	22 881K€
Part des réassureurs	R1420	0K€	3 095K€		3 398K€	0K€		0K€	0K€	6 493K€
Net	R1500	782K€	13 764K€		1 367K€	0K€		0K€	475K€	16 388K€
Primes acquises										
Brut	R1510	782K€	16 860K€		4 765K€	0K€		0K€	475K€	22 881K€
Part des réassureurs	R1520	0K€	3 095K€		3 398K€	0K€		0K€	0K€	6 493K€
Net	R1600	782K€	13 764K€		1 367K€	0K€		0K€	475K€	16 388K€
Charge des sinistres										
Brut	R1610	677K€	8 562K€		3 504K€	65K€		38K€	225K€	13 071K€
Part des réassureurs	R1620	0K€	1 576K€		1 642K€	-1 017K€		0K€	0K€	2 201K€
Net	R1700	677K€	6 986K€		1 862K€	1 082K€		38K€	225K€	10 869K€
Variation des autres provisions techniques										
Brut	R1710	-112K€	-4 608K€		-679K€	-7 153K€		-539K€	-328K€	-13 418K€
Part des réassureurs	R1720	0K€	-3 888K€		1 681K€	3 405K€		0K€	0K€	1 198K€
Net	R1800	-112K€	-720K€		-2 360K€	-10 558K€		-539K€	-328K€	-14 616K€
Dépenses engagées	R1900	102K€	2 354K€		-1 039K€	-19K€		-103K€	-43K€	1 251K€
Autres dépenses	R2500									44K€
Total des dépenses	R2600									1 295K€

S.12.01.02 - PROVISIONS TECHNIQUES VIE ET SANTÉ SLT

		Assurance avec participation aux bénéfices	Assurance indexée et en unités de compte		
			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	15 455K€		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	821K€		0K€	0K€
Meilleure estimation nette des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finite — total	R0090	14 634K€		0K€	0K€
Marge de risque	R0100	1 050K€	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	16 504K€	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		15 185K€	0K€	0K€	349K€	30 989K€
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		12 606K€	0K€	0K€	0K€	13 427K€
Meilleure estimation nette des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finite — total	R0090		2 579K€	0K€	0K€	349K€	17 562K€
Marge de risque	R0100	1 333K€			0K€	43K€	2 425K€
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	16 518K€			0K€	391K€	33 414K€

		Assurance santé (assurance directe)			Rentes	Réassurance	Total (santé similaire à la vie)
		Contrats sans options ni garanties	Contrats avec options ou garanties	déoulant des contrats d'assurance non- vie et	e santé (réassurance acceptée)		
		C0160	C0170	C0180	C0190	C0200	
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		8 118K€	0K€	40 208K€	481K€	48 807K€
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€	21 788K€	0K€	21 788K€
Meilleure estimation nette des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finite — total	R0090		8 118K€	0K€	18 420K€	481K€	27 019K€
Marge de risque	R0100				198K€	1K€	198K€
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	8 118K€			40 405K€	482K€	49 005K€

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 finite, 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	13 984K€	7 326K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	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	R0140	-7 390K€	103K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€
Meilleure estimation nette des provisions pour primes	R0150	21 374K€	7 222K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€
Provisions pour sinistres										
Brut	R0160	59 759K€	54 886K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	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	R0240	36 292K€	24 196K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€
Meilleure estimation nette des provisions pour sinistres	R0250	23 466K€	30 689K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€
Total meilleure estimation — brut	R0260	73 743K€	62 211K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€
Total meilleure estimation — net	R0270	44 841K€	37 912K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€
Marge de risque	R0280	2 088K€	3 846K€	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	75 831K€	66 057K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€
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 — total	R0330	28 902K€	24 300K€	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 finite — total	R0340	46 929K€	41 757K€	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
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 finite, 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€	21 310K€
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	R0140	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	-7 287K€
Meilleure estimation nette des provisions pour primes	R0150	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	28 597K€
Provisions pour sinistres									
Brut	R0160	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	114 644K€
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	R0240	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	60 489K€
Meilleure estimation nette des provisions pour sinistres	R0250	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	54 156K€
Total meilleure estimation — brut	R0260	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	135 954K€
Total meilleure estimation — net	R0270	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	82 753K€
Marge de risque	R0280	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	5 934K€
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€	141 888K€
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 — total	R0330	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	53 202K€
Provisions techniques nettes des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finite — total	R0340	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	88 687K€

S.19.01.21 – SINISTRES EN NON-VIE

Année d'accident / année de souscription

Z0010	Année d'accident
-------	------------------

Sinistres payés bruts (non cumulés)

(valeur absolue)

		Année de développement											Pour l'année en cours		Somme des années (cumulés)	
Année		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 et +	C0170		C0180	
		C0010	C0020	C0030	C0040	C0050	C0060	C0070	C0080	C0090	C0100	C0110	R0100	R0160	R0170	
Précédentes	R0100											36K€	R0100	36K€	36K€	
	N-9	R0160	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	7K€	R0160	7K€	7K€	
	N-8	R0170	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	3K€		R0170	3K€	3K€	
	N-7	R0180	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	23K€			R0180	23K€	23K€	
	N-6	R0190	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	71K€				R0190	71K€	71K€	
	N-5	R0200	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	303K€					R0200	303K€	303K€	
	N-4	R0210	0K€	0K€	0K€	0K€	628K€						R0210	628K€	628K€	
	N-3	R0220	0K€	0K€	0K€	1 543K€							R0220	1 543K€	1 543K€	
	N-2	R0230	0K€	0K€	4 112K€								R0230	4 112K€	4 112K€	
	N-1	R0240	0K€	27 812K€									R0240	27 812K€	27 812K€	
	N	R0250	190 881K€										R0250	190 881K€	190 881K€	
	Total													R0260	225 419K€	225 419K€

