



**RAPPORT NARRATIF DESTINE
AU PUBLIC**
(Rapport sur la Solvabilité et la Situation Financière)

Exercice 2016

Approuvé par le Conseil d'administration du 13.06.2017



Plan du rapport

A. Activité et résultats

A.1 Activité	page 4
A.2 Résultats de souscription	page 5
A.3 Résultats des autres activités	page 6
A.4 Résultats des investissements	page 6
A.5 Autres informations	page 7

B. Système de gouvernance

B.1 Informations générales sur le système de gouvernance	page 8
B.2 Exigences de compétence et d'honorabilité	page 11
B.3 Système de gestion des risques, y compris l'évaluation interne des risques et de la solvabilité	page 12
B.4 Système de contrôle interne	page 15
B.5 Fonction d'audit interne	page 17
B.6 Fonction actuarielle	page 18
B.7 Sous-traitance	page 18
B.8 Autres informations	page 19

C. Profil de risque

C.1 Risque de souscription	page 20
C.2 Risque de marché	page 21
C.3 Risque de crédit	page 23
C.4 Risque de liquidité	page 24
C.5 Risque opérationnel	page 24
C.6 Autres risques importants	page 25
C.7 Autres informations	page 25

D. Valorisation à des fins de solvabilité

D.1 Actifs	page 27
D.2 Provisions techniques	page 27
D.3 Autres passifs	page 28
D.4 Méthodes de valorisations alternatives	page 28
D.5 Autres informations	page 28

E. Gestion du capital

E.1 Fonds propres	page 29
E.2 Capital de solvabilité requis (SCR) et minimum de capital requis (MCR)	page 29
E.3 Utilisation du sous-module «risque sur actions» fondé sur la durée	page 30
E.4 Différences entre la formule standard et tout modèle interne utilisé	page 31
E.5 Non-respect du MCR et non-respect du SCR	page 31
E.6 Autres informations	page 31

Annexes : les états réglementaires

page 32



Synthèse

La mutuelle MUTAERO est une mutuelle relevant du code de la mutualité, organisme à but non lucratif, agréée par l'Autorité de contrôle prudentiel (ACPR) pour pratiquer les opérations relevant des branches 1 (accident), 2 (maladie) et 20 (vie-décès).

Elle a été créée en 1938 au sein des établissements de l'aérospatiale sur Toulouse. Ensuite elle s'est développée au sein de la filière de l'industrie aéronautique sur le territoire national pour y être aujourd'hui un acteur de référence dans la complémentaire santé.

L'activité de la mutuelle se structure autour des **valeurs fondatrices** :

- la mutuelle ne recherche pas le profit, elle n'a pas d'actionnaire à rémunérer
- il n'y a pas de sélection médicale à l'adhésion, ni de sur-cotisation ou de résiliation de contrat en cas de maladie aggravée
- les adhérents peuvent s'impliquer dans la vie démocratique de leur mutuelle

La **gouvernance de la mutuelle** repose sur les acteurs suivants :

- l'Assemblée générale : elle est composée des délégués élus (*pour 6 ans*) parmi et par les adhérents. Ils les représentent dans le fonctionnement institutionnel de la mutuelle
- le Conseil d'administration : les administrateurs qui le constituent sont élus par les délégués, ils déterminent les orientations et prennent les grandes décisions pour administrer la mutuelle. Il est présidé par M. Jean-Claude Albinet
- la Directrice opérationnelle salariée : elle porte la responsabilité de la mise en œuvre des décisions stratégiques approuvées par le Conseil et manage les équipes de la mutuelle.
- les Dirigeants effectifs (président et Directrices) : ils mettent en œuvre la stratégie définie précédemment et peuvent engager la mutuelle auprès de tiers.
- les Fonctions clés : au nombre de 4 elles apportent leur expertise dans le domaine des risques et participent au pilotage et à la surveillance de l'activité.

Cette gouvernance s'appuie sur le respect de **deux principes essentiels** :

- le principe des « quatre yeux » : toute décision significative doit être au moins vue par les 3 dirigeants effectifs (*président et directrices*) afin d'assurer une prise de décision propice à une « gestion saine et prudente » de l'activité
- le principe de la « personne prudente » : la mutuelle appréhende spécifiquement les risques liés aux investissements qui doivent être réalisés dans le meilleur intérêt des adhérents.

Pour l'exercice 2016, les **chiffres clés** traduisant la situation de la mutuelle sont les suivants :

Chiffres clés au 31.12.2016	
Nombre de salariés	41
Nombre de membres du Conseil d'administration	18
Nombre de personnes protégées en contrat santé	50 436
Cotisations brutes encaissées (nettes de taxes)	24 816 K€
Prestations brutes redistribuées aux adhérents	20 296 K€
Fonds propres (évaluation sous Solvabilité 2)	14 794 K€
Ratio de couverture du Capital de solvabilité requis (SCR)	217%
Ratio de couverture du Minimum de capital requis (MCR)	374%



A – Activité et résultats

A.1 Activité

La mutuelle est une **personne morale à but non lucratif** créée en 1938 et régie par les dispositions du livre II du code de la mutualité. Elle est inscrite sous le numéro de SIREN 776950610. La mutuelle, en application de l'article L612-2 du code monétaire et financier, est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 61 Rue Taitbout à Paris 75009.

La mutuelle a donné mandat pour la **certification de ses comptes annuels** au cabinet Ernst & Young (*titulaire 1*) situé au 12 place des Saisons – 92400 Courbevoie Paris la Défense 1 (*représenté par Serge Gueremy*) et au Cabinet Exco (*titulaire 2*) situé au 2 rue des Feuillants – 31076 Toulouse (*représenté par Jean-Marie Ferrando*).

La mutuelle détient l'agrément pour l'exercice d'activités assurantielles relevant du livre II du code de la mutualité sur les branches suivantes de l'article R 211-2 :

- Branche 1 : accident
- Branche 2 : maladie
- Branche 20 : vie-décès

Les garanties distribuées par la mutuelle sont donc essentiellement des **garanties complémentaires santé** (remboursement des frais médicaux, assistance à la personne, ...) sous forme :

- de contrats souscrits individuellement par les particuliers, les travailleurs indépendants...etc.
- de contrats collectifs souscrits par les entreprises pour leurs salariés

La mutuelle a **pris en substitution les engagements techniques** des portefeuilles de contrats de mutuelles substituées :

MUTUELLES SUBSTITUEES	SIEGE SOCIAL	DEPUIS	PERSONNES PROTEGEES *	COTISATIONS 2016
SOGERMA	Rochefort	2003	1 030	704 K€
MFA	La Courneuve	2003	4038	307 K€
MFTSV	Moissy Cramayel	2003	14 236	226 K€

*au 31.12.2016

Par ailleurs, la mutuelle a des **liens avec les organismes partenaires** suivants pour se doter de moyens et de ressources aidant au fonctionnement des ses activités :

- elle détient 45% des parts dans le GIE Synergie Mutuelles, dont le siège social est situé au 1 place Pierre Mendès France, Immeuble Le Dorval à Toulouse et dont le but consiste à mutualiser des moyens techniques entre mutuelles (systèmes d'information)
- elle a adhéré à l'Union Agrume Groupe Harmonie, relevant du Livre I du code de la Mutualité, dont le siège est situé au 143 rue Blomet à Paris et dont le but consiste à mettre en commun des compétences et des moyens techniques entre mutuelles
- elle coassure avec l'organisme d'assurance de la mutualité MUTEX SA, dont le siège social est situé au 125 avenue de Paris à Châtillon, des contrats collectifs importants souscrits par de grandes entreprises nationales (EADS, SAFRAN, ALSTOM).



A.2 Résultats de souscription

Pour la **branche d'activité santé** le portefeuille de contrats représente 50 436 personnes protégées au 31.12.2016. Il est composé :

- de « contrats en direct » dont le risque santé est porté par Mutaero qui est composé de contrats « individuels » et de contrats « collectifs ».
- de contrats pris en substitution concernant les mutuelles SOGERMA Rochefort, MFA, MFTSV
- de contrats collectifs coassurés pour couvrir des grandes entreprises (EADS, SAFRAN, ALSTOM)

Brut de réassurance	EFFECTIFS Nombre de PP	COTISATIONS brutes	PRESTATIONS brutes	MARGE TECHNIQUE brute
TOTAL	50 436	24 816 K€	20 296 K€	4 520 K€

Au niveau des **revenus de souscription**, les cotisations brutes de réassurance encaissées s'élèvent à 24 816 K€, les prestations brutes redistribuées aux adhérents à 20 296 K€. La différence entre cotisations encaissées et les prestations remboursées représente la marge technique qui s'élève à 4 520 K€ pour financer les frais de fonctionnement de la mutuelle.

D'autre part la mutuelle **réassure** quelques contrats et cède 496 K€ de cotisations (*soit 2% des cotisations brutes*) et 432 K€ de prestations, essentiellement sur les contrats coassurés.

