

# **RAPPORT NARRATIF DESTINE AU PUBLIC**

(Rapport sur la Situation Financière et la Solvabilité)

Exercice 2019

Rapport approuvé par le Conseil d'administration du 19 mai 2020

# 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 10
B.3 Système de gestion des risques, y compris l'évaluation interne des risques et de la solvabilité	page 11
B.4 Système de contrôle interne	page 13
B.5 Fonction d'audit interne	page 15
B.6 Fonction actuarielle	page 16
B.7 Sous-traitance	page 16
B.8 Autres informations	page 17

## C. Profil de risque

---

C.1 Risque de souscription	page 18
C.2 Risque de marché	page 19
C.3 Risque de crédit	page 20
C.4 Risque de liquidité	page 20
C.5 Risque opérationnel	page 21
C.6 Autres risques importants	page 21
C.7 Autres informations	page 21

## D. Valorisation à des fins de solvabilité

---

Bilan prudentiel	page 22
D.1 Actifs	page 23
D.2 Provisions techniques	page 23
D.3 Autres passifs	page 24
D.4 Méthodes de valorisations alternatives	page 24
D.5 Autres informations	page 24

## E. Gestion du capital

---

E.1 Fonds propres	page 25
E.2 Capital de solvabilité requis (SCR) et minimum de capital requis (MCR)	page 25
E.3 Utilisation du sous-module «risque sur actions» fondé sur la durée	page 26
E.4 Différences entre la formule standard et tout modèle interne utilisé	page 26
E.5 Non-respect du MCR et non-respect du SCR	page 26
E.6 Autres informations	page 26

## Annexes : les états réglementaires

---

page 27

## SYNTHESE

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 de Toulouse. Elle s'est ensuite développée au sein de l'industrie aéronautique sur le territoire national pour y être aujourd'hui un acteur de référence dans la complémentaire santé et couvrir un peu plus de 40 000 personnes en santé.

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

- la mutuelle ne recherche pas le profit, elle n'a pas d'actionnaires 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. François Codine depuis le 20 juin 2017
- la Dirigeante 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 dirigeante opérationnelle) : 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 2 dirigeants effectifs (*président et dirigeante opérationnelle*) 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 2019, les **chiffres clés** traduisant la situation de la mutuelle sont les suivants :

Chiffres clés au 31.12.2019	
Nombre d'ETP	37
Nombre de membres du Conseil d'administration	18
Nombre de personnes protégées assurées en santé	41 424
Cotisations brutes encaissées (nettes de taxes)	22 999 K€
Prestations brutes redistribuées aux adhérents	18 627 K€
Fonds propres (évaluation sous Solvabilité 2)	11 589 K€
Ratio de couverture du Capital de solvabilité requis (SCR)	212%
Ratio de couverture du Minimum de capital requis (MCR)	313%

# 1-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 75009 Paris.

La mutuelle a donné mandat pour la **certification de ses comptes annuels** au cabinet Mazars (*titulaire 1*) situé au 298 allée du lac 31670 Labège (représenté *par Monsieur Eric Gonzales*) et au Cabinet Exco (*titulaire 2*) situé au 2 rue des Feuillants – BP 97606 – 31076 Toulouse Cedex 3 (*représenté par Madame Sandrine Bourget*).

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

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

Les garanties distribuées sur la métropole 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, les agents territoriaux
- de contrats collectifs souscrits par les entreprises pour leurs salariés

Depuis 2003 la mutuelle a **pris en substitution les engagements techniques** des portefeuilles de contrats de la MFTSV située dans la région parisienne qui couvre environ 15 140 personnes.

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

- elle adhère au GIE Synergie Mutuelles, dont le siège social est situé 6 Rue Brindejonc les Moulinais - 31500 Toulouse et dont le but consiste à mutualiser des moyens techniques entre mutuelles (systèmes d'information)
- elle adhère à l'Union VYV Partenariats, relevant du Livre I du code de la Mutualité, dont le siège est situé à la Tour Montparnasse 33 avenue du Maine à Paris 15eme et dont le but consiste à mettre en commun des compétences et des moyens techniques entre mutuelles
- elle coopère avec l'organisme d'assurance de la mutualité **MUTEX SA**, dont le siège social est situé au 140 avenue de la République 92327 CHATILLON CEDEX, dans le cadre de la coassurance (partage du risque) avec d'autres mutuelles de contrats collectifs importants souscrits par de grandes entreprises nationales (SAFRAN, AIRBUS).