Meilleure estimation provisions pour sinistres brutes non actualisées

(valeur absolue)

		Année de développement											Fin d'année (données actualisées)		
Année		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 et +	C0360		
		C0200	C0210	C0220	C0230	C0240	C0250	C0260	C0270	C0280	C0290	C0300	R0100	R0160	
Précédentes	R0100											619K€	R0100	622K€	
	N-9	R0160	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	45K€	R0160	46K€	
	N-8	R0170	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	177K€		R0170	178K€	
	N-7	R0180	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	179K€			R0180	180K€	
	N-6	R0190	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	223K€				R0190	224K€	
	N-5	R0200	0K€	0K€	0K€	0K€	0K€	277K€					R0200	278K€	
	N-4	R0210	0K€	0K€	0K€	0K€	496K€						R0210	496K€	
	N-3	R0220	0K€	0K€	0K€	1 435K€							R0220	1 440K€	
	N-2	R0230	0K€	0K€	13 656K€								R0230	13 476K€	
	N-1	R0240	0K€	23 206K€									R0240	23 043K€	
	N	R0250	41 783K€										R0250	41 791K€	
	Total													R0260	81 774K€

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	3 446K€	3 446K€			
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	2 090K€	2 090K€			
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	0K€				
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	96 672K€	52 303K€	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, pour les mutuelles et les entreprises de type mutuel	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	96 672K€	52 303K€	34 370K€	10 000K€	0K€
Total des fonds propres disponibles pour couvrir le minimum de capital requis	R0510	96 672K€	52 303K€	34 370K€	10 000K€	
Total des fonds propres éligibles pour couvrir le capital de solvabilité requis	R0540	96 672K€	52 303K€	13 076K€	31 294K€	0K€
Total des fonds propres éligibles pour couvrir le minimum de capital requis	R0550	69 048K€	52 303K€	13 076K€	3 670K€	
Capital de solvabilité requis	R0580	73 394K€				
Minimum de capital requis	R0600	18 349K€				
Ratio fonds propres éligibles sur capital de solvabilité requis	R0620	131,72%				
Ratio fonds propres éligibles sur minimum de capital requis	R0640	376,31%				

		C0060	
Réserve de réconciliation			
Excédent d'actif sur passif	R0700	52 303K€	
Actions propres (détenues directement et indirectement)	R0710	0K€	
Dividendes, distributions et charges prévisibles	R0720	0K€	
Autres éléments de fonds propres de base	R0730	50 213K€	
Ajustement pour les éléments de fonds propres restreints relatifs aux portefeuilles sous ajustement égalisateur et aux fonds cantonnés	R0740	0K€	
Réserve de réconciliation	R0760	2 090K€	
Bénéfices attendus			
Bénéfices attendus inclus dans les primes futures (EPIFP) — activités vie	R0770	3 898K€	
Bénéfices attendus inclus dans les primes futures (EPIFP) — activités non-vie	R0780	7 097K€	
Total bénéfices attendus inclus dans les primes futures (EPIFP)	R0790	10 994K€	

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	37 427K€
Risque de défaut de la contrepartie	R0020	12 860K€
Risque de souscription en vie	R0030	3 753K€
Risque de souscription en santé	R0040	35 639K€
Risque de souscription en non-vie	R0050	0K€
Diversification	R0060	-25 271K€
Risque lié aux immobilisations incorporelles	R0070	0K€
Capital de solvabilité requis de base	R0100	64 408K€

Calcul du capital de solvabilité requis		C0100
Risque opérationnel	R0130	8 987K€
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	73 394K€
Exigences de capital supplémentaire déjà définies	R0210	0K€
Capital de solvabilité requis	R0220	73 394K€
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	17 776K€

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_(NLL)

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

	C0010	C0020
R0010	13 669K€	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	44 841K€	104 658K€	0K€	0K€
R0030	37 912K€	19 723K€	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 $MCR_{(L,NL)}$	Activités en vie Résultat $MCR_{(L,L)}$
	C0070	C0080
R0200	0K€	2 443K€

Engagements avec participation aux bénéficiaires — Prestations garanties
 Engagements avec participation aux bénéficiaires — 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€		16 914K€	
R0220	0K€		0K€	
R0230	0K€		0K€	
R0240	0K€		31 112K€	
R0250		0K€		1 662 968K€

Calcul du MCR global

MCR linéaire
Capital de solvabilité requis
Plafond du MCR
Plancher du MCR
MCR combiné
Seuil plancher absolu du MCR

	C0130
R0300	16 113K€
R0310	73 394K€
R0320	33 027K€
R0330	18 349K€
R0340	18 349K€
R0350	3 700K€
	C0130
R0400	18 349K€

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

Montant notionnel du MCR linéaire
Montant notionnel du SCR hors capital supplémentaire (calcul annuel ou dernier calcul)
Plafond du montant notionnel du MCR
Plancher du montant notionnel du MCR
Montant notionnel du MCR combiné
Seuil plancher absolu du montant notionnel du MCR
Montant notionnel du MCR

	Activités en non-vie	Activités en vie
	C0140	C0150
R0500	13 669K€	2 443K€
R0510	62 265K€	11 129K€
R0520	28 019K€	5 008K€
R0530	15 566K€	2 782K€
R0540	15 566K€	2 782K€
R0550	2 500K€	3 700K€
R0560	15 566K€	3 700K€