Au niveau des **dépenses de souscription**, les frais techniques s'élèvent à **5 040 K€** et se répartissent comme suit :

FRAIS TECHNIQUES DE SOUSCRIPTION	2016
. Frais de liquidation des prestations	1 670 K€
. Frais d'acquisition des contrats	750 K€
. Frais d'administration des contrats	760 K€
. Autres charges techniques	1 860 K€
TOTAL DES FRAIS	5 040 K€

Le total des frais techniques de souscription 5 040 K€ rapportés au total des cotisations brutes encaissées de 24 816 K€ (*sans rajouter les autres produits techniques ci-après*) fait ressortir un taux de chargement de 20%. Ce taux se situe dans la moyenne des taux de chargement des mutuelles de cette taille.



A.3 Résultats des autres activités

Pour l'exercice 2016 les **autres revenus techniques** s'élèvent à **1 011 K€** :

- 692 K€ représentent les indemnités reçues en contrepartie de la gestion des contrats nationaux (*fichiers des adhérents, paiement des prestations*)
- 281 K€ représentent d'autres produits techniques correspondant principalement à des frais de personnel refacturés aux mutuelles appartenant au « groupement de fait »
- 38 K€ représentent des commissions reçues des réassureurs à hauteur de 38 K€ pour les contrats réassurés

Autres produits techniques	Montant
. Indemnités de gestion des contrats en coassurance	692 K€
. Autres produits techniques	281 K€
. Commissions reçues des réassureurs	38 K€
Autres produits techniques	1 011 K€

A.4 Résultats des investissements

La mutuelle a pour mission de gérer de façon prudente la trésorerie disponible en préservant le capital tout en recherchant des revenus raisonnables sans prendre de risques non maîtrisés.

La **répartition des placements** de la mutuelle au 31.12.2016 se présente comme suit à l'Actif du bilan :

CATEGORIES	PLACEMENTS	Valeur comptable brute	Poids	Valeur de marché au 31.12.2016	+ ou - Value latente	Valeur nette au 31.12.2016
IMMOBILIER	Immeubles et parts de SCI	2 055 359	16%	2 612 371	557 012	1 309 840
OBLIGATIONS	Titres, capitalisation, TSDI	2 550 000	16%	2 649 307	99 307	2 550 000
ACTIONS ET ASIMILE	Actions, parts sociales, parts GIE	1 236 113	8%	1 240 238	4 125	1 236 113
OPCVM	SICAV, FCP	1 673 679	10%	1 691 449	17 771	1 666 025
AVANCE TRESORERIE	Prêt clinique mutualiste	76 250	0%	76 250	0	76 250
DEPOTS REMUNERES	CAT, livrets, dépôt de garantie, SFG	6 937 352	43%	6 930 575	-6 777	6 930 575
TRESORERIE	Comptes courants	1 007 863	6%	1 007 863	0	1 007 863
TOTAL GENERAL		15 536 617	100%	16 208 054	671 437	14 776 666

Au 31.12.2016 les placements s'élèvent à 14 776 666 K€ en valeur nette comptable. Ils s'élèvent à 16 208 K€ en valeur de marché (valeur de revente) ce qui, comparé à la valeur brute de 15 536 K€ (valeur d'acquisition), présente des plus-values latentes nettes pour 671 K€.

L'**immobilier** représente environ 16% du total des placements dont 10% pour l'immobilier d'exploitation (siège social).



Le reste des placements se répartit d'une part sur des **valeurs mobilières** (obligations, actions sous forme directe ou d'OPCVM) à raison de 34% et, d'autre part, pour 50% sur des **crances bancaires** ou assimilées (dépôts, livrets, comptes courants).

Concernant les **revenus des placements** (tableau ci-après), en 2016 ils se répartissent entre les « revenus échus et perçus » pour 142 K€ et les « revenus courus et non perçus » pour 101 K€, soit des « revenus globaux » à hauteur de 243 K€.

CATEGORIE	Revenus échus perçus en 2016	Revenus courus non échus en 2016	Revenus globaux en 2016	Poids des revenus par catégorie
IMMOBILIER	37 500	0	37 500	15%
OBLIGATIONS	42 959	24 461	67 420	28%
OPCVM	0	0	0	0%
ACTIONS	23 106	2 978	26 084	11%
AVANCE TRESORERIE	0	2 393	2 393	1%
DEPOTS	36 378	71 310	107 688	44%
TRESORERIE	2 580	0	2 580	1%
TOTAL GENERAL	142 523	101 142	243 665	100%

Au niveau de l'immobilier, l'immeuble Dorval acquis fin 2015 (situé à Toulouse) est loué au GIE Synergie Mutuelles pour un loyer annuel de 37,5 K€.

Concernant les **dépenses des placements** sur l'exercice 2016 elles se limitent aux honoraires de la société de conseil pour un montant de 28 K€.

Le **taux moyen de rentabilité brut** (hors plus ou moins-values) de l'ensemble des placements est calculé en prenant les revenus générés au regard de la valeur économique des actifs au 31.12.2016. Ce taux ressort à **1,67%** sur l'exercice 2016.

A.5 Autres informations

Aucune autre information importante ou qualifiée comme telle par la mutuelle susceptible d'impacter l'activité ou les résultats n'est à mentionner.



B - SYSTEME DE GOUVERNANCE

B.1 Informations générales sur le système de gouvernance

Le système de gouvernance de la mutuelle est en conformité avec les articles 41 à 49 de la directive Solvabilité2, transposés aux articles L.114-21, L.211-12 à 14 du code de la Mutualité et détaillés dans les articles 258 à 260, 266 à 275 des actes délégués.

La gouvernance de la mutuelle est ainsi fondée sur la complémentarité entre les différents organes :

- les Délégués sont élus par les adhérents tous les 6 ans et forment l'**Assemblée générale**. Elle élit notamment les administrateurs, parmi les adhérents, qui présentent leur candidature
- les administrateurs composent le **Conseil d'administration**, le président dirige ses travaux, les membres du Conseil administrent la mutuelle, déterminent les orientations stratégiques et les politiques (écrites) qui en découlent
- le Conseil d'administration nomme le(a) **Dirigeant(e) opérationnel(le)** qui met en œuvre ses décisions et manage les équipes de la mutuelle
- le Président et les directrices constituent les **3 dirigeants effectifs** aptes à prendre conjointement des décisions importantes, représenter la mutuelle vis-à-vis des tiers, répondre aux demandes de l'ACPR
- les **4 Fonctions clés** apportent leur expertise pour éclairer le Conseil et le Dirigeant opérationnel dans les domaines que sont la gestion des risques, l'actuariat, la conformité et le contrôle interne ainsi que l'audit interne

L'organisation générale de la gouvernance est décrite dans les statuts de la mutuelle approuvée par l'Assemblée générale.

Ainsi, les rôles et responsabilités des différents acteurs ont été clairement identifiés et définis permettant d'assurer d'une correcte séparation des tâches entre les fonctions d'administration, de gestion et de contrôle.

B.1.1 – Le Conseil d'administration

Le Conseil d'administration est composé de 18 administrateurs élus parmi les adhérents de la mutuelle. Il se réunit à minima 11 fois dans l'année. Au cours de l'exercice 2016, les séances suivantes ont été tenues :

DATES	TAUX PARTICIPATION	DATES	TAUX PARTICIPATION
26 janvier	59%	20 septembre	63%
23 février	59%	04 octobre	68%
22 mars	75%	25 octobre	73%
26 avril	50%	22 novembre	63%
17 mai	65%	13 décembre	72%
21 juin	68%		



Les principales **prérogatives du Conseil d'administration** fixées à l'article 37 des statuts qui en précise les compétences générales : « ... le Conseil d'Administration détermine les orientations de l'organisme et veille à leur application. Le Conseil d'Administration opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la mutuelle. Plus généralement il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux mutuelles ... ».