## A.2 Résultats de souscription

Pour la **branche d'activité santé** (non-vie) le portefeuille de contrats assurés (portage direct et substitution) représente **41 424 personnes protégées** au 31.12.2019. Il est composé :

- de contrats en direct dont le risque santé est porté par MUTAERO constitué de contrats individuel et de contrats collectifs
- de contrats pris en substitution concernant la mutuelle MFTSV
- de contrats collectifs coassurés pour couvrir des grandes entreprises (SAFRAN, AIRBUS)

Au niveau des **revenus de souscription** de l'exercice 2019, la mutuelle **réassure** quelques contrats et cède environ 387 K€ de cotisations et 584 K€ de prestations, sur certains contrats individuels et collectifs coassurés avec d'autres mutuelles.

Il en résulte des **cotisations nettes de frais** (de réassurance et frais de gestion des contrats coassurés) s'élevant à 21 808 K€ et des **prestations nettes de cession** (de réassurance) payées aux adhérents s'élevant à 18 043 K€.

Sont ensuite rajoutés la **participation au résultat** des contrats réassurés (6 K€), la reprise sur la **provision d'égalisation du risque** (1 K€), les produits de gestion (692 K€) et la commission du réassureur (6 K€) afin de gérer les contrats coassurés, pour dégager in fine une **marge globale nette** qui s'élève à **4 470 K€** (contre 4 006 K€ en 2018) :

EXERCICE 2018-2019 en K€	TOTAL PORTEFEUILLE		
	2018	2019	Var°
<b>Cotisations brutes</b>	<b>25 059</b>	<b>22 999</b>	<b>-2 060</b>
Cotisations cédées en réass.	57	387	330
<b>Cotisations nettes de cession</b>	<b>25 002</b>	<b>22 612</b>	<b>-2 390</b>
Frais de gestion coassurance- réassurance	-850	-804	46
<b>Cotisations nettes de frais</b>	<b>24 152</b>	<b>21 808</b>	<b>-2 344</b>
Prestations payées brutes	-21 270	-18 573	2 697
Variation PPAP brutes	437	-54	-491
Prestations + PPAP cédés (1)	54	584	530
<b>Prestations nettes de cession</b>	<b>-20 780</b>	<b>-18 043</b>	<b>2 737</b>
<b>Marge technique brute</b>	<b>3 372</b>	<b>3 765</b>	<b>393</b>
Participat° résultat réass.	6	6	0
Provision égalisation risque	-409	1	410
<b>Marge technique nette</b>	<b>2 969</b>	<b>3 771</b>	<b>802</b>
% marge technique/Cot° nettes	12%	17%	5%
Produits de gestion perçus	1 031	692	-338
Com° reçues du réassureur	6	6	0
<b>Marge globale nette</b>	<b>4 006</b>	<b>4 470</b>	<b>464</b>
% marge globale/cot° nettes	17%	20%	3%

(1) y compris variation PPAP

Pour l'exercice 2019 les **autres produits techniques** s'élèvent à 87 K€ et correspondent principalement à des frais de personnel refacturés à l'euro aux mutuelles appartenant au groupement de fait, auxquels sont rajoutés une quote-part des **produits de placements** pour 66 K€ :

AUTRES REVENUS DE SOUSCRIPTION DES CONTRATS (K€)	2018	2019	Var en €	Var en %
Autres produits techniques (hors indemnités gestion coass)	119	87	32	-27%
Produits de placements alloués au compte technique	43	66	-23	54%
<b>TOTAL DES AUTRES REVENUS</b>	<b>162</b>	<b>153</b>	<b>9</b>	<b>27%</b>

Au niveau des **dépenses de souscription**, au-delà des prestations payées les divers frais techniques s'élèvent à environ 4 896 K€ et se répartissent comme suit :

AUTRES DEPENSES DE SOUSCRIPTION DES CONTRATS (K€)	2018	2019	Var en €	Var en %
Frais de sinistres payés	-1 774	-963	-811	-46%
Frais d'acquisition des contrats	-711	-643	-69	-10%
Frais d'administration des contrats	-750	-1 130	380	51%
Autres charges techniques (hors frais de gestion coass.)	-1 814	-2 161	347	19%
<b>TOTAL DES FRAIS TECHNIQUES</b>	<b>-5 048</b>	<b>-4 896</b>	<b>-152</b>	<b>-3%</b>
<i>Taux chargement/ cotisations brutes</i>	<i>20,1%</i>	<i>21,3%</i>		

Il en découle un Résultat technique non-vie de -273 K€ au 31.12.2019.

Le total des frais techniques de souscription rapportés au total des cotisations (nettes de frais) fait ressortir un taux de chargement de 21,65% au niveau du compte technique non-vie.

