



RAPPORT SUR LA SOLVABILITE ET LA SITUATION FINANCIERE 2017

MUTUELLE JUST'

Rapport établi en application de la directive 2009/138/CE du parlement européen, du règlement délégué 2015/35 de la commission, des notices Solvabilité 2 de l'ACPR, du règlement d'exécution 2015/2450 de la commission européenne.

Mutuelle JUST' Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, inscrite sous le numéro SIREN 783.864.150 Siège Social : 53 avenue de Verdun 59300 VALENCIENNES

SYNTHESE :	7
Partie I : Activité et résultat	8
I) Activité et environnement externe	8
A) Activité et environnement externe	8
B) Objectifs et Stratégie	11
II) Performances des activités de souscription	13
A) Le résultat de la Mutuelle se présente en trois parties	13
B) Le bilan :	21
a) Les Fonds propres	22
b) Provisions techniques	22
III) Performance des activités d'investissement	23
A) Organisation	23
B) Résultats	24
Partie II : Système de gouvernance	29
I) Modalités générales de gouvernance	29
A) Organes statutaires de la Mutuelle	29
a) L'assemblée Générale	29
b) Le Conseil d'Administration	30
1) Convocation du Conseil d'Administration (article 32 des statuts)	30
2) Tenue des réunions du Conseil d'Administration (article 34 des statuts)	30
c) Le Bureau du Conseil d'Administration	31
a) Les commissions et comités	31
1) Le Comité d'Audit	31
2) Les commissions internes	33
B) Organisation opérationnelle de la Mutuelle	35
a) Les dirigeants effectifs et responsables de fonctions clés	35
b) La Direction de la Mutuelle	35
C) Politique de rémunération	36
II) Honorabilité et compétence	37
III) Système de gestion du risque	38
A) Organisation	38
B) Mesure	38
IV) ORSA	39
A) Organisation	39
B) Sur le besoin global de solvabilité :	40
C) Sur le respect permanent des exigences prudentielles :	41
D) Sur l'analyse prospective de la solvabilité et le pilotage de la Mutuelle :	41
E) Intégration de l'ORSA dans le système de Gouvernance	42

V)	Système de contrôle interne.....	43
A)	Éléments fondamentaux du contrôle interne	43
B)	Un environnement interne favorable à la maîtrise des risques	44
a)	Un environnement réglementaire.....	44
b)	Intégrité et éthique.....	44
c)	Structures, pouvoirs et responsabilités.....	44
d)	Des procédures formalisées et diffusées.....	45
e)	La mobilisation des compétences.....	45
C)	Une évaluation des risques.....	45
D)	Des activités de contrôle qui comprennent les dispositifs mis en place pour maîtriser les risques de ne pas atteindre les objectifs fixés.....	46
a)	Le contrôle par les opérationnels et leurs lignes hiérarchiques.....	46
b)	Le contrôle de 2nd niveau	46
c)	L'audit interne.....	47
d)	Procédures d'élaboration et de vérification de l'information financière et comptable	47
e)	Prévention de la fraude :	47
E)	La maîtrise de l'information et de la communication	48
F)	Le pilotage du contrôle interne	48
G)	La fonction conformité	48
VI)	Fonction d'audit interne.....	50
A)	Organisation.....	50
B)	Mise en œuvre et indépendance de l'Audit	51
VII)	Fonction actuarielle	51
VIII)	Sous-traitance.....	52
A)	Rappels juridiques.....	52
B)	Procédure de sélection	52
C)	Suivi et contrôle	53
Partie III : Profil de risque		54
I)	Risque de souscription	54
A)	Appréhension du risque de souscription au sein de la Mutuelle	54
B)	Mesure du risque de souscription et risques majeurs	55
C)	Maitrise du risque de souscription	55
II)	Risque de marché	55
A)	Appréhension du risque de marché au sein de la Mutuelle.....	55
B)	Mesure du risque de marché et risques majeurs.....	56
C)	Maitrise du risque de marché.....	56
III)	Risque de crédit	56
A)	Appréhension du risque de crédit au sein de la Mutuelle.....	56

B)	Mesure du risque de crédit et risques majeurs.....	57
C)	Maitrise du risque de crédit et risques majeurs.....	57
IV)	Risque de liquidité	57
A)	Appréhension du risque de liquidité au sein de la Mutuelle.....	57
B)	Mesure du risque de liquidité et risques majeurs	57
C)	Maitrise du risque de liquidité.....	57
V)	Risque opérationnel	58
A)	Appréhension du risque opérationnel au sein de la Mutuelle	58
B)	Mesure du risque opérationnel et risques majeurs	58
C)	Maitrise du risque opérationnel.....	59
Partie IV : Valorisation à des fins de solvabilité		60
I)	Actifs	60
A)	Les placements immobiliers	60
B)	Les placements obligataires.....	60
C)	Les fonds d'investissements	62
D)	Les actions.....	62
E)	Les autres placements	62
F)	Les provisions réassurées	62
G)	Les actifs incorporels	62
H)	Les autres créances et la trésorerie.....	62
I)	Les impôts différés actifs	63
II)	Provisions techniques	63
A)	Les provisions techniques sociales	63
a)	Les provisions pour prestations à payer santé	63
b)	Les provisions vie	63
B)	Les provisions techniques prudentielles.....	63
a)	Calcul de la meilleure estimation santé.....	63
b)	Calcul de la meilleure estimation vie	64
c)	Calcul de la marge de risque	64
III)	Autres passifs	64
A)	Les impôts différés passifs.....	64
B)	Les autres dettes.....	64
IV)	Méthode de valorisation alternative.....	64
V)	Autres informations	64
Partie V : Gestion du capital		65
I)	Fonds propres.....	65
II)	Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis	65
Partie VI : Gestion du capital		66

A) Fonds propres	66
B) Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis.....	66
C) Le risque de marché.....	67
a) Le risque de taux et le risque de spread.....	67
b) Le risque actions	67
c) Le risque immobilier	68
d) Le risque de change	68
e) Le risque de concentration	68
f) Agrégation des risques et SCR marché	69
D) Le risque de souscription santé	69
a) Le risque de primes et de provisions.....	69
b) Le risque catastrophe	70
1) Le risque d'accident de masse.....	70
2) Le risque de concentration	70
3) Le risque de pandémie.....	70
4) Agrégation des sous-modules et calcul du SCR souscription santé.....	71
E) Le risque de souscription vie	71
F) Le risque de contrepartie.....	72
G) Le SCR de base	73
H) Le risque opérationnel.....	73
I) L'ajustement pour impôts différés	73
J) Les exigences de capital.....	73
a) Le capital de solvabilité requis (SCR)	73
b) Le minimum de capital requis (MCR).....	74
c) Récapitulatif et couverture des exigences.....	74
K) Utilisation du sous-module « risque sur actions » fondé sur la durée dans le calcul du capital de solvabilité requis :.....	75
L) Différences entre la formule standard et tout modèle interne utilisée :.....	75
M) Non-respect du minimum de capital requis et non-respect du capital de solvabilité requis :	
75	

SYNTHESE :

2017 a été l'année de la prise de décisions importantes suite au mauvais résultat de l'année 2016 et aux perspectives sombres pour l'avenir si rien n'était entrepris pour redresser la situation. Le remplacement du directeur général Vincent Delannoy par Ghislain Decobecq en début d'année a été un élément déterminant en ce sens.

La dérive importante des prestations servies par la Mutuelle dans les premiers temps de l'année a provoqué d'importantes réflexions aboutissant à la décision, prise par le Conseil d'Administration d'avril, d'augmenter les cotisations et de diminuer les prestations de quelques-unes de nos gammes : la gamme Vitale en juin, la gamme Santé en juillet, et le contrat des administrés de Valenciennes en septembre pour l'essentiel.

Ces décisions indispensables ont provoqué une très importante et injuste campagne médiatique, nécessitant de tous, personnel de la Mutuelle et élus, une grande disponibilité pour expliquer et justifier les décisions prises. Tous les adhérents concernés par ces décisions avaient au préalable été personnellement appelés et informés par la Mutuelle de ce qui leur était proposé.

Parallèlement à cette révision de ses offres, la Mutuelle a entrepris un gros travail destiné à diminuer fortement son niveau de charges. Un suivi budgétaire rigoureux a été mis en place afin d'éviter les éventuelles dérives.

De la même manière, la Mutuelle a procédé à des ajustements forts concernant les offres distribuées par le courtage, qu'il s'agisse des cotisations, des prestations ou du niveau du commissionnement.

Une réorganisation de la Mutuelle a été progressivement opérée au cours de l'année. Les départs notamment du directeur développement et du directeur financier ont entraîné une nouvelle mise en place des équipes opérationnelles.

Il est à noter que la manière avec laquelle la Mutuelle a piloté cette année a abouti à ce que peu d'adhérents la quittent, ses offres restant tout à fait correctes sur le plan tarifaire et sur le plan qualitatif.

Par ailleurs, 2017 a été une année électorale. Une nouvelle Assemblée Générale et un nouveau Conseil d'Administration ont été mis en place, qui ont pris à bras le corps leurs responsabilités. Les commissions de la Mutuelle ont également été refondues. De même, les fonctions clé ont été revues. Toutes ces actions ont permis à la Mutuelle de terminer l'année avec une production quasiment équivalente à celle de 2015, et avec un résultat, certes négatif, mais conforme à ce qui était annoncé dans l'ORSA.

Pour 2018, la Mutuelle va confirmer son engagement sur ses cibles privilégiées : les administrés, les associations (particulièrement de retraités), les particuliers et les TNS, délaissant le monde de l'entreprise. Elle attend un fort développement par le biais des mutuelles communales.

Son entrée à la CRESS, son positionnement sur le sport-santé, la réaffirmation des valeurs mutualistes sont autant d'atouts qu'elle va mettre résolument en avant.

L'ouverture de son centre du mouvement et le déploiement de son offre de prise en charge du coût engendré pour l'adhérent par la prescription médicale d'activité sportive (sport sur ordonnance) vont dans ce sens.

Enfin, le renforcement de l'offre « prévoyance » de la Mutuelle doit être également un gage de fidélisation des adhérents et de développement.

Si 2017 a été une année compliquée, la manière avec laquelle la Mutuelle l'a gérée permet de regarder l'avenir avec confiance.

Partie I : Activité et résultat

I) Activité et environnement externe

A) *Activité et environnement externe*

La Mutuelle JUST, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, est une personne morale de droit privé à but non lucratif.

Elle est enregistrée au répertoire SIRENE sous le numéro 783.864.150.