En complément des statuts, le Conseil d'administration s'est vu attribuer des **missions supplémentaires** découlant de la directive Solvabilité² depuis le 01.01.2016 :

- il approuve la stratégie et les politiques écrites qu'il réexamine annuellement
- il est conseillé par le responsable de la fonction clé Conformité sur le respect des dispositions législatives, règlementaires et administratives
- il détermine les actions qui sont menées pour chacune des conclusions et recommandations de l'Audit interne et veille à leur bonne application
- il est informé du caractère adéquat et de la fiabilité des provisions techniques ainsi que de l'avis du responsable de la fonction Actuariat à travers un rapport formalisé
- il s'assure que le système de gestion des risques est efficace en s'appuyant sur la fonction Gestion des risques
- il approuve les rapports narratifs et celui relatif à l'ORSA
- en cas de recours à la sous-traitance, il veille à ce que les dispositions afférentes pour chaque prestataire soient mises en place
- il assume la responsabilité finale du respect par l'organisme de la directive Solvabilité 2

Dans ce contexte, le Conseil d'administration a examiné notamment les **principaux dossiers** ci-après au cours de l'exercice 2016 :

- Politique salariale (mise en place d'un PEE/ intéressement/rémunération sur objectifs)
- Validation du budget de l'action sociale 2016
- Présentation et approbation des rapports de contrôle interne et solvabilité 2016
- Rapport sur les sommes versées aux administrateurs
- Présentation et arrêté des comptes sociaux et combinés de l'exercice 2015
- Validation du rapport sur les conventions réglementées
- Approbation du rapport de gestion de l'exercice 2015, du rapport ORSA
- Présentation et approbation des modifications statutaires soumises à l'Assemblée générale
- Approbation et révision des politiques écrites
- Présentation du plan d'audit interne, du plan de conformité et du plan d'actuariat
- Mise en place de la nouvelle convention médicale
- Evolution de l'offre assistance RMA
- Point sur l'intégration de l'entreprise Alyzia (groupe 3S)
- Budget 2017
- Evolution des garanties et des cotisations pour 2017
- Formation des élus
- Renouvellement des instances mutualistes

Afin de pouvoir exécuter ses missions avec le plus d'efficacité, le Conseil d'Administration s'appuie sur des **Commissions ou Comités** qui ont pour mission d'approfondir certains sujets techniques et lui formuler des propositions. Les principales commissions sont les suivantes :



- Le Bureau prépare les dossiers présentés au Conseil mais ne prend aucune décision relevant des prérogatives de ce dernier
- Le Comité d'audit en application de l'article L 823-19 du code du commerce et de l'article L 114-17-1 du code de la Mutualité. Ses attributions sont celles définies par la réglementation
- La Commission des placements définit et propose une Charte des placements au Conseil d'administration, propose des choix en termes de placements et effectue un reporting régulier
- La Commission des statuts étudie et propose au Conseil d'administration les évolutions qu'il convient d'intégrer aux statuts de la mutuelle
- La Commission formation définit les besoins des élus et prépare le plan annuel de formation
- Le Comité des risques a été créé pour préparer la mutuelle aux exigences de Solvabilité2 et traite de tous les sujets relatifs à la gestion et la maîtrise des risques

B.1.2 – Les dirigeants effectifs

En 2016 la direction effective de la mutuelle a été assurée par 3 dirigeants effectifs :

- le Président du Conseil d'administration :
- la Directrice opérationnelle
- la Directrice Institutionnelle et des Partenariats

Au niveau de la direction elle est articulée autour :

- de la Direction opérationnelle qui s'est vu confier les activités que sont la distribution et la gestion des contrats, la gestion des ressources humaines, des systèmes d'information, du contrôle interne, du marketing et de la communication ainsi que la comptabilité à partir de décembre 2016.
- de la Direction institutionnelle et des Partenariats qui s'est vu confier la gestion administrative des instances (Conseil d'administration, Commissions, Assemblée générale), des relations avec les mutuelles substituées, l'aide sociale aux adhérents et les actions de prévention

B.1.3 – Les fonctions clés

Sur la base du **principe de proportionnalité** et au regard de la taille de la mutuelle, pour répondre à compter 01.01.2016 aux impératifs de mise en place des fonctions clés, le Conseil d'administration a nommé les directrices et une administratrice, en qualité de responsables des fonctions clés.

B.1.4 – Politique de rémunération

La fonction d'Administrateur est bénévole. Cependant le président du Conseil d'administration s'est vu attribuer une indemnité en contrepartie de missions permanentes correspondant à ½ plafond annuel de la Sécurité sociale par délibération de l'Assemblée générale.

Les autres administrateurs ne perçoivent pas d'indemnité si ce n'est le remboursement de leurs frais de déplacement pour assister aux diverses réunions des instances. Au niveau du Dirigeant opérationnel et des autres salariés, la mutuelle n'a pas mis en place à ce jour de système de rémunération variable.

B.1.5 – Adéquation du système de gouvernance

Conformément aux exigences de la directive Solvabilité2 le système de gouvernance est revu périodiquement par le comité d'Audit et la fonction Audit interne auxquels le Conseil d'administration a confié cette mission.



B.2 Exigences de compétence et d'honorabilité

Une **politique de compétences et honorabilité** a été approuvée par le Conseil d'administration en date du 13.12.2016. Les compétences clés attendues pour chaque organe de l'AMSB ont été définies : administrateurs, direction, fonctions clés. Elles constituent une référence et la cible à atteindre à moyen terme. Les plans de formations ont pour but de compléter les connaissances et capacités de chacun.

Au sein de la politique de Compétences et honorabilité le Conseil d'administration s'est fixé **les principaux objectifs suivants** (point 3) :

Objectif 1 : maintenir des dirigeants compétents au regard des exigences de leur fonction ou mandat et les faire progresser par la formation ou l'accompagnement. Le Conseil se fixe les indicateurs suivants :

- . 4 jours de formation seront programmés à minima par an
- . un taux de participation moyen minimum de 50% sera atteint à 1 an et 66% à 3 ans

Objectif 2 : favoriser la qualité des nouvelles candidatures à la fonction d'administrateur lors des renouvellements de poste pour renforcer les compétences collectives à moyen et long terme.

Objectif 3 : vérifier l'honorabilité des dirigeants préalablement à leur nomination ou prise de fonction, et ensuite de façon continue sur la base d'une déclaration sur l'honneur et de l'extrait n°3 du casier judiciaire.

Concernant l'**évaluation des compétences**, les dispositions suivantes ont été définies (point 5.3) : pour chaque membre dirigeant ayant des attributions spécifiques (directions, fonctions clé) une évaluation individuelle du degré d'acquisition des compétences doit être effectuée au cours du 1^{er} trimestre qui suit la première année d'application de la directive solvabilité 2. Elle sera ensuite suivie d'évaluations périodiques.

Pour les membres dirigeants ayant des attributions collectives (administrateurs) une évaluation collective doit être effectuée également au cours du 1^{er} trimestre qui suit la première année d'application de la directive solvabilité 2.

Elle sera ensuite suivie d'évaluations périodiques notamment à la fin d'une session de formation. Les résultats individuels seront consolidés afin d'obtenir une évaluation collective synthétique.

A partir de ces évaluations les besoins de formation seront définis et permettront l'élaboration du plan de formation des membres de la gouvernance.

Conformément aux exigences de l'article L 214-21 et L 214-25 du code de la Mutualité la mutuelle met en œuvre un plan de formation annuel des administrateurs.

En 2016 la formation des administrateurs reste une préoccupation majeure de Mutaero c'est pourquoi 37 jours de formation ont été dispensés aux membres du Conseil d'Administration. De plus une formation diplômante Essec a été suivie par le Trésorier Général.



B.3 Système de gestion des risques et évaluation interne des risques et de la solvabilité

B.3.1 – La fonction gestion des risques

Dans le cadre du système de gestion des risques, le responsable de la **fonction gestion des risques** assume les prérogatives spécifiques suivantes :

- l'assistance à la mise en œuvre du système de gestion des risques.
- le suivi du système de gestion des risques et du profil de risque de la mutuelle.
- la déclaration des expositions aux risques et l'assistance sur son domaine à la Direction et au Conseil d'administration
- l'identification et l'évaluation des risques émergents
- la coordination opérationnelle de l'élaboration des divers rapports réglementaires (ORSA, narratifs)

B.3.2 – Le système de gestion des risques

Au niveau de la **gouvernance des risques**, le Conseil d'administration a mis en place une organisation paraissant adaptée à une mutuelle santé réalisant environ 25 M€ d'encaissement annuel de cotisations.

Au niveau de la gouvernance le Conseil d'administration a mis en place le comité d'Audit, dont une des missions consiste à évaluer l'efficacité du système global de gestion des risques, et s'est doté de 2 commissions spécifiques pour approfondir certains sujets :

- le comité des Risques : composé d'administrateurs, des directrices, des responsables des 4 fonctions clés, il a pour mission de mettre en place et faire vivre le système de gestion des risques et de contrôle interne. Il surveille les risques majeurs et en établit un reporting au Conseil d'administration.
- la commission des Placements : composée d'administrateur et de cadres salariés, pouvant s'appuyer sur un conseil extérieur, elle a pour but de mettre en œuvre la politique des placements et assurer une surveillance appropriée du portefeuille.

Au niveau opérationnel, le Conseil d'administration a mis en place les 4 fonctions clés et a renforcé ses compétences internes en recrutant courant 2016 un contrôleur de gestion pour analyser et suivre les divers budgets (technique, fonctionnement, investissements).

Concernant la construction du **système de gestion des risques**, il se met en place progressivement par une approche des risques majeurs au sein des principaux processus de la mutuelle. En 2016 les efforts se sont concentrés sur le processus le plus important et le plus exposé aux risques, le processus de Souscription des contrats santé.

Cette organisation du système de gestion des risques est complétée par une démarche risque précisée dans la suite du rapport au paragraphe afférent au « profil de risque » (point C ci-après).

B.3.3 – La politique de gestion des risques

La **politique de Gestion des risques** de la mutuelle consiste à répondre aux exigences de l'article 44 de la directive et de l'article 259 des actes délégués en la matière, à savoir déceler, mesurer, contrôler, gérer et déclarer, en permanence, les risques (*aux niveaux individuel et agrégé*) auxquels la mutuelle est exposée, ainsi que les interdépendances entre ces risques.