### A.3 Résultats des autres activités

La mutuelle n'a conservé le versement d'indemnités obsèques que de façon très accessoire sur quelques contrats collectifs (**branche d'activité vie**) et a versé pour 33 K€ d'indemnités (y compris les frais de liquidation) :

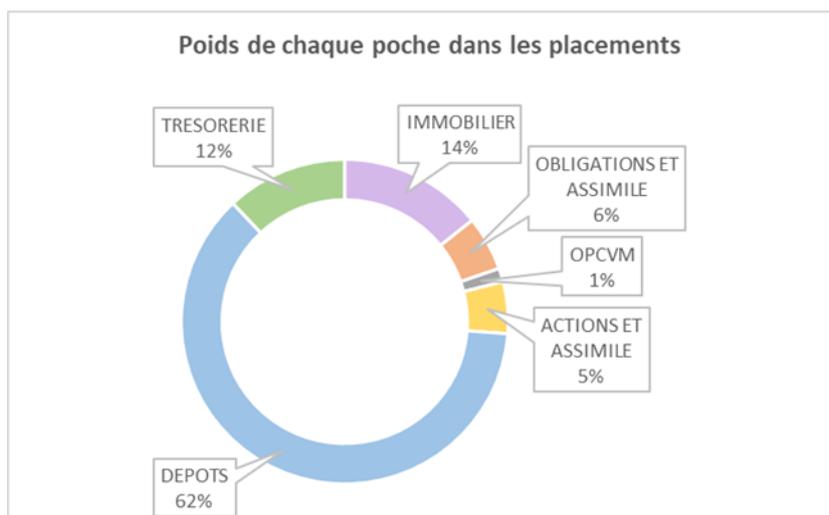
Marge technique nette en K€	TOTAL PORTEFEUILLE			
	2018	2019	Var en €	Var en %
Cotisations brutes	23	0	-23	-100%
<b>Cotisations nettes de cession</b>	<b>23</b>	<b>0</b>	<b>-23</b>	<b>-100%</b>
Autres produits techniques	0	0		
<b>Prestations et frais payés</b>	<b>-106</b>	<b>-33</b>	<b>-73</b>	<b>-69%</b>
<b>Marge technique nette</b>	<b>-83</b>	<b>-33</b>	<b>-50</b>	<b>-60%</b>

Après déduction des autres divers frais (-11 K€) le résultat technique vie s'établit à -44 K€.

### A.4 Résultats des investissements

La mutuelle a pour mission de gérer de façon prudente la trésorerie disponible tout en recherchant des revenus raisonnables sans prendre de risques non maîtrisés. En valeur nette comptable les placements sont comptabilisés à hauteur de 15 673 K€ dans le bilan au 31.12.2019, leurs valeurs de marché s'élève à 17 572 K€ présentant une plus-value latente de +1 899 K€.

La **répartition des placements** de la mutuelle au 31.12.2019 se présente comme suit à l'actif du bilan :



L'**immobilier** représente environ 14% du total des placements, le reste des placements se répartit d'une part sur des **valeurs mobilières** (obligations et assimilé, OPCVM, actions et assimilé) à raison de 12% et, d'autre part, pour 74% sur des **créances bancaires** (dépôts et trésorerie).

Concernant les **revenus des placements** en 2019, ils s'élevaient à environ 148 K€. Par rapprochement à la valeur de marché il en ressort un rendement annuel moyen de 0,84 %.

Les **dépenses des placements** sur 2019, d'un montant de **42 K€**, sont composées essentiellement des amortissements de l'immeuble locatif DORVAL.

## 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.

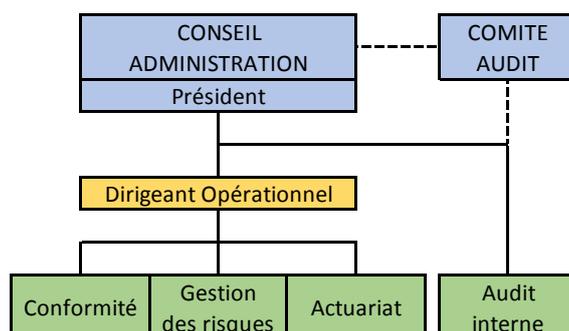
## B - SYSTEME DE GOUVERNANCE

### B.1 Informations générales sur le système de gouvernance

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

- 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
- 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 le Dirigeant opérationnel constituent les **2 dirigeants effectifs** aptes à prendre conjointement des décisions, représenter la mutuelle, 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 l'audit interne

Depuis le 01.02.2017 l'organigramme de l'**AMSB** (au sens Solvabilité<sup>2</sup>) est composé principalement du Conseil d'Administration, du dirigeant opérationnel, des 4 fonctions clés et du comité règlementaire qu'est le comité d'audit :



Les deux dirigeants effectifs sont le président, M François Codine, et la dirigeante opérationnelle Mme Catherine Cousinié.

#### B.1.1 – Le Conseil d'administration

Le Conseil d'administration est composé de 18 administrateurs élus parmi les adhérents de la mutuelle.

Les principales **prérogatives du Conseil d'administration** sont 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 Solvabilité<sup>2</sup> depuis le 01.01.2016.