Elle est administrée par une Assemblée Générale composée de délégués des adhérents et par un Conseil d'Administration composé d'adhérents élus.

Les branches d'activités garanties directement assurées, co-assurées ou acceptées en réassurance, pour lesquelles la Mutuelle est agréée sont :

- 1. Accidents
- 2. Maladie
- 20. Vie-décès
- 21. Natalité-Nuptialité

Au 1^{er} janvier 2018, la Mutuelle emploie 97 salariés dont :

- 80 femmes / 17 hommes
- 87 contrats à durée indéterminée / 9 contrats à durée déterminée (dont un contrat de professionnalisation) / 1 contrat d'apprentissage
- 92 salariés à temps plein / 5 salariés à temps partiel

La Mutuelle n'exerce son activité qu'en France Métropolitaine, principalement dans les Hauts de France. Son siège social est situé à VALENCIENNES (59300), 53 avenue de Verdun, depuis le 5 septembre 2016.

La Mutuelle assure également la gestion du régime obligatoire des travailleurs indépendants (RSI) à travers l'union UMCAPL.

Elle dispose de 14 établissements, outre son siège social, lequel regroupe une agence commerciale et l'ensemble des services administratifs de la Mutuelle. Ces établissements sont situés à :

- ARRAS (62000), 1 place de la Vacquerie : établissement commercial et administratif, accueillant à la fois une agence commerciale de Régime Complémentaire et les bureaux administratifs du centre de gestion de l'Organisme Conventionné (régime obligatoire)
- AMIENS (80080), 16, rue Jean Catelas : agence commerciale
- BETHUNE (62400) 19, rue Anatole France : agence commerciale
- BOULOGNE SUR MER (62200), 3, place Charpentier : agence commerciale
- CALAIS (62100), 68, boulevard Jacquard : agence commerciale
- CAMBRAI (59400), 3, rue Tavelle : agence commerciale
- DUNKERQUE (59140), 46, rue Poincaré : agence commerciale
- LENS (62300), 114, boulevard Basly : agence commerciale
- LILLE (59000), 232, rue Gambetta : agence commerciale
- MAUBEUGE (59600), 3, place des Nations : agence commerciale
- SAINT QUENTIN (02100), 4, rue Croix Belle Porte : agence commerciale
- SAINT POL SUR TERNOISE (62130), 20, place Louis Lebel : agence commerciale
- VALENCIENNES (59300), 3 place Charles de Gaulle : agence commerciale

La Mutuelle est soumise, en ce qui concerne la supervision financière, au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) : 61 rue Taitbout PARIS (75009).

Elle fait partie d'un groupe au sens de l'article L.212-7 du code de la Mutualité. Ce groupe est composé des entités suivantes :

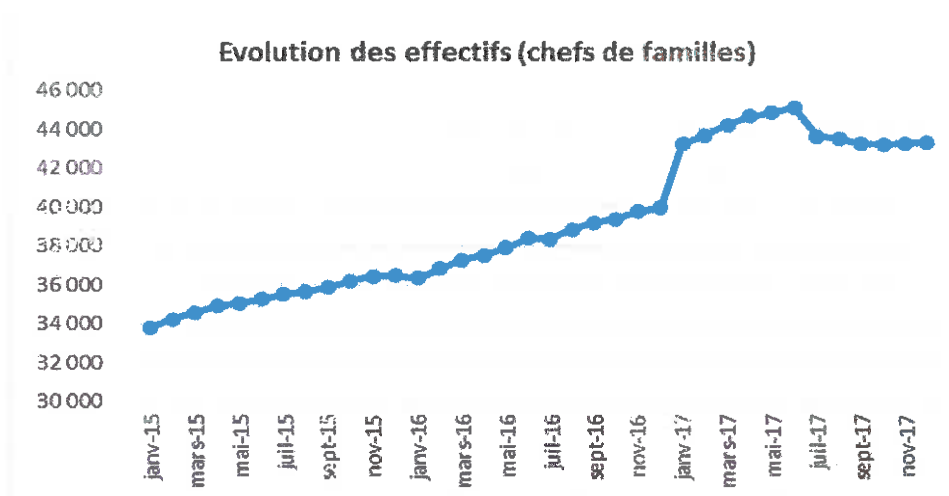
- **Mutuelle Santé Just'**
Mutuelle soumise aux dispositions du livre III du code de la mutualité,
Siège social : 19, rue de la Poste à VALENCIENNES (59300)
Inscrite sous le numéro SIREN 442.599.312
- **SCI Just' Immo, rue de Paris**
Société Civile Immobilière au capital de 1.101.500€
Siège Social : 44, rue de Paris à VALENCIENNES (59300)
RCS Valenciennes : 481.166.296
- **SCI En Famille**
Société Civile Immobilière au Capital de 2.709.200€
Siège Social : 1, place de la Vacquerie à ARRAS (62000)
RCS Arras : 501.412.530
- **SCI JEF – Place Charles de Gaulle**
Société Civile Immobilière au Capital de 381.000€
Siège Social : 3, place Charles de Gaulle à VALENCIENNES (59300)
RCS Valenciennes : 539.694.547
- **SCI JEF – Rue de la Poste**
Société Civile Immobilière au Capital de 1.501.000 €
Siège Social : 19, rue de la Poste à VALENCIENNES (59300)
RCS Valenciennes : 539.683.623
- **UES Prémia**
SARL au Capital de 96.000€
Siège Social : 1, place de la Vacquerie à ARRAS (62000)
RCS Arras : 408.657.922
- **PROMUT PLUS**
Association loi 1901
Siège Social : 1, place de la Vacquerie à ARRAS (62000)
N° SIREN : 414.587.543

La Mutuelle détient en effet des parts dans les SCI du groupe et au sein de Prémia. Ses adhérents sont également adhérents de la Mutuelle Santé Just' et de l'association Promut Plus.

La Mutuelle, dans le cadre de ce groupe, a en charge la combinaison des comptes des entités du groupe.

Au cours des 3 dernières années, la Mutuelle a enregistré une croissance de ses effectifs adhérents (+9 498 chefs de famille entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 décembre 2017), soit une augmentation de 28.08% de ses effectifs adhérents.

Le graphique ci-dessous représente cette croissance :



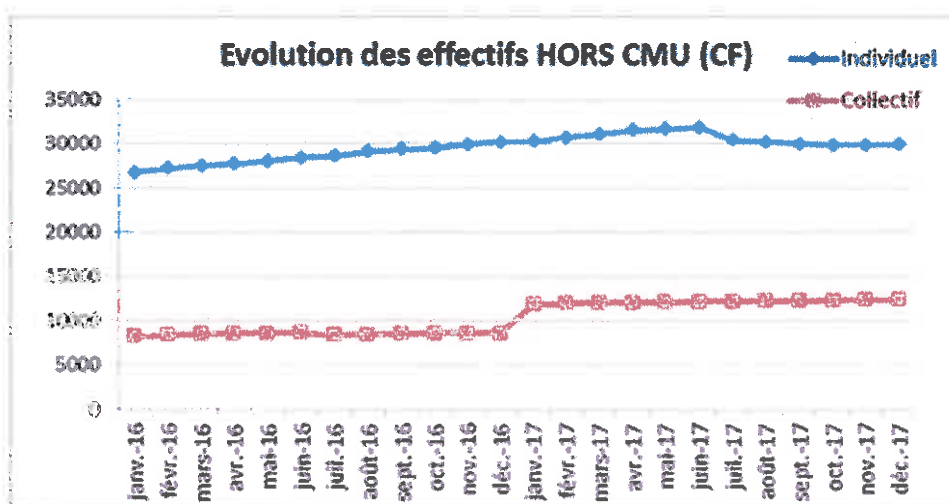
La progression des effectifs, sur le réseau individuel, est principalement due à la mise en place de partenariats avec les mairies qui ont souhaité massivement mettre en place des contrats de complémentaire santé compétitifs à destination de leurs administrés (plus de 6.200 contrats enregistrés entre 2015 et 2017).

Sur la partie collective, cette progression s'explique par un partenariat fort en courtage (apport de plus de 2.800 chefs de famille sur les 3 dernières années).

La Mutuelle, qui assurait, au 1^{er} janvier 2016, 8.285 chefs de famille en contrats collectifs, en couvre désormais, 12.275 au 31 décembre 2017, soit une progression de 48.2%.

Le portefeuille de la Mutuelle, composé à 22% d'adhérents issus de contrats collectifs au 31 décembre 2016, est composé de 29% de ces adhérents au 31 décembre 2017.

Le graphique ci-dessous illustre parfaitement ces éléments :



B) Objectifs et Stratégie

a) Ajustement des offres de la Mutuelle

La Mutuelle a constaté en début d'année une importante dérive du niveau des prestations versées, notamment sur les niveaux « haut de gamme » de plusieurs de ses offres. Cette dérive faisait pour partie suite à l'importante production de l'année 2016, production encouragée par l'agressivité tarifaire qui la caractérisait.

Cette situation nécessitait de prendre des décisions importantes et difficiles : augmenter en cours d'année certaines cotisations, et revoir à la baisse certaines prestations. C'est ce qui a été décidé par le Conseil d'administration du 20 mars 2017. Trois gammes de la Mutuelle étaient concernées : la gamme Vitale au 1^{er} juin, la gamme Santé au 1^{er} juillet, et le contrat « mutuelle communale » de Valenciennes au 1^{er} septembre pour l'essentiel. Pour les administrés de Valenciennes, le contrat vertueux mis en place, qui faisait une large place à la solidarité intergénérationnelle, n'a pas rencontré le public de jeunes attendu, et se trouvait de fait très déficitaire. Il a donc été fortement revu à la hausse, en accord avec la Ville de Valenciennes.

Dans cette démarche, l'adhérent a été au cœur des préoccupations de la Mutuelle. Tous les adhérents concernés ont été préalablement individuellement appelés pour obtenir toutes les explications nécessaires à une bonne compréhension du sujet. Une exceptionnelle mobilisation des agents et des élus de la Mutuelle a permis de faire passer les messages indispensables. La Mutuelle autorisait d'ailleurs ses adhérents, s'ils le souhaitaient, à la quitter sans délai, donc sans attendre la fin de l'année.

Malheureusement, une violente et injuste campagne médiatique a rendu plus difficile à vivre cette période, l'image de la Mutuelle étant sérieusement ternie pour l'occasion.