La stratégie consiste à prendre des risques raisonnables dans l'activité de souscription, et plus particulièrement dans la souscription des contrats collectifs, afin de soutenir le développement du portefeuille de la mutuelle. Pour ce faire elle peut coassurer certains contrats collectifs importants, de grandes entreprises nationales, en partenariat avec d'autres mutuelles.

D'autre part si le besoin s'en fait ressentir, la mutuelle peut réassurer des contrats collectifs dont elle estime que le risque de souscription est disproportionné au regard de son volume d'activité ou de sa marge de solvabilité, ou bien que les données techniques, relatives à la nature du secteur d'activité de l'entreprise couverte, ne sont pas suffisamment maîtrisées pour tarifer les garanties.

Concernant les placements la politique de la mutuelle a été jusqu'ici très prudente dans les choix d'investissements. Elle a volontairement limité les expositions de ses placements aux divers risques (actions, taux, spread, liquidité ...) préférant obtenir en contrepartie des rendements plus modérés.

B.3.4 – La méthode de gestion des risques

De manière complémentaire à l'organisation décrite dans la gouvernance (partie B ci-dessus), la mutuelle procède à l'étude des risques de la manière suivante :

Identification : la première étape de la démarche de gestion des risques consiste à s'assurer que l'ensemble des risques auxquels est soumise la mutuelle est bien identifié. Cette identification est réalisée de deux manières :

1-Approche règlementaire : cette analyse répond à la législation et notamment à l'Article 44 de la directive Solvabilité2.

Sont identifiés les risques de souscription et provisionnement, de gestion actif-passif, d'investissement financier, de gestion du risque de liquidité et de concentration, de gestion du risque opérationnel, les effets de la réassurance et les autres techniques d'atténuation des risques.

2-Approche propre à la mutuelle : en parallèle avec l'approche règlementaire, la mutuelle identifie quels sont les risques les plus importants ou significatifs à travers son dispositif ORSA et notamment les risques émergents et les risques stratégiques et de réputation.

Mesure : consécutivement à l'identification, la mutuelle définit des critères de mesure et de quantification des risques (*fréquence, impact, ...*), ceci au moyen d'outils, de règles ou d'indicateurs (cartographie des risques, formule standard, outil de business-plan).

Contrôle et gestion : le contrôle et la gestion des risques sont assurés par l'organisation décrite dans le paragraphe précédent qui permet de surveiller et de piloter les risques afin d'en limiter leurs impacts.

Enfin, dans le cadre de l'activité de contrôle, la mutuelle prévoit si besoin des plans de rétablissement permettant de limiter l'exposition de la mutuelle en cas de survenance d'un événement majeur (*exemple : le plan de continuation de l'activité face à des périls ou risques externes*).



Surveillance : la surveillance et la déclaration des risques sont assurées de manière régulière par la fonction gestion des risques aux dirigeants effectifs et au Conseil d'administration.

B.3.5 – L'évaluation interne des risques et de la solvabilité (EIRS ou ORSA)

Le dispositif d'**Evaluation interne des risques et de la solvabilité** (EIRS ou ORSA en anglais) est intégré au fonctionnement de la mutuelle et s'inscrit dans le cadre du dispositif de gestion des risques. Une politique ORSA validée par le Conseil d'administration précise l'organisation du processus ORSA. Plus particulièrement, la politique ORSA prévoit :

- une réalisation annuelle de l'ORSA, voire infra-annuelle en cas de changement significatif de l'environnement ou du profil de risque de la mutuelle
- une validation du rapport ORSA par le Conseil d'administration qui peut selon son jugement exiger de revoir et/ou corriger des paramètres concernant l'environnement externe (concurrence, juridique, économie, fiscalité, etc.) ou interne (interdépendances de décisions, adaptation de la stratégie et/ou de l'organisation, etc.)

La **démarche ORSA** est placée sous la responsabilité conjointe du Dirigeant opérationnel et de la fonction Gestion des risques.

L'ORSA est considéré comme un outil de pilotage des risques majeurs de la mutuelle, du résultat comptable et des fonds propres qui permet notamment de valider ou d'amender :

- les orientations stratégiques de la mutuelle
- le développement du portefeuille et en particulier de nouveaux produits
- la politique d'investissement et de placement
- les dispositifs de maîtrise des risques : la coassurance, le plan de réassurance, ...

Dans le cadre de cet exercice, la mutuelle analyse, évalue et s'assure de la couverture de l'ensemble des risques auxquels elle est soumise et détermine son **besoin global de solvabilité** sur les 3 à 5 ans à venir.

Pour cela, la **démarche ORSA** de la mutuelle se fonde sur les étapes suivantes :

- le calcul des exigences de solvabilité réglementaire, le capital de solvabilité requis (SCR en anglais) et le minimum de capital requis (MCR en anglais) pour vérifier le respect permanent de ces exigences au regard des fonds propres de la mutuelle, ceci en projetant l'activité sur 3 à 5 ans dans des conditions normales et dans des conditions adverses (tests de résistance)
- le calcul ensuite du Besoin global de solvabilité qui correspond au SCR en recalibrant certains risques réglementaires selon les propres paramètres de la mutuelle et en y rajoutant des risques supplémentaires propres éventuels. Là également l'on vérifie le respect permanent de ces exigences au regard des fonds propres de la mutuelle, ceci en projetant l'activité sur 3 à 5 ans dans des conditions normales et dans des conditions adverses (tests de résistance ou de sensibilité) afin d'observer l'évolution du taux de couverture du BGS par les fonds propres.
- une analyse de la déviaton du profil de risque du Besoin global de solvabilité la mutuelle par rapport à la formule standard du SCR

B.4 Système de contrôle interne

B.4.1 – Contrôle interne

En application de l'article 46 de la directive et de l'article 266 des actes délégués, la mutuelle est tenue de mettre en place un système de contrôle interne. Cette disposition est en cohérence avec les exigences préalables du décret n°2008-468 du 19 mai 2008 transposées à l'article R.211-28 du code de la mutualité.

Dans ce contexte, la mutuelle dispose d'un dispositif de contrôle interne. En vue de se conformer également à l'article 41-3 de la directive et de l'article 258-2 des actes délégués, la mutuelle a défini une politique de contrôle interne décrivant les objectifs, responsabilités, processus et procédures de contrôle interne.

Le contrôle interne est destiné à fournir une assurance raisonnable quant à la réalisation des objectifs suivants :

- la réalisation et l'optimisation des opérations.
- la fiabilité des informations financières.
- la conformité aux lois et aux règlements en vigueur.

Le **dispositif global de contrôle interne** de la mutuelle s'organise sur 3 niveaux :

- au niveau 1 : les contrôles permanents à effectuer par les salariés, ou par le responsable, au sein du service ou processus concerné.
- au niveau 2 : les contrôles permanents à effectuer par les contrôleurs indépendants des services ou des processus, par la fonction Vérification de la conformité
- au niveau 3 : les audits ponctuels effectués par la fonction Audit interne sur les sujets sensibles

NIVEAUX DE CONTROLES	TYPES DE CONTROLES	REFERENTIEL DES CONTROLES	ACTEURS DU CONTROLE	CONTROLES OPERES
1 ^{er} niveau	Contrôles permanents	Référentiel des obligations réglementaires par métier	Salariés et responsable au sein des processus métiers	Autocontrôles ou contrôles croisés des opérations au sein du processus
2 ^{ème} niveau		Plan de contrôle de la conformité	Contrôleur interne dont la Vérification de la conformité	Contrôles indépendants des contrôles opérés au sein du processus et contrôles supplémentaires ciblés
3 ^{ème} niveau	Contrôles périodiques	Plan d'audit pluriannuel	Audit interne	Audit du dispositif : respect des plans de contrôles, pertinence et fiabilité des contrôles, analyse des résultats

Pour renforcer cette activité la Direction opérationnelle a proposé au Conseil d'administration la création du **pôle Contrôle interne** (contrôle de 2^{ème} niveau) qui l'a approuvé.



Ce pôle **Contrôle interne**, rattaché à la Direction opérationnelle, est composé :

- d'un contrôleur comptabilité et finances
- d'un contrôleur qualité opérationnelle
- d'un contrôleur système information et qualité des données
- d'un contrôleur méthode et qualité
- d'un contrôleur de gestion

Le pôle Contrôle interne intervient en transversalité sur tous les processus pour assurer une meilleure maîtrise des opérations et des risques.

B.4.2 – Vérification de la conformité

Conformément à l'article L.354-1 du code de la mutualité, la **fonction de Vérification de la conformité** a pour mission de participer à la veille réglementaire et d'évaluer l'impact de tout changement de l'environnement juridique sur l'activité de la mutuelle. En cela, elle s'assure tout particulièrement de la couverture des risques de non-conformité.