Dans ce contexte, le Conseil d'administration a examiné notamment les **principaux dossiers** ci-après au cours de l'exercice 2019 :

- approbation de nouvelles politiques écrites : placements, continuité d'activité, gouvernance des produits
- approbation des rapports des fonctions clés, des comptes sociaux, du rapport de gestion, des rapports narratifs, du rapport de contrôle interne (LCB et FT), du rapport d'élaboration comptable et financière et du rapport ORSA ... de l'exercice 2018
- cooptation de Mr Abad au sein du Conseil d'administration
- approbation du plan de formation
- approbation des modifications statutaires et convocation de l'Assemblée Générale le 25 juin
- approbation du traité de réassurance relatif au contrat collectif du groupe 3S ALYZIA
- reconduction du mandat de François Codine en sa qualité de Président, nomination de Gérard Camacho au poste de Vice-Président délégué à la vie mutualiste, de Serge Ténias au poste de Vice-Président délégué aux risques et la reconduction de Dominique Couret et Christian Mattéi en qualité de membres du Bureau
- approbation de la sortie du dispositif CMU-C
- approbation de la suppression de 6 postes à effet du 31.12.2019
- approbation de la nouvelle gamme santé individuelle et du transfert des adhérents à effet au 1<sup>er</sup> janvier 2020
- cooptation de François Maraval au poste d'administrateur et nomination au poste de fonction clé audit interne à effet du 01.01.2020

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 but 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 statuts étudie et propose au Conseil d'administration les évolutions nécessaires à 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 Solvabilité<sup>2</sup> et traite de tous les sujets relatifs à la gestion et la maîtrise des risques (souscription, placements ...).

### **B.1.2 – Les dirigeants effectifs**

Dans le cadre de l'article L211-14 du code de la Mutualité, le Conseil d'administration dans sa séance du 24.01.2017 a nommé Mme Catherine Cousinié en qualité de dirigeante opérationnelle à effet du 01.02.2017, lui déléguant la gestion de toutes les activités assurantielles relevant du Livre II du code de la mutualité.

Avec le Président du Conseil d'administration M François Codine, ils constituent les 2 dirigeants effectifs.

### **B.1.3 – Les fonctions clés**

La fonction Audit interne est assurée par Mme Dominique Couret, présidente du Comité d'audit. Depuis le 01.02.2017 M Claudio Valente assure la responsabilité des fonctions Gestion des risques et Actuariat, et Mme Catherine Cousinié (dirigeante opérationnelle) celle de la fonction Vérification de la conformité.

### B.1.4 – Politique de rémunération

La fonction d'Administrateur est bénévole. Cependant seul le président du Conseil d'administration s'est vu attribuer une indemnité en contrepartie de ses attributions permanentes (correspondant à 1/3 du plafond annuel de la Sécurité sociale) par délibération de l'Assemblée générale.

Au niveau du Dirigeant opérationnel 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 Solvabilité<sup>2</sup> le système de gouvernance est revu annuellement 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** :

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

- 4 sessions de formation seront programmées à minima par an
- un taux annuel moyen de participation aux formations de minimum de 50% sera assuré

**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.

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 2019 les formations suivantes leur ont été proposées :

DATE	MODULES	DUREE	FORMATEUR
14-mars-19	Formation Solvabilité II (révision)	0,5j	Claude Valente - fonction clé gestion des risques
21-mai-19	Compréhension de l'ORSA	0,5j	Claude Valente - fonction clé gestion des risques
13-sept-19	Le rôle de l'Elu et l'environnement mutualiste	1 j	Patrick Autin - formateur CPCH
19-nov-19	Les placements (niveau 1)	0,5j	Claude Valente - fonction clé gestion des risques
17-dec-19	Les grands principes de la démarche stratégique	0,5j	Claude Valente - fonction clé gestion des risques

## 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 règlementaires (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 23 M€ d'encaissement annuel de cotisations.

Au niveau de la gouvernance le Conseil d'administration a mis en place :

- le Comité d'audit : une de ces missions consiste à évaluer l'efficacité du système global de gestion des risques
- le Comité des risques : composé d'administrateurs, du dirigeant opérationnel, des responsables des 4 fonctions clés, il a pour mission de mettre progressivement 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.

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

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 2019 les efforts se sont poursuivis sur le processus le plus important et le plus exposé aux risques, le processus de

souscription des contrats santé par un rééquilibrage technique des contrats collectifs les plus déficitaires.

Cette organisation du système de gestion des risques est complétée par une démarche risque précisée dans la suite du rapport dans le 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 de prise de risque 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 et en particulier avec Harmonie Mutuelle.

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.3 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 auquel 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 de l'Article 44 de la directive Solvabilité<sup>2</sup>.  
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 ... mais aussi les risques émergents et les risques stratégiques et de réputation.
- 2-Approche propre à la mutuelle : parallèlement à l'approche règlementaire, la mutuelle identifie quels sont les risques les plus importants ou significatifs à travers son dispositif ORSA (évaluation interne des risques et de la solvabilité).