Malgré cela, peu d'adhérents ont quitté la Mutuelle, les offres nouvelles de la Mutuelle restant tout à fait correctement positionnées, tant sur le plan qualitatif que sur le plan tarifaire.

b) Réduction des charges de la Mutuelle

Parallèlement à cet ajustement de ses offres, la Mutuelle a entrepris un gros travail destiné à réduire fortement son niveau de charges, qui avait fortement augmenté ces derniers temps, notamment pour faire face au risque ANI et pour s'adapter aux nouvelles contraintes réglementaires.

Toutes les actions de communication ont été gelées, seuls les engagements antérieurement pris étant maintenus, et toute nouvelle opération n'étant possible que parce qu'indispensable et exceptionnelle.

Les partenariats avec des clubs sportifs ou des manifestations diverses ont également été revus à la baisse.

Le mode de commissionnement de l'équipe développement a été drastiquement revu à la baisse et réorganisé sur des bases nouvelles.

Tous les postes budgétaires sont entrés dans cette démarche de maîtrise rigoureuse. Un contrôle budgétaire permanent a permis de s'assurer qu'il n'y avait pas de dérives et que les objectifs seraient atteints. La commission « budgets » a été revue en ce sens.

c) Relations avec le courtage

Fin juin, la Mutuelle signifiait au courtier Traditia sa décision de résilier à titre conservatoire le contrat qui les liait au 31 décembre 2017, contrat lourdement déficitaire. Cela a généré des entretiens qui ont abouti, dans un esprit consensuel et pour éviter des conflits, à un réajustement des cotisations et des prestations concernées, ainsi qu'à une révision du commissionnement du

courtier. Les relations avec Traditia se sont donc rééquilibrées et se poursuivent pour 2018, sans préjuger de ce qui adviendra ensuite.

d) Développement commercial

Malgré les difficultés rencontrées en 2017 et la mobilisation de tous pour se mettre au service de l'adhérent, il faut noter que la production de cette année (5,3 millions d'euros) a été quasiment équivalente à celle de 2015 (5,7), 2016 ayant été une année exceptionnelle sur ce plan (10), mais avec une agressivité tarifaire qui l'explique en partie.

Les gammes de la Mutuelle ont été revues, avec la suppression du système modulaire, la révision des offres « haut de gamme » qui généraient de très fortes consommations, la suppression de certaines prestations, et une tarification cohérente.

La Mutuelle constate que c'est sur le volet « mutuelles communales » qu'elle continue à se développer, et que l'axe sport-santé qu'elle met en avant est très porteur et efficace.

e) Réorganisation opérationnelle

Suite à la découverte de la situation réelle de la Mutuelle fin 2016, le président a remplacé le directeur général Vincent Delannoy par Ghislain Decobecq. Le nouveau directeur général a immédiatement entamé un important travail de réorganisation des équipes opérationnelles.

La Mutuelle s'est séparée de son directeur développement et de son directeur financier. C'est Laurent Demain qui a repris le poste de Bruno Laplantine au développement et Murielle Derain celui de Stéphane Sumera aux finances.

La Mutuelle s'est séparée d'autres membres du personnel, à des niveaux de responsabilité divers.

Les responsables de fonctions clé ont également été changés. Carine Dehon est RFC actuarielle, Philippe Buys RFC gestion des risques et Murielle Derain RFC audit interne, la fonction clé conformité étant amenée à être externalisée.

f) Nouvelles instances

2017 a été une année électorale. L'élection des délégués a permis la mise en place d'une nouvelle Assemblée Générale, et celle des administrateurs un nouveau Conseil d'Administration. Un nouveau Bureau a ensuite été élu. Ces instances ont immédiatement pris leurs responsabilités à bras le corps et s'investissent fortement dans la vie de la Mutuelle. Les élus participent également aux formations qui leur sont dédiées.

Le Comité d'Audit a également été recomposé, et tient très bien sa place et son rôle.

De même, les commissions ont été recomposées, et participent activement à la vie de la mutuelle. Elles sont au nombre de 7 :

- Commission budgets, finances et placements
- Commission marketing et partenariats
- Commission économie sociale et solidaire, prévention et relations avec Santé Just
- Commission offres de la mutuelle : élaboration, tarification et suivi
- Commission statuts, veille juridique, conflits et élections
- Commission secours exceptionnels
- Commission ressources humaines et formation des élus

g) Stratégie développement

La Mutuelle a clairement défini ses axes de développement. Il s'agit en premier lieu des mutuelles d'administrés, qui rencontrent un franc succès, et dont la Mutuelle est désormais un acteur régional

majeur. Ce retour aux sources des fondamentaux mutualistes est parfaitement cohérent avec les valeurs mises en avant par la Mutuelle : proximité, territorialité, disponibilité, service.

Les associations de retraités sont le deuxième axe de développement de la Mutuelle. Cette population, non concernée par l'ANI, est attentive à ce que lui soit proposée une offre bien positionnée en termes de prestations et de tarifs. La Mutuelle s'y emploie fortement et renforcera son positionnement sur cet axe.

Les contrats collectifs d'entreprise étant laissés de côté par la Mutuelle, c'est sur les particuliers au sens large qu'elle consacre ses efforts.

Enfin, la Mutuelle poursuivra son développement avec les TNS, pour lesquels elle dispose d'offres très intéressantes.

Les personnels de l'éducation nationale et les étudiants feront également l'objet de toutes les attentions de la Mutuelle. Le bouleversement programmé des Mutuelles étudiantes ouvre un champ d'action important que la Mutuelle entend investir.

Ce n'est qu'ensuite que la Mutuelle positionne les contrats collectifs dans sa stratégie de développement.

La Mutuelle, désormais membre de la CRESS (Chambre Régionale de l'Economie Sociale et Solidaire), met constamment en avant son appartenance à cette économie sociale et solidaire. Il s'agit là d'un élément fort et différenciant des autres acteurs du monde de l'assurance au sens large. Cela joue un rôle non négligeable pour notre image, notamment au moment de la mise en place avec les communes de mutuelles d'administrés.

Autre soutien fort du développement de la Mutuelle, son engagement dans le sport-santé. A ce titre, la mise en place de la prestation « sport sur ordonnance » est très importante. La Mutuelle, par le biais d'une petite cotisation en inclusion pour tous ses adhérents, verse à ses adhérents qui entrent en ALD un forfait de 500 euros couvrant la prescription par un médecin d'activité physique.

Et la mise en fonction du centre du mouvement de la Mutuelle, le Just' Moove, début 2018, sera un élément essentiel de son positionnement sur le sport-santé. Ouvert à tous, ce sera un outil performant de prévention et de traitement, et également un outil de développement de la Mutuelle, qui travaille là en partenariat avec le CDOS, les collectivités locales et autres structures.

Sur le thème de l'engagement de la Mutuelle dans le sport-santé, le remboursement des licences sportives à ses adhérents et le soutien aux clubs sportifs par le « duo gagnant » seront à poursuivre et développer encore.

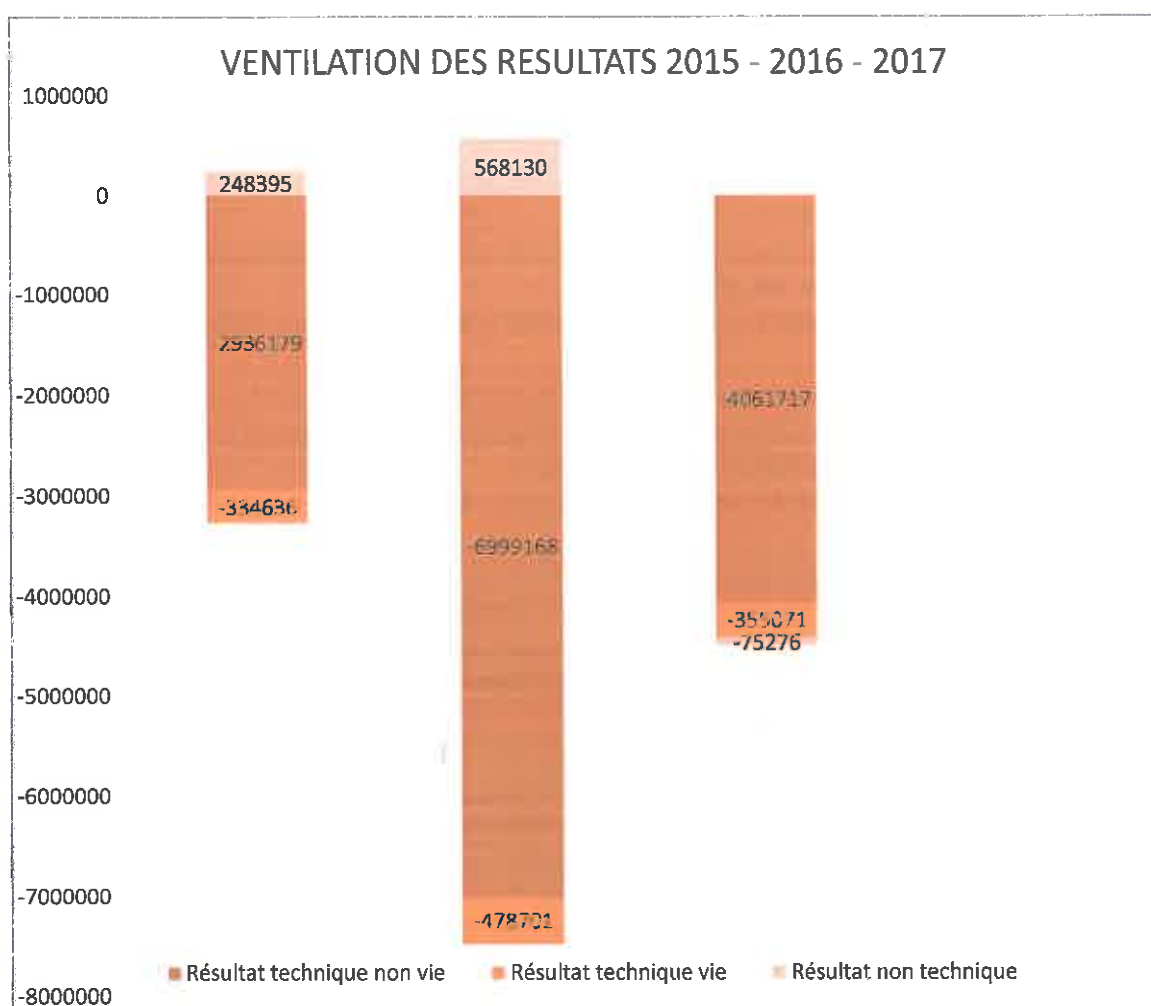
Le maintien de Jean-Pierre Papin en tant qu'égérie de la Mutuelle sera maintenu. Ce grand sportif a une excellente image, qui plaît beaucoup au public-cible de la Mutuelle. L'assimilation de son image à celle de la Mutuelle doit être maintenue.