La fonction de Vérification de la conformité est également consultée pour avis sur toute question réglementaire ou de conformité liée aux activités d'assurance ou de réassurance, les aspects de fraude, lutte anti-blanchiment, lutte contre le terrorisme, la protection de la clientèle.

Un **plan de conformité** est établi, renouvelé annuellement, visant à piloter l'activité de mise en conformité au regard des textes législatifs, réglementaires ou des règles internes.

B.4.3 – La politique de conformité

La **politique de conformité** décrit en détail ses responsabilités, les contours de sa mission et les modalités de reporting. Elle a été approuvée par le Conseil d'administration en date du 21.06.2016, et définit son périmètre d'intervention :

- les pratiques commerciales : publicité, documentation commerciale, commercialisation des contrats, conventionnement des intermédiaires et délégataires de gestion, habilitations d'intermédiaire en assurances
- la protection de la clientèle : devoir d'information et de conseil, traitement des réclamations, médiation
- la conformité des conventions et des contrats d'assurance
- la protection et confidentialité des données à caractère personnel (collecte, traitement, archivage) ou éventuellement à caractère médical
- la lutte contre le blanchiment et le terrorisme
- l'exercice des activités d'assurance : agrément, gouvernance, déontologie, exigences de compétences et d'honorabilité, exigences de solvabilité réglementaires, contrôle prudentiel
- l'éthique et la déontologie : secret professionnel, prévention et règlement des conflits d'intérêt, bonnes pratiques professionnelles

Le périmètre d'intervention inclut la mutuelle et ses liens avec les délégataires et prestataires de services.



Dans le cadre général du système de gestion des risques, les objectifs qualitatifs à court terme consistent à déployer le système de gestion du risque de non-conformité prioritairement au sein des processus métiers de la mutuelle et d'en assurer une surveillance permanente.

Le « référentiel des obligations réglementaires par métier » recense, à partir de la veille réglementaire, des politiques écrites et règles internes, les principales obligations que doivent respecter chaque métier dans leurs opérations, les documents et contrats utilisés, les échéances déclaratives à respecter, les méthodes de travail ou les pratiques professionnelles à suivre.

Afin de minimiser de nouveaux risques, la fonction Vérification de la conformité a le pouvoir de contrôler préalablement toute nouvelle opération devant respecter des textes législatifs ou réglementaires et ayant des conséquences juridiques significatives, telles :

- la suppression ou la création d'une nouvelle garantie
- le lancement ou l'arrêt d'une nouvelle activité
- la signature ou la résiliation d'un contrat, d'une convention ou d'un traité
- l'acquisition ou la cession d'un actif significatif notamment immobilier
- la signature d'un engagement hors bilan (caution, ...)
- l'adhésion ou la démission d'une union ou d'une structure juridique

La mise en œuvre de la politique de Conformité est pilotée par le Conseil d'administration :

- la politique de la conformité est élaborée par la fonction Vérification de la conformité avec le concours de la fonction Gestion des risques
- le projet est ensuite soumis pour approbation au Conseil d'Administration
- sous l'autorité du Président, la fonction Vérification de la Conformité a la charge de la déclinaison opérationnelle de la politique au niveau des processus métiers et la mise en œuvre du plan de contrôle de la conformité
- la politique de la conformité est actualisée à minima annuellement par le Conseil d'administration ou en cas d'évolution majeure de l'environnement, notamment réglementaire, ou de la stratégie de la mutuelle

B.5 Fonction d'audit interne

Conformément aux dispositions de l'article 47 de la directive, précisées à l'article 271 du règlement délégué, la mutuelle dispose d'une **fonction d'audit interne** qui est directement rattachée au Président et dispose d'un droit d'accès au Conseil d'administration.

Le Conseil d'administration, par l'intermédiaire du Comité d'audit, entend annuellement la fonction d'Audit interne qui :

- rend compte de la réalisation du plan d'audit
- présente les conclusions des missions réalisées et les recommandations associées
- réalise un état des lieux de la mise en œuvre des recommandations émises
- propose un plan d'audit pour l'année suivante, ce dernier étant validé voire préalablement amendé par le conseil d'administration.

La fonction d'Audit interne, pour assurer son objectivité, dispose également de la possibilité de conduire des audits non prévus initialement dans le plan d'audit. A cet effet, toute détection ou évènement

majeur portant atteinte à la maîtrise des risques est susceptible de donner lieu à une mission d'audit non planifiée initialement.

B.6 Fonction actuarielle

Conformément aux dispositions de l'article 48 de la directive, précisées à l'article 272 du règlement délégué, la mutuelle dispose d'une **fonction Actuarielle** depuis le 01.01.2016.

Les prérogatives de la fonction Actuarielle incluent notamment la coordination et le contrôle des provisions techniques. En cela, la fonction Actuarielle :

- s'assure de l'adéquation des méthodologies, des modèles sous-jacents et des hypothèses utilisés pour le calcul des provisions techniques.
- s'assure de la suffisance de la qualité des données utilisées dans le calcul des provisions techniques et en évalue les limites.

La fonction actuarielle rend compte annuellement à la direction et au Conseil d'administration de la fiabilité et du caractère adéquat du calcul des provisions techniques (*engagements envers les adhérents*) et rédige annuellement pour cela un **rapport actuariel**. Celui-ci met en exergue les écarts constatés, les limites des méthodes et de la qualité des données et évalue le degré de certitude et de fiabilité des calculs.

Le rapport vise aussi à présenter les défaillances et les recommandations associées à mettre en œuvre pour y remédier.

La fonction Actuarielle contribue également au **système de gestion des risques** de la mutuelle. En cela, la fonction actuarielle :

- élabore des modèles de risques techniques, qu'il s'agisse de ceux associés au développement de produits, de ceux liés au portefeuille de contrats bruts et nets de réassurance, de risque financier, de modèle de risque opérationnel. Elle alimente ainsi le calcul des exigences de fonds propres ainsi que les évaluations prospectives du rapport ORSA
- émet un avis sur la politique globale de souscription
- émet un avis sur l'adéquation des dispositions prises en matière de réassurance

B.7 Sous-traitance

Dans le cadre de ses activités, la mutuelle a recours à de la sous-traitance sur les domaines suivants :

- le développement, la maintenance, l'exploitation et l'hébergement des **progiciels informatiques** métiers utilisés par toute mutuelle gérant un portefeuille de contrats santé et pratiquant les activités courantes de toute entreprise :
 - o gestion des contrats santé
 - o gestion de la relation clients
 - o comptabilité
 - o base de données statistique
 - o outils bureautiques



- les **échanges de flux** dématérialisés avec les caisses d'assurance maladie obligatoires et les professionnels de santé
- La **dématérialisation des courriers entrants** envoyés par les adhérents et les professionnels de santé
- les **services aux adhérents** qui sont répartis, au-delà de la région Occitanie, sur tout le territoire national :
 - o assistance
 - o tiers payant auprès des professionnels de santé
 - o avantages tarifaires auprès des professionnels de santé (opticiens, audioprothésistes)

En revanche la mutuelle conserve en interne la gestion et la maîtrise de ses activités métiers de base que sont la conception des garanties santé, la distribution, la gestion des contrats, la relation avec ses adhérents.

Le **GIE SYNERGIE Mutuelles** est la structure créée fin 2015 après la dissolution de l'Union Synergie Mutuelles afin de mutualiser des moyens techniques liées aux systèmes d'information et de négocier des conditions économiquement intéressantes auprès de fournisseurs de services.

Mutaero est avec Harmonie Mutuelles l'un des principaux financeurs du GIE.

Cette sous-traitance est formalisée dans la **politique de sous-traitance** qui prévoit notamment les modalités de sélection et d'engagement des sous-traitants, de suivi et de contrôle des prestations qui leur sont déléguées.

En outre, le Conseil d'administration suit périodiquement les relations avec les principaux prestataires externes.

B.8 Autres informations

Aucune autre information importante ou qualifiée comme telle, et susceptible d'impacter le système de gouvernance, n'est à mentionner.

C – PROFIL DE RISQUE

La mutuelle a un **profil de risque** sur son activité non-vie (santé) qui peut être représenté par les risques réglementaires auxquels elle est théoriquement exposée. Ils sont caractérisés par le Capital de solvabilité requis (SCR). Ce dernier traduit les risques, calibrés selon la formule standard sur la base d'une Value at Risk de 0,5%, pouvant survenir dans les 12 mois. Le SCR s'élève à **6 800 K€** au 31.12.2016 :

SCR PAR MODULES au 31.12.2016 (en €)	PROFIL DE RISQUE	POIDS dans le SCR	EXPOSITION AU 4 RISQUES REGLEMENTAIRES
SCR DEFAUT DE CONTREPARTIE	1 388 875	16%	13,75% des créances bancaires (10,5 M€) et des autres créances (3,5 M€)
SCR SOUSCRIPTION SANTE	4 902 627	57%	19,7% du montant des cotisations brutes de réassurance (24,9 M€)
SCR MARCHE	1 584 243	18%	9,37% du montant des placements (16,9 M€) à l'actif du bilan
TOTAL	7 875 746		
<i>Diversification</i>	-1 804 275		
SCR DE BASE	6 071 471		
SCR OPERATIONNEL	747 961	9%	3% du montant des cotisations brutes de réassurance (24,9 M€)
<i>Absorption des impôts différés</i>	-0		
SCR	6 819 432	100%	

Les risques de Défaut de contrepartie s'élevant à 1 388 875 K€ représentent 13,75% des créances de la mutuelle. Les risques de souscription santé de 4 902 624 K€ représentent 19,7% du total des cotisations brutes de réassurance. Les risques de marché de 1 584 243 K€ représentent 9,37% des placements.