**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 redressement permettant de limiter l'exposition de la mutuelle en cas de survenance d'un événement majeur (par 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, au comité des risques et au Conseil d'administration.

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

Le dispositif d'**Évaluation 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, évolution du niveau d'appétence aux risques fixé, 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 si besoin certains risques réglementaires selon les 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

- une analyse de la déviation 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.

Les **opérations de contrôle** permanent se sont poursuivies en 2019 au sein des services :

- sur la qualité des opérations de gestion des contrats (adhésions, prestations payées)
- sur les opérations de gestion des contrats déléguées par MUTEX (coassurance)
- du sous-traitant le GIE SYNERGIE MUTUELLES (administration du système d'information) sur le 1<sup>er</sup> semestre avant la résiliation de la convention (hors contrat SAFRAN), puis contrôle des opérations d'administration effectuées par l'éditeur CIM SA qui a pris le relais
- sur l'encaissement des cotisations des entreprises
- sur les déclarations de coassurance mensuelle
- sur les opérations comptables et financières
- sur la qualité des données via un rapprochement des 3 univers de données : la gestion des contrats, la comptabilité et la base de données décisionnelle (extractions statistiques)
- sur le calcul des provisions techniques.

Le travail sur les données, sous la responsabilité de la fonction « qualité des données », s'est poursuivi.

### B.4.2 – Vérification de la conformité

La **fonction de Vérification de la conformité** mentionnée à l'article L.354-1 du code de la mutualité est en charge 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.

Elle est 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.

Cette fonction a en particulier traité les dossiers suivants sur cet exercice 2019 :

- la rédaction et mise à jour des politiques écrites essentielles mais aussi le suivi et la mise à jour des délégations de responsabilités
- l'adaptation des conventions qui lient MUTAERO à ses divers partenaires (mutuelle substituée, sous-traitant) à l'évolution de la réglementation
- la rédaction des statuts de la SASU de courtage créée par la mutuelle.
- l'adaptation des statuts et règlements au regard des exigences réglementaires de solvabilité 2, du Code de la Mutualité et de l'évolution de l'activité de la mutuelle.

### Les politiques écrites

De nouvelles politiques écrites ont été rédigées et soumises à l'approbation du Conseil d'administration : placements, continuité d'activité, gouvernance des produits

### **Veille réglementaire**

La fonction Vérification de la conformité a poursuivi sa veille réglementaire et mis en œuvre le plan de mise en conformité de la mutuelle au regard des exigences de la DDA, du RGPD et de la réforme du 100% SANTE.

### **B.4.3 – La politique de conformité**

La **politique de conformité** décrit en détail ses objectifs, 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.

### **Les objectifs relatifs à la mise en conformité**

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.

### **Les mesures de prévention du risque de non-conformité**

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

## 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** depuis le 01.01.2016.

La mutuelle a mis en place un **Comité d'audit** en charge de la supervision des activités d'audit et un dispositif d'audit interne. La nomination d'une fonction d'Audit interne est venue compléter le dispositif depuis le 01.01.2016. Celle-ci est directement rattachée au Président et dispose d'un droit d'accès au Conseil d'administration, ce qui en garantit son indépendance.

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.

## 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.

## 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
- les **échanges de flux** dématérialisés avec les caisses d'assurance maladie obligatoires et les professionnels de santé
- les **services aux adhérents** qui sont répartis, au-delà de la région Occitanie, sur tout le territoire national (tiers-payant, assistance, réseau de soins)

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 et la gestion des contrats, la relation avec ses adhérents.

Les **principaux sous-traitants** au 31.12.2019 sont les suivants :

Principales activités ou fonctions externalisées	Sous-traitants	Fournisseurs
Progiciel de gestion santé (contrat SAFRAN)	GIE SYNERGIE Mutuelles	CIM SA
Progiciel de gestion santé (*autres contrats)		CIM SA
Progiciel de comptabilité		SAGE
Décisionnel (statistiques)		AGRUME
Gestion de la relation clients		EDEAL
Hébergement des progiciels		*CIM SA
Assistance aux adhérents		RMA
Routage des flux dématérialisés		DOCONE
Scannérisation des factures et documents		CIM SA
Services et avantages tarifaires auprès de professionnels de santé (opticiens ... )°	VYV Partenariat (portefeuille Safran)	KALIVIA
Tiers payant santé (mai 2020)		VIAMEDIS
Distribution de garanties santé (2020)	Courtier PILLIOT	
Fonction clé audit interne	Cabinet DEDIA-JM BINSON	

Le Conseil d'administration suit périodiquement les relations avec les principaux prestataires externes.