Le développement de la Mutuelle passera bien sûr par le multi-équipement de ses adhérents. A ce titre, la prévoyance est et sera le sujet prioritaire. Le groupe Prévoir et l'Ocirp sont les partenaires essentiels de la Mutuelle, qui va faire tout ce qui est nécessaire pour que la prévoyance se développe significativement, dans son intérêt et surtout dans celui de ses adhérents.

II) Performances des activités de souscription

A) Le résultat de la Mutuelle se présente en trois parties

- **Le compte de résultat technique des opérations non-vie**, intégrant principalement la gestion des garanties santé et du régime légal de la CMU en assurance directe et en réassurance.
- **Le compte de résultat technique des opérations vie**, retraçant les opérations de couverture de frais d'obsèques et paiement de capital décès.
- **Le compte de résultat non technique** regroupant le résultat financier non affecté aux deux précédents comptes, les charges et produits non techniques, le résultat exceptionnel et impôts sur les résultats de la Mutuelle.



➤ **Evolution des principaux éléments constitutifs du résultat de la Mutuelle**

L'analyse du compte de résultat 2017 se traduit de la façon suivante

En Euros	2015	2016	2017	Variation 2016 / 2017
Cotisations acquises nettes	39 684 377	39 041 710	47 693 175	+22.15%
Non- vie	38 488 577	38 079 295	46 760 179	+22.79%
Vie	1 195 799	962 415	932 996	-3.05%
Charges de prestations	-32 563 134	-33 641 413	-40 952 228	+21.73%
Non- vie	-31 345 336	-32 515 155	-39 913 463	+3.7%
Vie	-1 217 798	-1 126 258	-1 038 765	+7.76%
Commission de réassurances				
Marge technique brute	7 121 243	5 400 297	6 740 947	+24.82%
Non-vie	7 143 241	5 564 140	6 846 716	+23.05%
Vie	-21 999	-163 843	-105 769	+35.44%
Frais de gestion nets des autres produits	-10 897 211	-13 441 516	-11 777 051	-12.38%
Résultat de placement	683 380	706 571	300 520	-57.46%
Résultat exceptionnel	70 168	424 908	243 521	-42.68%
Impôts				
Résultat de l'exercice	-3 022 420	-6 909 739	-4 492 063	+34.98%

➤ **Les cotisations acquises**

Les cotisations acquises nettes non vie 2017 s'élèvent à 46 760 179 euros, une augmentation de 22.15% par rapport à 2016

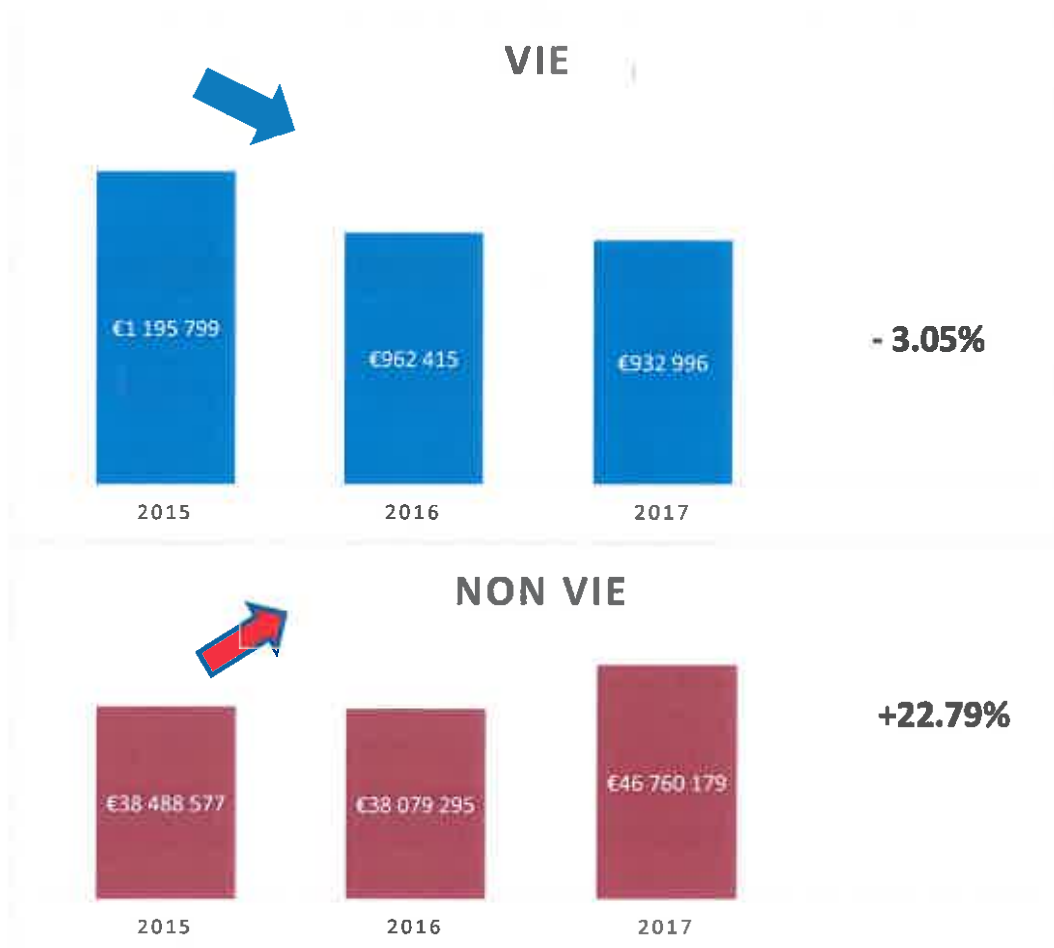
Les cotisations acquises nettes vie 2017 s'élèvent quant à elles à 932 996 euros contre 962 415 euros en 2016.

Le montant net de réassurance des cotisations acquises s'élève ainsi pour l'exercice 2017 à 47 693 175 euros contre 39 041 710 euros en 2016, soit une augmentation de 22.15%.

La marge technique 2017 s'améliore de 24.82% due notamment à :

- Une augmentation tarifaire de l'été 2017 qui a permis un réajustement de la marge
- La mise sur le marché de nouvelles gammes santé compétitives.

➤ **Répartition et évolution des cotisations acquises nettes de réassurance :**



➤ **Les charges de prestations nettes non vie et vie**

Les charges de prestations nettes non vie et vie s'élèvent à 40 952 228 euros et comprennent :

- **Les prestations payées et cédées** pour 43 074 446 euros (augmentation de 26.89 % par rapport à 2016)
- **Les variations des provisions techniques** liées aux prestations 1 209 000 euros (dotation nette).

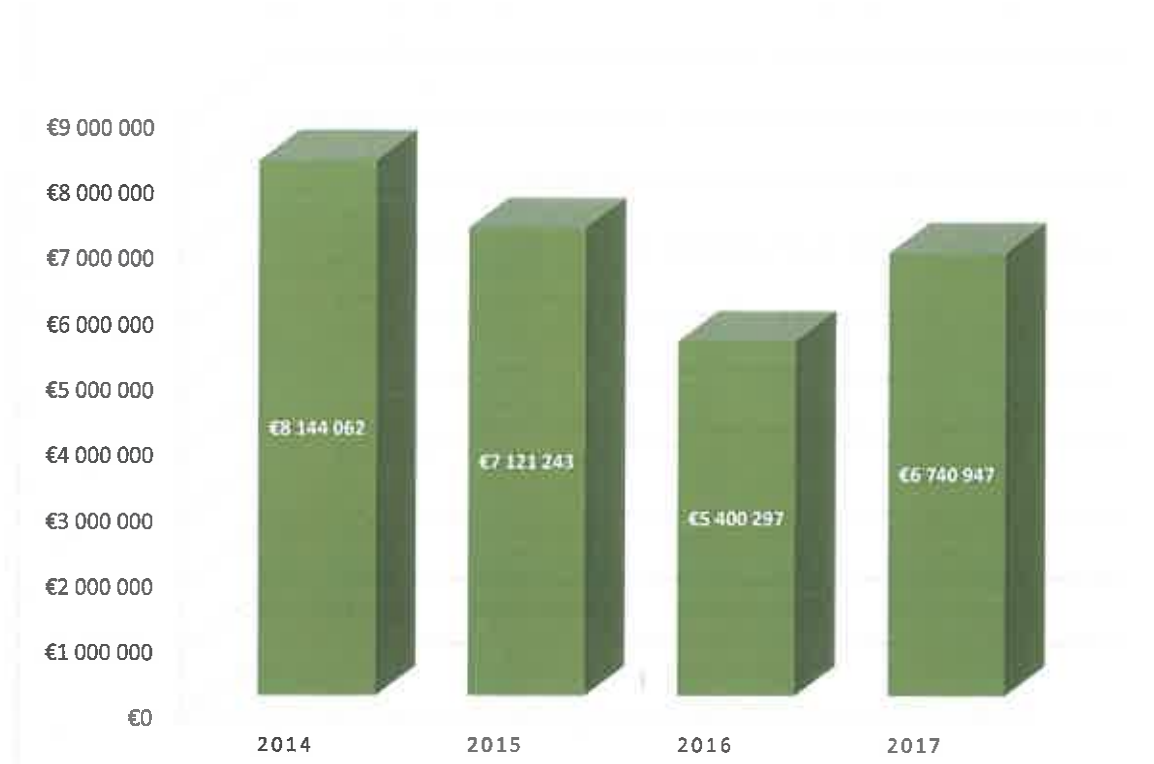
Contrairement aux états financiers, il est précisé que les frais de règlements provenant de la répartition des frais par destination sont exclus ici des charges de prestations. Ils sont intégrés dans les frais de gestion.

	2016	2017	Evolution
Prestations payées Non vie	33 110 165	39 913 103	20,55%
Prestations cédées non vie	-280 222	-194 084	-30,74%
Variation de provisions Prestations non vie	-286 212	1 150 000	-501,80%
Variation de provisions Prestations cédées	-28 577	6 647	-123,26%
Total prestations non Vie	32 515 154	40 875 666	25,71%
Prestations payées Vie	1 116 257	1 038 765	-6,94%
Variation de provision Prestations Vie	10 000	59 000	490,00%
Total prestations Vie	1 126 257	1 097 765	-2,53%

➤ **Evolution du taux de marge technique**

La marge technique correspond aux cotisations de l'exercice desquelles sont déduites : les prestations, les provisions techniques sur les prestations de l'exercice, les commissions de réassurance. Le taux de marge est calculé en pourcentage des cotisations.