C.1 Risque de souscription

Le **risque de souscription et de provisionnement** de la mutuelle est potentiellement le plus important. Il correspond au risque de perte financière découlant d'une tarification ou d'un provisionnement inadaptés 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*).

Ce risque de souscription et de provisionnement en santé peut notamment émaner des sources suivantes :

- des hypothèses de tarification et de provisionnement.
- de la structure tarifaire du produit : cotisation unique, par tranche d'âge ou par âge (plus les tarifs sont segmentés, plus le risque d'anti sélection est limité).
- de la structure des garanties : les gammes modulaires, ou de grandes disparités entre les niveaux de garanties, entraînent un risque d'anti sélection.
- de la distribution des produits : les garanties proposées par un courtier présentent généralement une sinistralité plus élevée que celles distribuées en direct.
- des modalités d'adhésion : le risque d'anti sélection est fortement corrélé aux modalités d'adhésion.
- des informations disponibles sur la population à couvrir dans le cadre de contrats collectifs (salariés d'une entreprise) pour la tarification et le provisionnement.



La mutuelle pilote son risque de souscription et de provisionnement au travers de plusieurs **indicateurs suivis régulièrement** et présentés à la Direction et au Conseil d'administration. Les principaux indicateurs sont :

- l'évolution du portefeuille (*nombre d'adhérents ou montant de cotisations*).
- le rapport P/C (*Prestations + Frais / Cotisations*)
- les écarts entre les provisions estimées au 31 décembre de chaque exercice et leur dénouement (*les prestations effectivement payées dans l'exercice suivant*)

Afin de maîtriser les risques évoqués plus haut, la mutuelle a défini une **politique de souscription** et de provisionnement qui contribue au système de gestion des risques. A cet effet elle peut maîtriser ces risques en utilisant les moyens suivants :

- le processus de tarification de nouveaux produits qui prévoit une étude approfondie de la sinistralité prévisionnelle du contrat
- le processus de renouvellement tarifaire qui vise à rééquilibrer les cotisations de l'exercice
- le processus de provisionnement qui prévoit notamment une revue par la fonction Actuariat pour éviter les sous-estimations
- le recours si besoin à la réassurance qui vise à transférer une partie du risque d'un contrat collectif ou d'une population vers un réassureur

Par ailleurs la sensibilité de la mutuelle au risque de souscription est testée dans le processus ORSA par le scénario.

C.2 Risque de marché

Le **risque de Marché** correspond à l'impact sur les fonds propres de la mutuelle de mouvements défavorables sur les placements. Ce risque de Marché peut provenir essentiellement :

- d'une dégradation de valeur d'une classe d'actifs détenue par la mutuelle (dépréciation des cours ou de la cotation de la créance ou du bien immobilier)
- d'une dégradation de notation des titres détenus par la mutuelle (dépréciation de la créance)
- d'une forte concentration et surexposition d'investissement sur un même émetteur (risque de concentration)
- d'une inadéquation entre les échéances des placements (encaissements) de l'actif et les exigibilités des dettes (décaissements) du passif du portefeuille (risque de liquidité)

La mutuelle pilote son risque de Marché au travers de **plusieurs indicateurs** suivis régulièrement et présentés à la direction et au Conseil d'administration. Les principaux indicateurs sont :

- l'allocation stratégique des investissements validée par le Conseil d'administration.
- le coût d'un euro de placement en termes d'exigence de solvabilité règlementaire (SCR)
- l'évolution des plus et moins-values latentes et du rendement par type de placement
- l'évolution des notations financière des émetteurs des créances en portefeuille (banque, entreprise, état)
- la concentration du portefeuille sur un émetteur, un secteur, une zone géographique

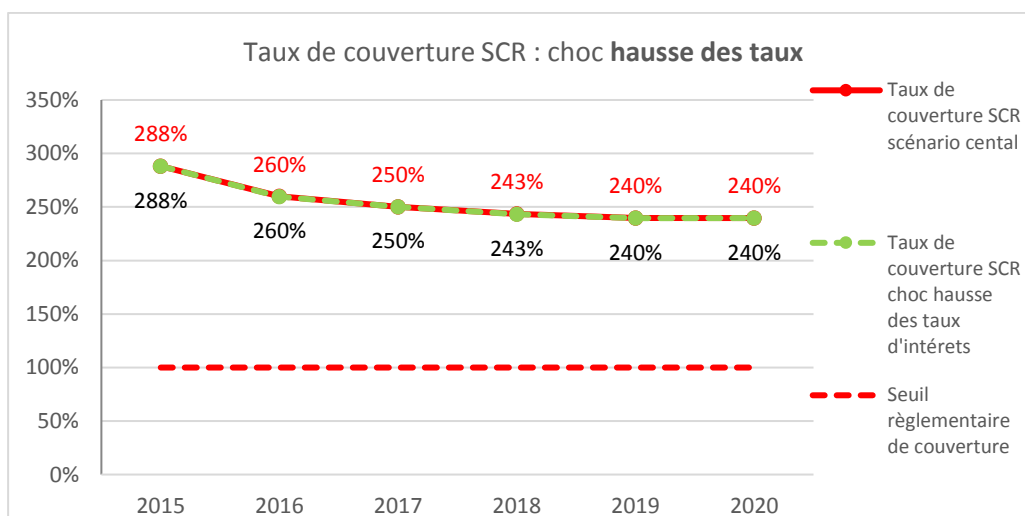


Afin de maîtriser les risques évoqués plus haut, la mutuelle a défini une **Charte des placements** qui contribuent au système de gestion des risques. De plus, la mutuelle s'appuie sur l'expertise d'une société de conseil indépendante qui lui fait des propositions de placement au regard de sa Charte.

Enfin, tous les placements de la mutuelle sont réalisés dans le respect du **principe « de la personne prudente »** précisée dans la directive Solvabilité2 :

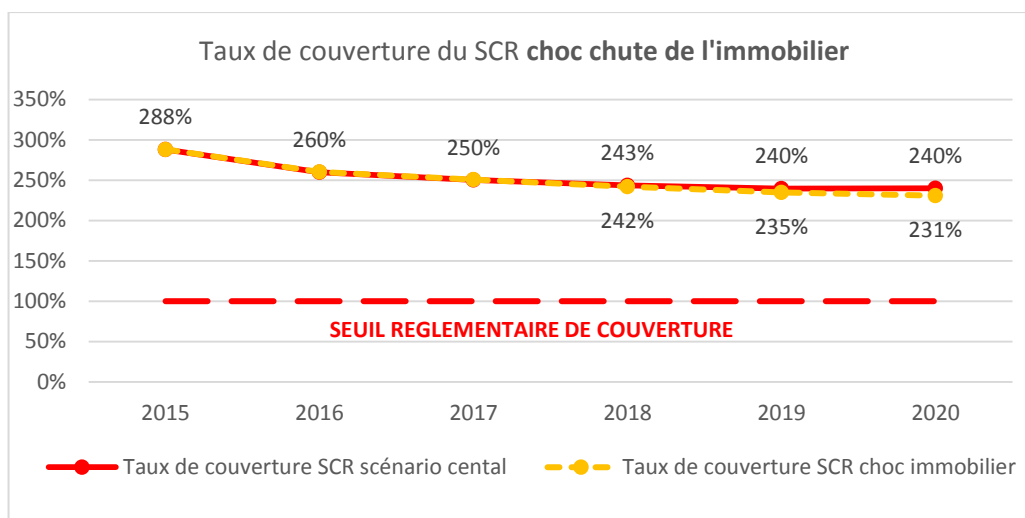
- la mutuelle est en mesure d'appréhender les risques financiers associés aux actifs détenus
- les investissements sont réalisés dans le meilleur intérêt des adhérents

La sensibilité de la mutuelle au risque de marché est testée dans le **processus ORSA 2016** par le scénario « **hausse des taux d'intérêt** ». Ce scénario prend en considération une hausse des taux d'intérêt d'un point de base à partir de 2016. Cette hausse des taux entrainerait une dévalorisation des cours des obligations à taux fixe :



Nous constatons que les actifs de la mutuelle, positionnés à hauteur de 16% sur des obligations, sont peu sensibles à la hausse des taux d'intérêt car le taux de couverture du SCR (courbe verte) ne se dégrade que de 25K€ (soit 2%) sur la période 2016-2020.