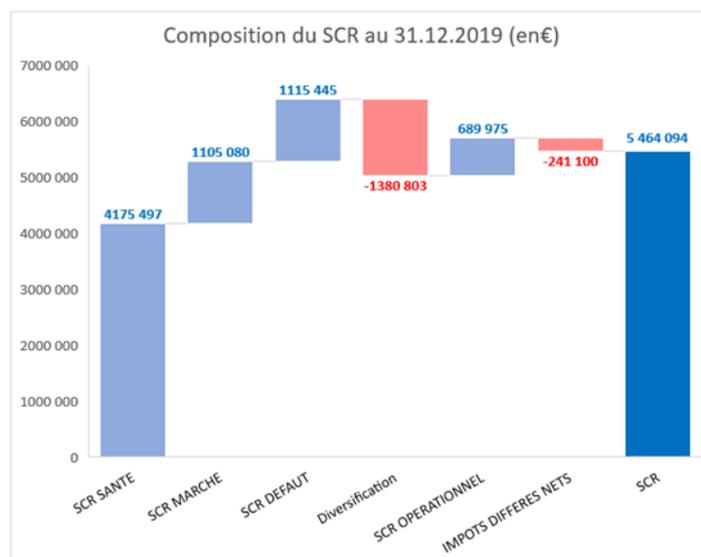
## B.8 Autres informations

---

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

## C – PROFIL DE RISQUE

Au 31.12.2019 la mutuelle a un profil de risque sur son activité non-vie (santé) qui peut être représenté par les risques règlementaires caractérisés par le **Capital de Solvabilité requis** (SCR en anglais) :



L'on peut considérer qu'au 31.12.2019 l'exposition aux risques règlementaires sur les 12 mois à venir s'élève à **5 464 K€**, et que cette exposition se décompose ainsi :

- la plus forte exposition (59% des risques) se situe sur le **risque Santé** (4 175 K€) représentant 15% des cotisations et provisions (PPAP) nettes
- l'exposition qui vient en second (16%) se situe sur le **risque de Marché** (1 105 K€) qui représente 12% du montant, en valeur de marché, des placements concernés, dans la même proportion (16%) le **risque de Défaut de contrepartie** (1 115 K€) qui représente 7% des créances de type 1 et 2
- l'exposition la plus faible (10%) est composée du **risque Opérationnel** (690 K€) équivalent à 3% des cotisations

### C.1 Risque de souscription

Le **risque de souscription santé** est potentiellement le risque règlementaire le plus important auquel la mutuelle est exposée (**4 175 K€** fin 2019 soit 59% du SCR).

Il correspond au risque de perte financière découlant d'une tarification, ou d'un provisionnement, inadaptés à la garantie (*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 / 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** 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 Actuarielle 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 rapport à divers tests de résistance.

## C.2 Risque de marché

---

Le **risque de Marché** est le second risque règlementaire auquel est exposé la mutuelle (**1 105 K€** fin 2019 soit 16% du SCR).

Il 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 **politique des placements** qui contribuent au système de gestion des risques.

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

### C.3 Risque de crédit ou de défaut de contrepartie

---

Le risque de Crédit, ou de **Défaut de contrepartie**, est le 3<sup>ème</sup> risque règlementaire auquel la mutuelle est exposée (**1 115 K€** à fin 2019 soit 16% du SCR).

Il correspond à la mesure de l'impact sur les fonds propres de mouvements défavorables liés au défaut de l'ensemble des tiers auprès desquels la mutuelle 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 (entreprises, organismes mutualistes)
- 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 éventuels réassureurs
- la concentration du portefeuille en termes de banques et de réassureurs
- le suivi du paiement des créances des adhérents et des tiers

Concernant tout particulièrement celui des banques auprès de qui 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 de ces débiteurs, notées en principe « A » par les agences de notation, la mutuelle n'a pas procédé à des tests de sensibilité.

### 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

Le risque de liquidité est quasiment nul au 31.12.2019 et pour les 12 mois à venir face aux **engagements** de la mutuelle s'élevant au total à 8,878 M€ (total du passif) sachant que certains d'entre eux ne sont pas exigibles sur cette période.

L'essentiel des **engagements exigibles sous 12 mois** sont constitués par les Provisions pour prestations à payer (2 283 K€), éventuellement la provision pour risques liées aux engagements sociaux (581 K€) et les diverses dettes (2 572 K€). Ils s'élèvent potentiellement à 5 436 K€ et sont couverts à plus de 200% par des actifs liquides et sécurisés constitués pour 12 960 K€.

## C.5 Risque opérationnel

---

Le **risque opérationnel** est le 4<sup>ème</sup> risque règlementaire auquel la mutuelle est exposée (**690 K€** à fin 2019 soit 10% du SCR).

Il 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 fait l'objet des travaux menés par le Contrôle interne. Les risques majeurs sont suivi au travers de la collecte des incidents centralisés dans une **base incident**. Les incidents présentant un impact important au niveau financier, règlementaire ou de la réputation sont remontés si nécessaire en Conseil d'administration.