La comparaison sur les quatre dernières années de la marge technique est la suivante :



Le taux de marge 2017 est en progression par rapport à l'exercice précédent, d'une diminution de 16.33 % en 2016, il progresse à nouveau de 24.82%, le rapport prestations sur cotisations passe de 86.17 % en 2016 à 85.86 % en 2017.



➤ **Frais de gestion**

Les frais de gestion passent de 14 051 639 euros en 2016 à 11 346 054 euros en 2017 soit une augmentation de 21.7 %

Les principaux postes de charges nettes de produits de la Mutuelle, issus des charges par nature sont représentés par :

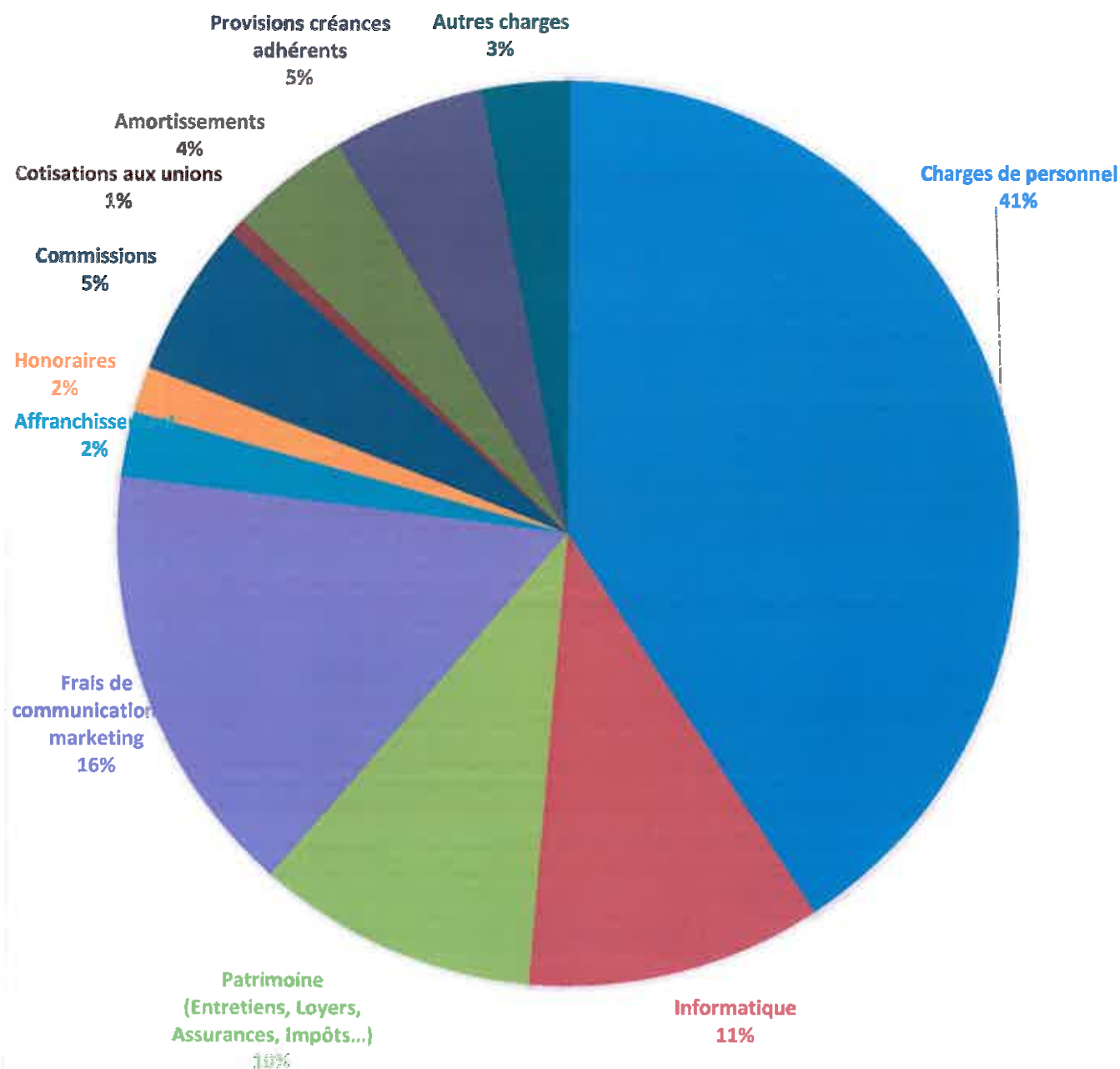
En euros	2015	2016	2017	Evolution	
Charges de personnel	4 241 185	6 105 414	4 620 304	-1 485 110	-24%
Informatique	1 137 406	1 064 473	1 200 341	135 868	13%
Patrimoine (Entretiens, Loyers, Assurances, Impôts...)	2 071 770	2 463 975	1 141 020	-1 322 955	-54%
Frais de communication et marketing	1 907 227	2 196 174	1 770 468	-425 706	-19%
Affranchissement	201 426	246 826	264 223	17 397	7%
Honoraires	383 550	210 566	185 492	-25 074	-12%
Commissions	273 441	368 159	629 552	261 393	71%
Cotisations aux unions	66 874	67 270	71 759	4 489	7%
Amortissements	347 794	312 853	486 210	173 357	55%
Provisions créances adhérents	749 456	816 881	616 498	-200 383	-25%
Autres charges	170 324	199 048	360 186	161 138	81%
Total	11 550 453	14 051 639	11 346 054	-2 705 585	-19%

Après une année 2016 en forte augmentation en charges de :

- Personnel et notamment avec la mise en place de primes d'objectif sur un chiffre d'affaires en forte évolution
- De communication afin de poursuivre le développement de la mutuelle
- De charges liées au patrimoine de la Mutuelle avec son nouveau siège social

L'année 2017 retrouve le niveau de charges de fonctionnement de l'année 2015 avec un recul de plus de 20% des postes précédemment évoqués.

La répartition de ces charges en pourcentage est la suivante :



Dans les états financiers, les frais de gestion nets sont présentés dans les postes suivants :

En euros	2015	2016	2017
- Frais d'administration	-3 185 040	-3 999 784	-3 050 131
- Frais de règlement	-1 969 521	-2 062 909	-2 122 218
- Frais d'acquisition	-3 897 245	-5 218 387	-3 540 980
- Autres charges techniques	-1 772 418	-2 112 245	-1 159 049
- Autres produits techniques	347 879	421 098	357 738
- Autres charges non techniques	-487 701	-532 929	-334 227
- Autres produits non techniques	66 835	63 641	54 824
Total	-10 897 211	-13 441 516	-9 794 043

Les frais de règlement correspondent aux frais du service « liquidation des prestations ».

Les frais d'acquisition sont relatifs aux frais des services chargés du développement.

Les frais d'administration incluent notamment les frais de gestion et d'encaissement, les frais des services chargés des contrats, de la surveillance du portefeuille et les frais de contentieux liés aux cotisations.

Les autres charges techniques intègrent les charges non affectables aux services de liquidation, d'acquisition ou d'administration (essentiellement des charges liées aux fonctions support)

➤ **Les autres produits techniques se décomposent de la façon suivante :**

En euros	2015	2016	2017
- Frais contentieux	34 276	46 911	39 524
- Produits de gestion CNP	2 241	2 269	2 218
- Produits de gestion SPHERIA	27 945	29 673	25 403
- Produits de gestion GO	598	599	385
- Produits de gestion UNMI	20 402	25 282	30 357
- Remise de gestion Proxime	4 122	73 588	30 695
- Reprise de provision	243 944	202 009	189 625
- Autres	14 350	40 766	39 531
Total	347 879	421 098	357 738

➤ **Les autres charges non techniques incluent :**

En euros	2015	2016	2017
- les charges à caractère social			
- Secours exceptionnels	-27 592	-19 641	-15 039
- Préventions	-88 299	-147 326	-185 567
- Les cotisations fédératives	-66 874	-67 270	-84 848
- les charges provenant de la répartition des charges par nature	-304 935	-301 876	-334 227
- Crédit d'impôts apprentissage		3 184	1 056
- Autres Charges			-
Total	-487 701	-532 929	-618 625

➤ **Les autres produits non techniques intègrent :**

En euros	2015	2016	2017
- Refacturation Sante Just	9 324	15 915	12 614
-Transfert de charges	57 511	47 716	42 209
Total	48 960	63 631	54 824

➤ **Résultat financier**

Le résultat financier passe de 700 300 euros en 2016 à 300 520 euros en 2017. Les produits de placements s'élèvent à 1 005 691 euros.

Les charges de placements intègrent :

En euros	2015	2016	2017
Frais de gestion	-238 530	-302 119	-385 147
Autres charges des placements	-34 342	-65 469	-314 777
Pertes provenant de la réalisation des placements	-162 861	-4 451	-5 247
Total	-435 733	-372 039	-705 171

➤ **Résultat exceptionnel et impôt**

Le résultat exceptionnel est de 243 521 euros, il correspond notamment aux annulations de cotisations suite à créances irrécouvrables compensées par la reprise de provisions constituée sur les exercices antérieurs.

Il n'y a pas d'impôt société sur l'exercice.

➤ **Résultat net**

Après intégration de ces éléments, le résultat net 2016 de la Mutuelle est déficitaire de 4 492 063 euros.

Par rapport au résultat 2016 qui était déficitaire de 6 909 739 euros.

La variation de 2 417 676 euros se justifie par les chiffres de la manière suivante :

En Euros	2015	2016	2017
Evolution de la marge technique	-1 022 818	-1 720 945	2 937 451
Variation des frais de gestion nets	-2 358 121	-2 544 305	-2 705 585
Evolution du résultat des placements	-251 908	23 191	-399 780
Evolution des éléments exceptionnels	-2 652	354 740	-181 387
Diminution de l'impôt			
Total	-3 635 499	-3 887 319	-349 301

B) Le bilan :

Actif du bilan (en euros)	2017	2016
Actifs incorporels	665 622	549 557
Placements	29 959 373	35 854 822
Part des cessionnaires dans les provisions techniques	23 711	30 358
Créances	1 856 965	1 386 940
Autres actifs	4 819 819	3 175 252
Compte de régularisations - actif	912 096	1 427 389
Total de l'actif	38 237 586	42 424 318
Passif du bilan (en euros)	2017	2016
Fonds mutualistes et réserves	21 360 972	25 853 035
Provisions techniques brutes	5 280 648	4 050 062
Provisions pour risques et charges	395 904	322 419
Dettes	11 177 719	12 159 167
Comptes de régularisation- passif	22 342	39 635
Total du passif	38 237 586	42 424 318

a) Les Fonds propres

Les **fonds propres** garantissent la solvabilité de la Mutuelle auprès des adhérents, des salariés et des créanciers.