La sensibilité de la mutuelle au risque de marché est également testée dans le processus ORSA 2016 par le **scénario « chute de l'immobilier »** consistant à une chute des prix en 2018 de 10%, en 2019 de 10% et en 2020 de 5%. Cette baisse entraîne une dépréciation des actifs immobiliers (*représentant 16% des placements*) :



Nous observons une baisse relative du taux de couverture du SCR qui passe de 260% en 2016 à 231% en 2020, soit une baisse de 29 points de base.

C.3 Risque de crédit ou de défaut de contrepartie

Le **risque de Crédit** ou de **Défaut de contrepartie** correspond à la mesure de l'impact sur les fonds propres de mouvements défavorables liés au défaut de l'ensemble des tiers auprès desquels l'organisme présente une créance ou dispose d'une garantie. Ce risque de défaut peut provenir :

- du non-paiement des cotisations à recevoir par les adhérents.
- du non-paiement des créances détenues auprès de tiers
- du défaut d'un réassureur
- du défaut des banques au regard des liquidités détenues

La mutuelle pilote son risque de Crédit au travers de plusieurs **indicateurs** suivis régulièrement :

- la notation des banques.
- la notation des réassureurs.
- la concentration du portefeuille en termes de banques et de réassureurs
- le suivi du paiement des créances des adhérents et des tiers.

Concernant en particulier celui des banques auprès desquelles la mutuelle possède les plus importantes créances (dépôts rémunérés, trésorerie), la mutuelle veille à leur qualité et leur fiabilité lors de leur sélection et suit leur solidité financière. Ce risque présentant une faible probabilité au vu de la qualité des contreparties, notées en principe « A » par les agences de notation.

C.4 Risque de liquidité

Le **risque de liquidité** correspond au risque de perte résultant d'un manque de liquidités disponibles à court terme pour faire face aux engagements de la mutuelle (paiement de ses dettes). Dans le cadre de l'activité de la mutuelle, il s'agit essentiellement de la capacité à régler les prestations aux bénéficiaires.

Pour ses engagements à court terme relatifs à l'activité de santé, la mutuelle suit tout particulièrement :

- l'évolution du montant des prestations réglées et provisionnées
- les délais de règlement
- le niveau de sa trésorerie
- la liquidité des placements détenus en portefeuille

Afin de maîtriser le risque de liquidité la mutuelle, dans le cadre de sa **gestion des placements**, s'assure de disposer d'une poche de placements toujours disponibles, cotés sur des marchés et cessibles sous quelques jours et des placements de court terme pouvant être vendus immédiatement afin de faire face à une potentielle impasse de trésorerie à court terme.

Le risque de liquidité est quasiment nul au 31.12.2016 car les engagements de la mutuelle (7,202 M€) sont très largement couverts par des actifs parfaitement liquides à hauteur de 12,384 M€. En effet, la majeure partie de ces engagements est exigible sous 1 an et constituée par les provisions techniques (4,735 M€) et les diverses dettes (2,467 M€).

C.5 Risque opérationnel

Le **risque opérationnel** de la mutuelle correspond aux pertes potentielles qui pourraient résulter d'une défaillance au sein de l'organisme, défaillance qui pourrait être imputée à un défaut de contrôle interne, ce risque peut avoir les causes suivantes :

- les risques de non-conformité (sanctions financières liées à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ou bien encore la protection de la clientèle)
- les risques juridiques (frais juridiques engagés et amendes faisant suite à des litiges)
- les risques de fraude interne et externe (professionnels de santé)
- les risques d'exécution des opérations (défaillance humaine, de contrôle, d'organisation, ...)
- les risques de défaillance des systèmes d'information (indisponibilité ou latence des outils affectant la capacité de travail, ...)
- les risques liés à la qualité des prestations sous-traitées (qualité et délai de gestion, ...)
- les risques relevant de la sécurité des biens et des personnes (incendie, ...) affectant la disponibilité des collaborateurs et des locaux
- les risques de réputation (dégradation de l'image de la mutuelle suite à une mauvaise qualité de gestion ou un défaut de conseil lors de la commercialisation, à la qualité des produits ...)
- les risques liés à l'évolution de l'environnement légal (nouvelle réglementation affectant directement ou indirectement la capacité à maintenir une activité)

Le risque opérationnel est suivi au travers de la collecte des incidents et des pertes opérationnelles, centralisés au sein d'une **base incident**. Les incidents présentant un impact financier, réglementaire ou de réputation important sont remontés si nécessaire en Conseil d'administration.



L'identification des risques opérationnels majeurs fait l'objet d'une analyse et donne lieu à des plans de contrôle interne ou d'actions visant à restreindre ou éliminer les causes. A ce titre la mutuelle met en place un **Plan de continuité de l'activité** (PCA) visant à anticiper les éventuels risques internes ou externes pouvant entraver le bon fonctionnement de ses activités.

C.6 Autres risques importants

Aucun autre risque important ou qualifié comme tel par la mutuelle susceptible d'impacter le profil de risque présenté plus haut n'est à mentionner.

C.7 Autres informations

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



D – VALORISATION A DES FINS DE SOLVABILITE

Sur la base du **bilan comptable** (3^{ème} colonne) arrêté au 31.12.2016 et des règles de valorisation précisées ci-après et découlant de la directive Solvabilité2, le **bilan prudentiel** (2^{ème} colonne) s'établit comme suit au 31.12.2016 :

ACTIF en €	PRUDENTIEL	COMPTABLE	ECART	VALORISATION en Solvabilité2
ACTIFS D'IMPOTS DIFFERES	1 145 325		1 145 325	explications point 4.1.3 ci-dessus
IMMOBILISATIONS INCORPORELLES	0	10 490	-10 490	valorisé à 0
IMMOBILIER POUR USAGE PROPRE	1 590 000	358 364	1 231 636	valeur d'expertise immobilière
BIENS IMMOBILIERS AUTRES	1 022 369	951 476	70 893	valeur d'expertise immobilière
ACTIONS DE SOCIETE	1 316 488	1 312 363	4 125	valeur nominale d'émission
OBLIGATIONS	1 662 078	1 548 735	113 343	valeur de cotation (coupon couru inclus)
OPCVM (SICAV, FCP)	1 691 449	1 666 024	25 425	valeur de cotation
DEPOTS ET EQUIVALENT EN TRESORERIE ..	8 537 526	8 466 217	71 309	valeur nominale + intérêts courus
DEPOTS DE GARANTIE (Bail location)	0	0	0	valorisé à 0
CREANCES SUR OPERATIONS ASSURANCE .	3 264 142	3 264 142	0	valeur nette comptable
CREANCES D'OPERAT° NEES DE REAS.	734 128	703 814	30 314	évaluées en juste valeur (idem A)
AUTRES CREANCES (Impôts, Etat, ...)	715 178	715 178	0	valeur nette comptable
ACTIFS CORPORELS D'EXPLOITATION	0	0	0	(1)
TRESORERIE	1 007 862	1 007 862	0	valeur nette comptable
CHARGES CONSTATEES AVANCE	139 240	139 240	0	valeur nette comptable en AUTRES ACTIFS
INTERETS COURUS NON ECHUS	0	101 142	-101 142	inclus dans la cotation du titre ou livret
TOTAL	22 825 785	20 245 047	2 580 738	

(1) inclus dans Dépôts et équivalent en trésorerie

PASSIF DETTES en €	PRUDENTIEL	COMPTABLE	ECART	VALORISATION en Solvabilité2
PROVISIONS TECHNIQUES	5 363 345	4 735 004	628 341	
. dont PROVISIONS BEST ESTIMATE	4 992 669	0		évaluées en juste valeur (A)
. dont MARGE DE RISQUE	370 676	0		6% sur surplus SCR ou MCR induit par (A)
PROVISIONS POUR RISQUES ET CHARGES .	284 563	284 563	0	valeur nette comptable
IMPOTS DIFFERES	200 326	0	200 326	Taux IS x plus-values nettes actifs et passif
DETTES ENVERS LES ETABLIS. DE CREDIT ...	0	0	0	valeur nette comptable
DETTES NEES D'OPERATIONS DIRECTES	147 953	147 953	0	valeur nette comptable
DETTES NEES D'OPERAT° DE REAS	629 110	629 110		valeur nette comptable
AUTRES DETTES (personnel, Etat, divers) ..	1 406 270	1 407 535	-1 265	valeur nette comptable
COMPTE DE REGULARISATION	0	0	0	valeur nette comptable
TOTAL	8 031 567	7 204 165	827 402	

EXCEDENT ACTIF SUR DETTES PASSIF	14 794 218	13 040 882	1 753 336	
---	-------------------	-------------------	------------------	--

Au 31.12.2016 l'excédent d'actif sur les dettes du passif représente les **fonds propres économiques** (prudentiels) qui s'élèvent à **14 794 K€**.