## 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 arrêté au 31.12.2019 et des règles de valorisation réglementaires (ci-après) le **bilan prudentiel au 31.12.2019** s'établit comme suit (2<sup>ème</sup> colonne) :

Actifs (en €)	Bilan prudentiel S2	Bilan comptable S1
<b>Frais d'acquisition différés</b>		<b>22 815</b>
<b>Immobilisations incorporelles</b>	<b>0</b>	<b>284 915</b>
<b>Immobilisations corporelles détenues pour usage propre</b>	<b>1 725 000</b>	<b>267 948</b>
<b>Investissements (autres qu'en unités de compte et indexés)</b>	<b>14 062 502</b>	<b>13 620 918</b>
Biens immobiliers (autres que détenus pour usage propre)	1 102 128	981 975
Détenues dans des entreprises liées, y compris participations	15 000	15 000
Actions	891 927	737 114
<i>Actions – cotées</i>	454 273	303 209
<i>Actions – non cotées</i>	437 654	433 905
Obligations	953 688	900 000
Organismes de placement collectif	238 100	238 100
Dépôts autres que les équivalents de trésorerie	10 861 659	10 748 728
<b>Montants recouvrables au titre des contrats de réassurance</b>	<b>18 445</b>	<b>18 444</b>
<b>Créances nées d'opérat° d'assurance et à recevoir d'intermédiaires</b>	<b>2 294 876</b>	<b>2 294 876</b>
<b>Créances nées d'opérations de réassurance</b>	<b>243 686</b>	<b>243 686</b>
<b>Autres créances (hors assurance)</b>	<b>483 339</b>	<b>483 339</b>
<b>Trésorerie et équivalents de trésorerie</b>	<b>2 107 817</b>	<b>2 107 817</b>
<b>Autres actifs non mentionnés dans les postes ci-dessus</b>	<b>155 289</b>	<b>278 394</b>
<b>Total Actifs</b>	<b>21 090 954</b>	<b>19 623 153</b>
<b>Passifs (en €)</b>		
<b>Provisions techniques santé (similaire à la non-vie)</b>	<b>6 107 215</b>	<b>5 722 254</b>
Meilleure estimation	5 789 492	
Marge de risque	317 722	
<b>Passifs éventuels</b>	<b>581 433</b>	<b>0</b>
<b>Provisions autres que les provisions techniques</b>	<b>0</b>	<b>581 433</b>
<b>Dépôts des réassureurs</b>	<b>3 583</b>	<b>3 583</b>
<b>Passifs d'impôts différés</b>	<b>241 100</b>	<b>0</b>
<b>Dettes nées d'opérat° d'assurance et dus aux intermédiaires</b>	<b>686 350</b>	<b>686 350</b>
<b>Autres dettes (hors assurance)</b>	<b>1 882 369</b>	<b>1 882 369</b>
<b>Autres dettes non mentionnées dans les postes ci-dessus</b>	<b>0</b>	<b>1 849</b>
<b>Total passifs</b>	<b>9 502 049</b>	<b>8 877 838</b>
<b>FONDS PROPRES (excédent d'actif sur passif)</b>	<b>11 588 905</b>	<b>10 745 316</b>

Au 31.12.2019 l'excédent d'actif sur les dettes du passif représente les **fonds propres économiques** (ou prudentiels) qui s'élèvent à **11 589 K€** et sont valorisés d'un montant de 844 K€ au regard des fonds propres comptables s'élevant à **10 745 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 et les frais d'acquisition reportés, 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

---

Les principales **provisions techniques** calculées à la clôture annuelle des comptes sociaux sont :

### **1-Les 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 des contrats collectifs coassurés (SAFRAN, AIRBUS).

### **3-Valorisation des provisions techniques dans le bilan prudentiel**

D'autre part, la mutuelle applique les règles issues de l'article 75 de la directive pour la valorisation du bilan prudentiel : *« 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 ».*

Le calcul de la meilleure estimation des provisions techniques (*best estimate*) est réalisé pour les prestations à payer en appliquant la méthode « Chain Ladder » sur un historique de 3 ans de prestations payées. Une actualisation des flux est effectuée sur la base des taux d'intérêt sans risques.

Ensuite une marge pour risque est rajoutée et estimée selon la méthode dite « duration » proposée par les autorités de contrôle. Le coût en capital pris en compte est de 6%.