En 2017, les fonds propres de la Mutuelle s'élevaient à 21 360 972 euros.

➤ Répartition des fonds propres au 31 décembre 2017

En euros	
Réserves	35 585 830
Fonds d'établissement (sans droit de reprise)	381 100
Réserve spéciale de solvabilité	
Réserve de capitalisation	
Report à nouveau	-10 113 895
Résultat de l'exercice	-4 492 063
Total des réserves	21 360 973

b) Provisions techniques

Au 31 décembre 2017, le montant total des provisions techniques brutes de réassurance inscrites au bilan s'élève à 5 280 648 euros, à rapprocher des provisions des comptes 2016 qui étaient de 4 050 062 euros.

La ventilation de ces provisions au 31/12/2017 est la suivante :

En euros	2016	2017
Provisions prestations à payer non vie	3 782 062	4 953 648
Provisions prestations à payer vie	268 000	327 000
Total des provisions techniques	4 050 062	5 280 648

➤ Provision pour risques croissants :

La Mutuelle n'a jamais eu recours à ce type de provisionnement, il a toujours été reconnu que cette provision n'avait pas lieu d'être constituée dans la mesure où les cotisations sont révisables annuellement d'une part et sont fixées par tranche d'âge d'autre part.

Pour l'année 2016, la Mutuelle avait envisagé d'étudier et mesurer les enjeux sur les risques de dommages corporels du vieillissement de son portefeuille d'adhérents, pour les cotisations ne pouvant être réajustée selon l'âge de l'adhérent. Sur l'année 2017, les analyses et les calculs n'ont pas été réalisés, ces hypothèses de travail sont reconduites en 2018.

III) Performance des activités d'investissement

A) Organisation

La solvabilité d'un organisme mutualiste suppose une politique financière garantissant que l'entité disposera toujours d'actifs sûrs, liquides et rentables, en quantité suffisante pour honorer la totalité de ses engagements.

Le Conseil d'Administration érige les lignes directrices de la politique de placements.

Le Conseil d'Administration est l'unique responsable de la gestion des placements et à ce titre, a seul le pouvoir d'approuver le contenu de la politique.

Objectifs et rendements : Le Conseil d'Administration s'est fixé comme objectif principal le maintien impératif des fonds propres de la Mutuelle.

Dans cet esprit, le Conseil d'Administration observe en permanence le degré de risque eu égard à la fluctuation des cours, à la diversification du portefeuille, à la solvabilité des emprunteurs, au besoin de liquidité, et au respect des dispositions du Code de la Mutualité.

Pour 2017, l'allocation des actifs de la Mutuelle s'est organisée en deux parties :

- Premièrement une partie sécuritaire qui correspond aux engagements réglementés et au besoin de fonds de roulement de la Mutuelle. La composition est exclusivement des produits de taux, assurant une liquidité et une sécurité maximale.
- Deuxièmement une partie gestion libre, avec un objectif de rendement supérieur à l'EONIA, plus 2 % sur un horizon 5 ans.

La structure du portefeuille de la Mutuelle est organisée en fonction de ses contraintes bilancielles :

- Les engagements réglementés qui représentent essentiellement les sommes dues par la Mutuelle à ses adhérents. S'agissant essentiellement de prestations santé, l'horizon de ce passif reste court terme. Par ces caractéristiques, ce passif prioritaire exige d'être représenté à l'actif par des placements sécurisés et liquides à court terme.
- La Mutuelle doit également disposer d'un montant minimum de fonds propres correspondant à la marge de solvabilité. S'agissant de fonds propres, les placements faisant face à cette marge de solvabilité disposent d'un horizon de placement qui peut être relativement long. Par ailleurs, la marge de solvabilité doit être représentée à chaque clôture d'exercice, ce qui implique une gestion devant rester sécuritaire.
- Les placements venant en face des fonds propres excédentaires ne sont quant à eux soumis à aucune contrainte, par conséquent un horizon de placement plus long peut-être retenu avec des objectifs de rendement plus importants.

Ci-dessous, illustration du cadre de gestion, qui comprend également les objectifs de rendement déterminés par le Conseil d'Administration :

Portefeuille	Passif concerné	Objectif de performance	Horizon de placement	Bornes de gestion	Supports	Portefeuille consolidé
Portefeuille court terme	Engagement vis-à-vis des tiers	Eonia	1 an	100 % Gestion Monétaire liquide et court terme	0% - 100 % OPCVM Monétaires	70% - 100% Taux
					0% - 100 % Taux fixe court terme (CDN, DAT...)	
Portefeuille Moyen Terme	Marge de solvabilité + fonds propres excédentaires	Eonia + 2%	3-5 ans	65% - 100 % Taux	0% - 100 % Monétaires 0% - 100% Produits de taux moyen/long terme sécuritaires	0% - 30 % Dynamisation
				0% - 35 % Dynamisation	0% - 100 % OPCVM obligataires 0% - 100% Actions 0% - 100% Gestion alternative/diversifiée	

B) Résultats

Etat des placements de la Mutuelle au 31 décembre 2017 :

Conformément au poste A2 de l'actif du bilan 2017, les placements de la Mutuelle se décomposent au 31 décembre 2017 de la manière suivante :

	Valeur brut Bilan 2017	Valeur nette Bilan 2017	Valeur de réalisation 31/12/2017
Terrains et construction	13 946 973	13 378 281	10 631 850
Placements dans les entreprises liées	60 980	60 980	60 980
Placements financiers	20 335 670	20 323 056	21 289 258
Total	34 343 623	33 762 317	31 982 088

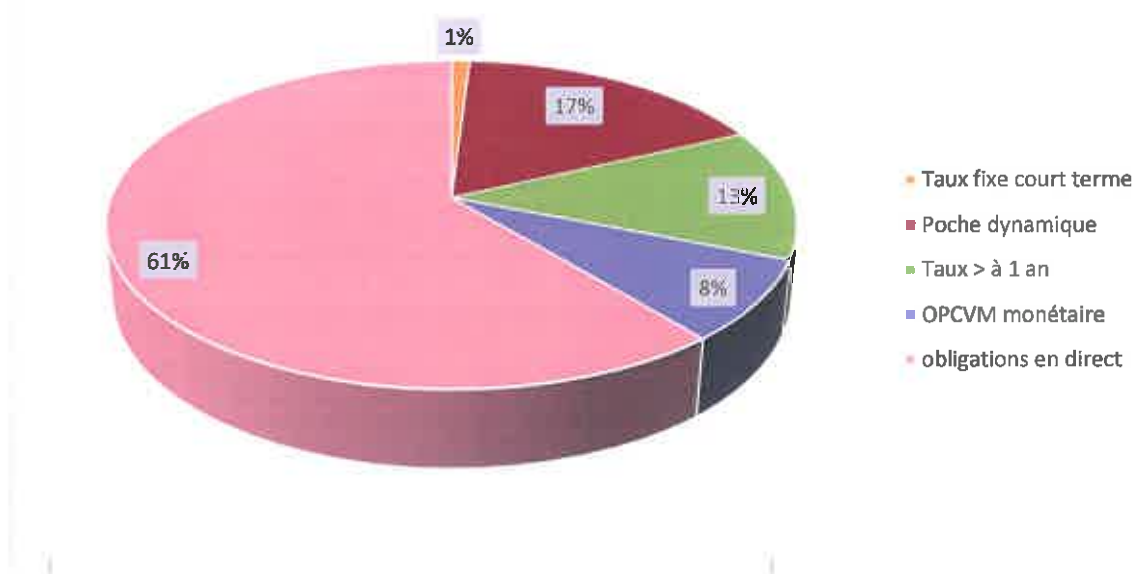
Ci-dessous, l'évolution du poste A2 du bilan, le poste Terrains et constructions augmente de manière significative entre 2015 et 2016, cette augmentation est liée à la réalisation du siège de la Mutuelle, avenue de Verdun.

La diminution des placements financiers est la conséquence des investissements réalisés ces dernières années pour le développement de la Mutuelle. C'est aussi la résultante de l'augmentation tarifaire de l'été 2017 afin de rééquilibrer nos contrats

Evolution 2016/2017	Valeur Nette Bilan 2016	Valeur Nette Bilan 2017
Terrain et constructions	13 773 690	13 378 280
Placement dans les entreprises liées	60 980	60 980
Placements Financiers	22 020 153	16 520 113
Total	35 854 823	29 959 373

- Répartition des placements financiers au 31 décembre 2017 :

Répartition par classe d'actifs



- Résultat des placements de la Mutuelle au 31 décembre 2017:

La performance 2017 s'élève à **2.28%** sur le portefeuille consolidé, dans un contexte financier difficile, avec un montant placé en diminution et des taux de marché très bas, elle est inférieure à celle de 2016 qui était de **2.89%**.

La performance du portefeuille est **conforme aux objectifs** fixés par le Conseil d'administration dans le respect de l'allocation d'actif déterminée.

Ci-après, la performance par portefeuille :

	2015	2016	2017
Portefeuille court terme	0,83%	0,35%	0,41%
Portefeuille moyen terme détenu en direct	2,96%	2,78%	1,99%
Performance moyen terme mandat	2,66%	2,96%	2,43%
Portefeuille consolidé	2,68%	2,89%	2,28%

Le portefeuille de la Mutuelle affiche une performance de 2.28 % soit une surperformance de 0.60% par rapport à l'objectif d'Eonia + 2%. Le portefeuille placement a généré 432 785€ euros de produits financiers.

La Mutuelle bénéficie également de revenus liés aux participations dans les SCI, les revenus s'élèvent à 92 753.34 euros.

Des revenus de placements pour le bâtiment de Verdun liés à la comptabilisation d'un loyer d'équivalence et la location d'une partie du rez de chaussée soit un montant de 365 778.01 euros.
Ci-dessous, les produits et charges de placements telles qu'ils apparaissent dans l'annexe comptable 2017 (note 25) de la Mutuelle.