D.1 Actifs

La base générale de comptabilisation de l'**actif dans le bilan prudentiel** est conforme à la réglementation Solvabilité 2 et fondée sur l'approche suivante :

- pour les placements, valorisation sur la base de la valeur d'échange quand le titre est disponible sur un marché actif règlementé (actions, obligations, parts d'OPCVM ...), si celle-ci n'est pas disponible :
 - o valorisation à la valeur d'expert (*notamment pour l'immobilier*)
 - o ou valorisation à la valeur issue d'un modèle (*notamment pour les provisions cédées*)
- pour les actifs incorporels, valorisation à zéro (*la mutuelle ne détient quasiment pas d'actifs incorporels*)
- pour les autres postes d'actif (créances, dépôts et comptes, actifs corporels) valorisation en reprenant la valeur nette comptable

La mutuelle n'a pas identifié de source majeure d'incertitude liée à la valorisation des actifs.

D.2 Provisions techniques

La mutuelle applique également les règles issues de l'article 75 de la directive : les passifs sont valorisés au montant pour lequel ils pourraient être transférés ou réglés dans le cadre d'une transaction conclue, dans des conditions de concurrence normales, entre des parties informées et consentantes.

Deux types de **provisions techniques** sont calculés à la clôture annuelle des comptes :

1-Provisions pour prestations à payer (PPAP)

La PPAP représentent la valeur estimative des dépenses en principal et en frais, tant internes qu'externes, nécessaires au règlement de toutes les prestations survenues dans l'exercice comptable et les exercices antérieurs et non payées à la date de clôture des comptes.

La PPAP est calculée exercice par exercice et pour son montant brut c'est-à-dire sans tenir compte des éventuels recours contre tiers à exercer. La PPAP est ensuite complétée par une évaluation des charges de gestion (ou frais de liquidation) qui doit être suffisante pour permettre la liquidation de tous les dossiers concernés.

Les flux de décaissement de la PPAP ne sont pas actualisés sur la base du taux d'intérêt sans risque dans la mesure où cette PPAP s'écoule rapidement après la date de clôture des comptes.

2-La Provision pour Egalisation du Risque (PER)

La PER est destinée à faire face aux fluctuations de sinistralité afférentes aux opérations d'assurance de groupe contre les risques de dommages corporels afin de modérer la volatilité des risques sur les résultats techniques d'un contrat. Elle est affectée par ordre d'ancienneté aux déficits techniques du groupe.



Les modalités de calcul sont définies par les conventions, signées entre les contractants, qui régissent le fonctionnement du contrat.

D.3 Autres passifs

Les **autres passifs** de la mutuelle ont été comptabilisés de la manière suivante :

- estimation à la valeur nette comptable considérée comme la meilleure approximation de la valeur de marché.
- retraitements du bas de bilan liés à la valeur de marché (surcote notamment)

Par ailleurs, la mutuelle n'a pas procédé au cours de l'exercice à une modification des bases de comptabilisation et de valorisation (autre que les provisions techniques tel que mentionné ci-avant). Elle n'a pas non plus identifié de source majeure d'incertitude liée à la valorisation de ces autres passifs.

D.4 Méthodes de valorisations 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 présentée plus haut n'est à mentionner.

E – GESTION DU CAPITAL

E.1 Fonds propres

La gestion des Fonds propres est suivie chaque année par le Conseil d'administration qui surveille le niveau de couverture des exigences de solvabilité (SCR, MCR) ainsi que les projections issues du processus ORSA utilisant un horizon de 3 à 5 ans. Le passage des fonds **propres comptables** (Solvabilité 1) aux **fonds propres économiques** (Solvabilité 2) s'établit ainsi au 31.12.2016 :

Fonds propres comptables Solvabilité1 en €	13 040 882
Immobilisations incorporelles	-10 490
ICNE (inclus dans les valeurs des actifs)	-101 142
Actifs : valeur marché>valeur comptable	1 516 730
Ecart entre provisions BE et provisions S1	-227 349
Marge de risque sur provisions BE	-370 676
Impôts différés	944 998
Décotes/surcotes en S1	1 265
Fonds propres économiques Solvabilité2 en €	14 794 218

Les **Fonds propres économiques**, constitués intégralement de réserves, de report à nouveau, du résultat, des reprises de passif (provisions) et des plus-values latentes nettes, s'élèvent à **14 794 K€** au 31.12.2016. Ils sont classés à 94% en **TIER 1** non restreint (qualité maximale) et 6% en **TIER3** en raison de la déclassification de la créance fiscale détenue sur l'Etat par la mutuelle :

QUALITE DES FONDS PROPRES	ELEMENTS DE FONDS PROPRES	MONTANTS en €	POIDS en %
TIER 1 non restreint	Réserves, report à nouveau, résultat TSDI ou TSDD > 10 ans sans contraintes	13 849 220	94%
TIER 2	TSDD < 5 ans avec clauses de contrôle Rappel de cotisations Garanties financières (hors bilan)		
TIER 3	Créance fiscale sur l'Etat TSDD < 5 ans	944 998	6%
TOTAL		14 794 218	100%

E.2 Capital de solvabilité requis (SCR) et Minimum de capital requis (MCR)

A partir de la formule standard le **Capital de solvabilité requis (SCR)** d'un montant de **6 819 K€** au 31.12.2016 se décompose ainsi en sous-modules de risque :



SCR PAR MODULES	31.12.2016 en €	POIDS en %	SIGNIFICATION DES RISQUES
SCR DEFAUT DE CONTREPARTIE	1 388 875	16%	défaut de paiement des débiteurs (adhérents, banques ...)
SCR SANTE	4 902 627	57%	la volatilité des cotisations et des provisions techniques
SCR MARCHE	1 584 243	18%	la volatilité des actifs (placements)
TOTAL	7 875 746		
<i>Diversification</i>	-1 804 275		<i>atténuation du fait de la diversification des risques</i>
SCR DE BASE	6 071 471		
SCR OPERATIONNEL	747 961	9%	défaillance humaines et processus internes
<i>Absorption des impôts différés</i>	-0		<i>correction par le montant des impôts différés éventuels</i>
SCR	6 819 432	100%	totalité des risques réglementaires encourus

Le taux de la couverture du SCR par les fonds propres au 31.12.2016 s'établit à **217 %** :

COUVERTURE DE LA SOLVABILITE REGLEMENTAIRE	31.12.2016 en €
FONDS PROPRES sous Solvabilité ² (TIER1+TIER2+TIER3)	14 794 218
SCR	6 819 432
Surplus de Fonds propres	7 974 786
Ratio de couverture du SCR (en %)	217%

Le **Minimum de capital requis (MCR)** au 31.12.2016 se calcule ainsi :

MCR	31.12.2016 en €
MCR linéaire (% cotisations et provisions techniques)	1 379 438
SCR	6 819 432
MCR maximum (40% du SCR)	3 068 745
MCR minimum (25% du SCR)	1 704 858
MCR combiné	1 704 858
MCR plancher absolu (NON VIE + VIE)	3 700 000
MCR retenu	3 700 000

Le **taux de la couverture du MCR** par les fonds propres au 31.12.2016 s'établit à **374 %** :

COUVERTURE DE LA SOLVABILITE REGLEMENTAIRE	31.12.2016 en €
FONDS PROPRES sous Solvabilité ² (TIER 1 non restreint)*	13 849 220
MCR	3 700 000
Surplus de Fonds propres	10 149 220
Ratio de couverture du MCR (en %)	374 %

* déduction faite de la créance nette d'impôts différés

E.3 Utilisation du sous-module «risque sur actions» fondé sur la durée

La mutuelle n'utilise pas le sous-module « risque sur actions » fondé sur la durée prévu à l'article 304 de la directive. Ainsi, aucune autre information relative à ce point n'est à reporter dans le présent rapport.

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

La mutuelle utilise uniquement la formule standard pour ses besoins de calcul du Capital de solvabilité requis (SCR). Aucun calcul n'est réalisé via un modèle interne, même partiellement. Ainsi, aucune différence ou écart méthodologique n'est à reporter dans le présent rapport.

E.5 Non-respect du MCR et non-respect du SCR

Aucun manquement en capital relatif au Capital minimum requis (MCR) ou au capital de solvabilité requis (SCR) n'a été identifié sur la période de référence et n'est à reporter dans le présent rapport.

E.6 Autres informations

Aucune autre information importante ou qualifiée comme telle par la mutuelle susceptible d'impacter la structure ou les modalités de gestion des fonds propres n'est à mentionner.

ANNEXES

Sont joint en annexes certains QRT (*Quantitative Template Report*) c'est-à-dire certains états réglementaires transmis à l'ACPR annuellement et qui contiennent des données comptables et prudentielles sur la situation de la mutuelle :

Codes	Etats réglementaires
S.02.01.02	Bilan Prudentiel
S.05.01.02	Primes, sinistres et dépenses par ligne d'activité
S.05.02.01	Primes, sinistres et dépenses par pays
S.17.01.02	Provisions techniques pour les garanties Non Vie ou Santé Non SLT
S.19.01.21	Triangles de développement pour l'assurance Non-Vie
S.23.01.01	Fonds propres
S.25.01.21	SCR avec formule standard
S.28.02.01	MCR Activité mixte Vie et Non Vie