### 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.
- retraitement du bas de bilan liés à la valeur de marché (surcote-décote des obligations 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

Le passage des fonds propres comptables aux **fonds propres prudents** (ou économiques) s'établit ainsi au 31.12.2019 :

<b>FONDS PROPRES COMPTABLES au 31.12.2019</b>	<b>10 745 316</b>
Plus values latentes sur l'immobilier et les placements	1 898 636
Autres actifs (incorporels, frais acquisitions, corporels)	-430 835
Surplus sur provisions techniques	-67 239
Marge pour risque sur provisions techniques	-317 722
Impôts différés net sur plus values latentes	-241 101
Autres Passifs (intérêts courus)	1 849
<b>FONDS PROPRES PRUDENTIELS au 31.12.2019</b>	<b>11 588 905</b>
<b>Valorisation des fonds propres prudents</b>	<b>843 588</b>

Au 31.12.2019 les **Fonds propres économiques** s'élèvent à **11 589 K€**. Ils sont classés à **100%** en **TIER 1** (meilleure qualité) et sont éligibles dans leur intégralité pour couvrir le SCR et le MCR.

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

Le **SCR** est d'un montant de **5 464 K€** au **31.12.2019**, contre 6 007 K€ en 2018, il se décompose ainsi en sous-modules de risque :

<b>SCR (en €)</b>	<b>31.12.2018</b>	<b>31.12.2019</b>	<b>Var €</b>	<b>Var %</b>
SCR Souscription	4 514	4 137	-377	
SCR Catastrophe	183	143	-40	
<i>Diversification</i>	<i>-134</i>	<i>-105</i>	29	
<b>SCR SANTE</b>	<b>4 563</b>	<b>4 175</b>	<b>-388</b>	<b>-9%</b>
SCR Immobilier	758	707	-51	
SCR Actions	430	369	-61	
SCR Taux	0	0	0	
SCR Spread	56	60	4	
SCR Change	67	59	-8	
SCR Concentration	420	279	-141	
<i>Diversification</i>	<i>-485</i>	<i>-369</i>	116	
<b>SCR MARCHÉ</b>	<b>1 246</b>	<b>1 105</b>	<b>-141</b>	<b>-11%</b>
SCR Défaut type 1	637	769	132	
SCR Défaut type 2	491	416	-75	
<i>Diversification</i>	<i>-72</i>	<i>-70</i>	2	
<b>SCR DEFAUT</b>	<b>1 056</b>	<b>1 115</b>	<b>59</b>	<b>6%</b>
S/TOTAL	6 865	6 395	-470	
<i>Diversification</i>	<i>-1 443</i>	<i>-1 380</i>	63	
<b>SCR DE BASE</b>	<b>5 422</b>	<b>5 015</b>	<b>-407</b>	<b>-8%</b>
<b>SCR OPERATIONNEL</b>	<b>752</b>	<b>690</b>	<b>-62</b>	<b>-8%</b>
<b>IMPOTS DIFFERES</b>	<b>-167</b>	<b>-241</b>	<b>-74</b>	<b>44%</b>
<b>SCR</b>	<b>6 007</b>	<b>5 464</b>	<b>-543</b>	<b>-9%</b>

Le **SCR** (capital de solvabilité requis) représente le montant théorique des risques de pertes maximales auxquels la mutuelle est exposée dans le pire des scénarii de survenance de ces risques.

Le SCR est calculé en fonction des valeurs comprises dans le compte de résultat et le bilan de la mutuelle à minima à chaque clôture des comptes.

Le **taux de couverture du SCR** par les fonds propres économiques au 31.12.2019 est de **212%** contre 180% fin 2018 :

en K€	2017	2018	2019	Var 2018/19
Fonds propres prudentiels	12 432	10 815	11 589	774
<b>SCR</b>	<b>6 595</b>	<b>6 007</b>	<b>5 464</b>	<b>-543</b>
Surplus de Fonds propres	5 837	4 808	6 125	1 317
<b>Taux de couverture</b>	<b>189%</b>	<b>180%</b>	<b>212%</b>	<b>+32 <i>pdb</i></b>

Le **MCR** (minimum de capital requis) représente les risques à minima auxquels est exposée la mutuelle. Il s'élève forfaitairement à **3 700 K€** et correspond au seuil règlementaire pour les activités mixte vie et non-vie.

Le **taux de la couverture du MCR** par les fonds propres économiques au 31.12.2019 est de **313 %** contre 292% fin 2018 :

en K€	2017	2018	2019	Var 2018/19
Fonds propres prudentiels	12 432	10 815	11 589	774
<b>MCR</b>	<b>3 700</b>	<b>3 700</b>	<b>3 700</b>	<b>0</b>
Surplus de Fonds propres	8 732	7 115	7 889	774
<b>Taux de couverture</b>	<b>336%</b>	<b>292%</b>	<b>313%</b>	<b>+21 <i>pdb</i></b>

### 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.

### 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.

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

---

Aucun manquement en capital relatif au Minimum de capital 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 joints 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 pour l'exercice 2019 :

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.19.01.01	Triangles de développement pour l'assurance Non-Vie
S.23.01.01	Fonds propres
S.25.01.01	SCR avec formule standard
S.28.02.01	MCR Activité mixte Vie et Non Vie