	Revenus et frais Financiers (entités liée)	Autres Revenus et frais Financiers	Total N	Total N-1
Revenus des participations				
Revenus des placements immobiliers	92753	221 553	314 306	246 344
Revenus des autres placements		416 159	416 159	496 825
Autres revenus financiers (commissions, honoraires)				
Total (poste E2a et/ou F3a) du compte de résultat		730 465	730 465	743 169
Frais financiers (commissions, honoraires, intérêts et agios)		385 147	385 147	302 119
Pour information :				
Total autres produits (plus-values, repr. amort. ou prov.) (E2 et/ou F3)			275 227	329 170
Total autres charges (moins-values, dot. amort. prov.) (E9 et/ou F5)			320 024	69 920

Détail des produits en portefeuille et performance 2017 :

Suivi des Performances par support d'investissement							
Supports	Code ISIN	Performance mois		Performance 11TD		Montant total Valeur	Ponderations
		Fixe	Annualisée	Fixe	Annualisée		
PORTFEUILLE CONSOLIDE						16 524 978 €	
PORTFEUILLE COURT TERME						23 496 €	100,0%
<i>Titres</i>						23 496 €	100,0%
CSL ASSOCIATIS CE		0,04%	0,50%	0,50%	0,50%	23 496 €	100,0%
PORTFEUILLE MOYEN TERME EN DIRECT						5 150 803 €	100,0%
<i>Titres</i>						195 532 €	3,8%
CE Livret A		0,00%	0,75%	0,75%	0,75%	92 854 €	1,8%
CE Livret CIC		0,04%	0,50%	0,50%	0,50%	62 678 €	1,2%
<i>Titres - 1 an</i>						2 136 165 €	41,7%
Contrat de capitalisation Asia		0,14%	1,70%	1,70%	1,70%	2 126 165 €	41,3%
<i>Options en direct</i>						49 995 €	1,0%
FRANCE TELECOM 5,625% 22/05/2018	XS0365094811	0,48%	5,05%	5,05%	5,05%	49 995 €	1,0%
<i>Gestion d'actifs et options</i>						973 158 €	18,9%
AXA IM FRS EUROPE Short Duration	LUD658026603	0,01%	0,00%	0,01%	0,01%	272 054 €	5,3%
SCHLECHER FRANCE OPPORTUNITES EUROPEENNES I	FR0011026707	0,02%	0,20%	7,01%	7,01%	701 104 €	13,6%
<i>Gestion d'événements</i>						1 311 571 €	25,5%
DMCA Invest Europe I	LUD284394151	0,08%	0,08%	5,51%	5,51%	609 340 €	11,8%
BYSCMORE ALLOCATION PATRIMONIE I	FR0010474015	0,10%	1,17%	0,14%	1,55%	702 231 €	13,6%
<i>Autre (Non cash)</i>						534 302 €	10,4%
PRET UNION FONDS CONSERVATEUR LONG	FR0011605690	0,11%	1,27%	1,50%	7,50%	534 302 €	10,4%
MANDAT ECOPI						11 350 679 €	100,0%
<i>Titres</i>						1 287 191 €	11,3%
BTP TRESORERIE	FR0000293698	-0,01%	-0,17%	-0,12%	-0,12%	1 268 281 €	11,2%
EPI PERFORMANCE (C)	FR0010105833	-0,02%	-0,23%	-0,20%	-0,20%	18 910 €	0,2%
<i>Options en direct</i>						10 063 488 €	88,7%
AEN AMRO EURM-0,50% 05/08/19	XS1040422526	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	500 000 €	4,4%
ARBOIS BRP FN 2,5750% 02/04/24	XS1050846507	0,17%	2,00%	2,06%	2,06%	407 322 €	3,6%
AUTOCOUTES PARIS 2,25% 15/01/2020	FR0011693001	0,20%	2,37%	2,37%	2,37%	199 531 €	1,8%
BFCM 8% 21/05/2024	XS1059549761	0,10%	1,13%	0,23%	1,13%	445 773 €	3,9%
BMP PARIBAS 2,25% 10/01/2021	XS1014704586	0,20%	2,31%	2,31%	2,31%	499 116 €	4,4%
BPCE 1,125% 15/01/2020	FR0013231743	0,10%	1,15%	1,09%	1,15%	99 890 €	0,9%
CAISSE DE JEUDONS EURM-0,4% 20/01/2020	XS1170332107	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	400 000 €	3,5%
Calxobank EMN 1,125% 12-01-2020	XS1679158094	0,11%	1,27%	0,16%	1,27%	198 714 €	1,8%
CASA LONDON 2,975 20/05/24	XS1069521083	0,08%	0,00%	0,02%	0,02%	543 011 €	4,8%
CASSA DEPOSITO PRELITI SPA 2,75% 31/05/2021	IT0006025309	0,24%	2,78%	2,78%	2,78%	199 795 €	1,8%
CM ARKEA 1,25% 31/05/2024	FR0013259936	0,11%	1,35%	0,75%	1,35%	198 028 €	1,8%
COCA COLA EURM-0,24% 09/09/2019	XS1197832832	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	500 000 €	4,4%
DAMLER INTL FINANCE ESM 11/09/22	DE000A19HBM3	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	300 000 €	2,6%
EDF 2,25% 27/04/21	FR0011637586	0,20%	2,32%	2,32%	2,32%	499 046 €	4,4%
FONCIERE LYONNAISE 1,875% 26/11/21	FR0012346896	0,16%	1,89%	1,89%	1,89%	199 859 €	1,8%
IBERDROLA 2,875% 11/11/20	XS0940711947	0,25%	2,90%	2,90%	2,90%	199 601 €	1,8%
IBM 0,6% 09/09/21	XS1375841159	0,01%	0,09%	0,02%	0,09%	304 679 €	2,7%
IBM 1,25% 26/05/20 12)	XS1143163183	0,11%	1,29%	1,29%	1,29%	299 356 €	2,6%
ICAE 2,25% 15/04/2021	FR0011847714	0,20%	2,31%	2,31%	2,31%	199 599 €	1,8%
ING GROUP 0,75 09/05/2022	XS1576220484	0,07%	0,82%	0,67%	0,82%	199 442 €	1,8%
INTEBA 0% 25/09/19	XS0997333223	0,25%	3,00%	3,00%	3,00%	199 890 €	1,8%
INSA (Nokia Bank) 0% Dec-2022 (Euribor 3M +0,6%)	XS1726323436	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	110 000 €	1,0%
LVMH EURM-0,20% 14/02/2019	FR0012315133	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	400 000 €	3,5%
MERCKYS 1,787% 01/05/2020	FR0012332203	0,20%	2,32%	2,32%	2,32%	194 838 €	1,7%
METROVADEA 23/05/2022	XS1416688890	0,12%	1,47%	1,39%	1,47%	208 035 €	1,8%
MICROSOFT 2,125% 06/12/2021	XS1001749107	0,10%	1,02%	1,02%	1,02%	503 805 €	4,4%
RABOBANK 2,975% 22/06/20	XS0933640527	0,21%	2,40%	2,40%	2,40%	497 805 €	4,4%
REI TV-24 04-06-2024 (Euribor 3M +0,57)	FR0013290155	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	56 000 €	0,5%
RAMRANDER CF 1,00 06/05/21	XS1413580579	0,09%	1,04%	1,04%	1,04%	399 430 €	3,5%
SG SFH EMN 4% 16/01/22	FR0011180017	0,35%	4,07%	4,07%	4,07%	398 709 €	3,5%
Telefonica SA, 1,525% 17/01/2025	XS1550951211	0,13%	1,53%	1,46%	1,53%	200 000 €	1,8%
TOTAL 2,125% 15/11/21	XS0994990280	0,19%	2,17%	2,21%	2,21%	199 352 €	1,8%
TOTAL 2,125% 16/11/21 (2)	XS0994990280	0,18%	1,94%	1,94%	1,94%	302 054 €	2,7%

La Mutuelle participe également depuis juin 2016, à un fonds d'économie locale (fonds ressources 2) pour un montant de 607 100 euros au 31 décembre 2017, ce fonds est prévu à hauteur de un millions d'euros.

PROPOSITIONS D'ASSOUPLISSEMENT DES CONTRAINTES ECOFI

Mandat obligatoire Ecofi	PROPOSITION FORWARD : limites possibles	Limites possibles actuelles
Objectif de performance	Eonia + 2%	Eonia + 2%
Maturité moyenne	3 - 7 ans	Duration globale < 5ans
Maturité maximum par support	12 ans max / 7 ans max pour les titres HY et non notés	10 ans max
Composition de la poche de consommation	0% min / 30% max (dont 15% max en actions et 3% max en diversification)	Uniquement Instruments financiers de taux
Notation	Notation minimum BBB- 30% maximum pour les titres High Yield et non notés	20% max entre BBB+ et BBB- Inklus
Rang de subordination	30% max pour les Titres Subordonnés Remboursables	10% max
Ratio d'emprunt	10% max	5% max
Zone géographique	Siège social émetteur : 100% CCDE / 10% max hors ZE	100% zone euro

La Mutuelle élabore systématiquement son budget au regard de trois scénarios, pessimiste, central et optimiste.

Comme nous le constatons à la lecture de ce tableau, il est prévu une diminution du rendement par rapport à 2017 et également une diminution des produits générés au regard de la diminution du montant placé.

Budget 2018					
	Montants Moyens Placés	Du 31/12/2017 au 31/12/2018			
		Scénario Pessimiste		Scénario Favorable	
		Produits	Performance	Produits	Performance
PORTFEUILLE COURT TERME	23 496 €	82 €	0,35%	117 €	0,50%
Trésorerie	23 496 €	82 €	0,35%	117 €	0,50%
PORTFEUILLE MOYEN TERME EN DIRECT	5 125 825 €	-47 050 €	0,02%	114 275 €	2,23%
Trésorerie	130 554 €	65 €	0,05%	884 €	0,68%
Taux > 1 an	2 126 165 €	31 892 €	1,50%	35 082 €	1,65%
Obligations en direct	49 995 €	1 191 €	2,38%	1 252 €	2,50%
Poche Dynamique	2 284 728 €	-75 189 €	-3,29%	77 057 €	3,37%
Autres	534 382 €	0 €	0,00%	0 €	0,00%
MANDAT ECOFI	11 350 679 €	142 498 €	1,26%	147 398 €	1,30%
Trésorerie	1 287 191 €	-5 298 €	-0,41%	-395 €	-0,03%
Obligations en direct	10 063 488 €	147 794 €	1,47%	147 794 €	1,47%
TOTAL	16 500 000 €	100 530 €	0,61%	261 791 €	1,59%
EONIA + 2%		1,69%		1,82%	

Partie II : Système de gouvernance

La Mutuelle est administrée par un Conseil d'Administration, élu parmi l'ensemble des adhérents par l'Assemblée Générale, composé elle-même des délégués d'adhérents.

Le Conseil d'Administration fixe la stratégie et confie aux dirigeants effectifs le soin de mettre en œuvre opérationnellement, avec leurs équipes, les décisions prises. L'ensemble de ses travaux sont préparés par les membres du Bureau. Il peut également déléguer le soin d'étudier certains dossiers à des commissions et comités.

Les responsables des 4 fonctions clés assurent, chacun dans leur domaine, des missions qui leur sont propres.

I) Modalités générales de gouvernance

A) *Organes statutaires de la Mutuelle*

a) L'assemblée Générale

L'Assemblée Générale de la Mutuelle est composée de délégués d'adhérents (1 délégué pour 750 adhérents), élus pour une durée de six ans.

Deux sections sont constituées :

- Une première section, (dénommée Section 1 - INDIVIDUELS) rassemble l'ensemble des membres participants ayant souscrit un contrat individuel directement auprès de la Mutuelle, ainsi que les membres honoraires personnes physiques
- Une deuxième section, (dénommée Section 2 – COLLECTIFS) rassemble l'ensemble des membres participants ayant adhéré à la Mutuelle par l'intermédiaire d'un contrat collectif, obligatoire ou facultatif, lui-même souscrit directement auprès de la Mutuelle, ainsi que les membres honoraires personnes morales

L'Assemblée Générale se réunit au minimum une fois par an, sur convocation du Président. Elle délibère sur l'ensemble des questions relevant de sa compétence conformément aux dispositions du code de la mutualité.

Chaque délégué ne dispose en principe que d'une seule voix à l'Assemblée Générale.

Néanmoins, conformément aux dispositions de l'article L.114-13 du code de la mutualité, il peut recevoir procuration (2 au maximum) de la part d'un ou plusieurs délégués absents, que ces délégués appartiennent ou non à la même section.

Les délégués ont été réélus début 2016, pour un nouveau mandat de 6 années, soit jusqu'en 2022.

b) Le Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration de la Mutuelle est composé de 20 administrateurs :

- M. Philippe MIXE, Président
- M. Michel HEDOIRE, 1^{er} Vice-Président
- M. Jean Claude WCZESNIAK, 2nd Vice-Président
- M. Bernard DUEE, Trésorier
- M. Jacques MICHEL, Trésorier Adjoint
- M. Jean Pierre CARON, Secrétaire
- M. Gérard VANELSTLANDE, Secrétaire Adjoint
- Mme Brigitte BALAVOINE,
- Mme Yasmina BOUKRAMI
- Mme Michèle HOSTAUX
- Mme Claudine HUVELLE
- M. Moïse RAMEZ
- M. Marc BASSEZ
- M. Jérémie GLORIEUX
- M. Jean Pierre HOT
- Mme Elodie CARON
- M. Alain DECOBECQ
- M. Francis DESTIEUX
- M. Hubert DE WAZIERES
- M. Régis LAURENT

Les statuts de la Mutuelle régissent le fonctionnement du Conseil d'Administration.

Le Conseil d'Administration s'est doté d'un règlement intérieur et d'une charte des administrateurs. Il a mis en place un Comité d'Audit et différentes commissions.

1) Convocation du Conseil d'Administration (article 32 des statuts)

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du Président chaque fois que celui-ci le juge utile et en tout état de cause, au moins trois fois par an.

L'ordre du jour est fixé par le Président et adressé aux membres du Conseil, en même temps que la convocation, au moins 5 jours francs avant la date de la réunion. La convocation peut être effectuée par courriel mais est obligatoirement confirmée par courrier postal dans les délais impartis.

En outre, la convocation est obligatoire quand elle est demandée par le quart au moins des membres du Conseil. Dans ce dernier cas, le règlement intérieur en fixe les principes.

Le Président peut inviter toute personne extérieure à assister aux réunions du Conseil d'Administration. Ces dernières, ainsi que les Administrateurs, sont tenus à la confidentialité des informations données comme telles. Le règlement intérieur en expose les principes et conséquences.

2) Tenue des réunions du Conseil d'Administration (article 34 des statuts)

Le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante.

c) Le Bureau du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration peut confier l'exécution de certaines missions sous sa responsabilité et son contrôle au Bureau. Ce dernier se réunit sur convocation du Président, selon ce qu'exige la bonne administration de la Mutuelle. Le règlement intérieur précise les modalités des réunions de travail.

Les membres du Bureau étudient également les orientations et stratégies en vue d'une présentation au Conseil d'Administration.

Ils n'ont aucun pouvoir décisionnel, sauf en cas de délégation donnée par le Conseil pour toute question ne relevant pas exclusivement de sa compétence par les textes.

Les membres du Bureau sont élus à bulletin secret au scrutin majoritaire à un tour pour 3 ans par le Conseil d'Administration en son sein au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'Administration. Ils sont élus pour une durée qui ne peut excéder celle de leur mandat d'administrateur et sont rééligibles.

Le Bureau constitué au sein du Conseil d'Administration, est composé de :

- Monsieur Philippe MIXE, Président
- Monsieur Michel HEDOIRE, 1er Vice-Président
- Monsieur Jean Claude WCZESNIAK, 2nd Vice-Président
- Monsieur Bernard DUEE, Trésorier Général
- Monsieur Jacques MICHEL, Trésorier Adjoint
- Monsieur Jean Pierre CARON, Secrétaire Général
- Monsieur Gérard VANELSTLANDE, Secrétaire Adjoint

a) Les commissions et comités

La Mutuelle est composée de différentes commissions, chacune chargées d'un domaine spécifique. Elles sont régies par le règlement intérieur.

Le Comité d'Audit est quant à lui imposé par les textes. Son fonctionnement est régi par une charte interne et par les dispositions légales et réglementaires.

1) Le Comité d'Audit

A la date d'établissement du présent rapport, il est composé de :

- Monsieur Jean Claude WCZESNIAK, Président du Comité
- Monsieur Jan Pierre CARON
- Monsieur Jérémie GLORIEUX
- Monsieur Jean Pierre HOT
- Monsieur Francis DESTIEUX
- Monsieur Hubert DE WAZIERES
- Monsieur Régis LAURENT
- Monsieur Moïse RAMEZ

Le comité d'audit est une émanation du Conseil d'Administration nommé par ce dernier. Au moins 2/3 des membres du comité sont des administrateurs à l'exclusion du Président et du Trésorier.

Au moins un membre du comité d'audit doit disposer d'une expertise financière ou comptable avérée. Cette personne peut être une personne extérieure.

Les missions du comité d'audit s'articulent autour de quatre grands pôles :

- **Gestion des risques et contrôle interne, en collaboration étroite avec le responsable de la fonction clé « gestion des risques » et le service contrôle interne :**
 - Apprécier l'efficacité des systèmes mis en place par la direction pour identifier, évaluer, gérer et contrôler les risques financiers et non financiers.
 - Examiner les procédures relatives à la fraude et au dispositif d'alerte éthique
 - Surveiller le bon fonctionnement du contrôle interne en matière d'élaboration et de traitement de l'information comptable et financière
 - Examiner les rapports de la direction et les rapports des auditeurs internes concernant l'efficacité des systèmes de gestion du risque, de contrôle financier, de reporting financier.
 - S'assurer de l'adéquation des procédures avec la structure et l'évolution de la Mutuelle.

- **Conformité aux prescriptions légales et règlements internes, en collaboration étroite avec la fonction clé « vérification de la conformité » :**
 - S'assurer du respect des lois, des règlements et des obligations contractuelles.

- **Audit interne, en collaboration avec le responsable de la fonction clé « audit interne » :**
 - S'assurer que l'audit interne dispose de l'ensemble des éléments lui permettant d'accomplir sa mission
 - Vérifier que les conditions d'indépendance de l'audit interne sont réunies et que le responsable de la fonction clé audit interne a la possibilité de rendre compte directement au comité d'audit
 - Valider le plan d'audit interne et suivre son exécution. Evaluer et approuver les processus et procédures
 - Recevoir, de façon régulière, les rapports concernant les résultats des travaux des auditeurs internes
 - Evaluer le rôle et l'efficacité de l'audit interne
 - Le comité d'audit peut proposer la nomination ou la révocation du responsable de la fonction clé audit interne

- **Reporting financier :**
 - Examiner, de manière critique, les décisions et appréciations de la direction se rapportant aux états financiers de la société, aux analyses de performance, aux rapports intermédiaires, avant de les soumettre au conseil, pour approbation.
 - Méthodes et pratiques comptables,
 - Respect des réglementations et obligations légales,
 - Conformité des règles comptables,
 - Décisions nécessitant un élément d'appréciation important,
 - Incidences sur les états financiers des transactions inhabituelles,
 - Exhaustivité et exactitude des informations de l'annexe,
 - Continuité de l'exploitation.

Seuls les membres du comité d'audit sont autorisés à assister aux réunions du comité d'audit. Le Président, les autres administrateurs indépendants, le directeur général, le directeur financier, le responsable de l'audit interne, les auditeurs externes ou toute autre personne peuvent assister aux réunions sur invitation du comité uniquement.

Au moins une fois par an, le comité d'audit doit se réunir pour s'entretenir avec les auditeurs internes et externes en l'absence des membres de la direction.

Il peut également rencontrer les responsables des fonctions clés, à sa demande.

Quatre réunions au minimum sont organisées chaque année (pour coïncider avec les dates importantes de reporting financier de la société). Les auditeurs externes ou les auditeurs internes peuvent demander qu'une réunion soit organisée s'ils l'estiment nécessaire.

Les comptes rendus des réunions du comité sont transmis à tous les membres du conseil. Le rapport du comité d'audit est présenté sous forme d'un compte rendu écrit et est présenté au conseil par le président du comité d'audit.

Le comité d'audit revoit chaque année ses modalités de fonctionnement, examine son efficacité. Le conseil d'administration devra approuver tout changement mis en œuvre.

Le comité d'audit présentera un rapport sur ses fonctions qui pourra être joint au rapport annuel.

2) Les commissions internes

Des commissions sont mise en place, sur des sujets spécifiques, afin de permettre aux administrateurs d'étudier plus en profondeur, par petits groupes et selon leurs domaines de prédilection, différents sujets et d'éclairer plus en détail les travaux du conseil d'administration.

Ces commissions, présidées par un administrateur, sont chargées d'étudier toutes questions et d'instruire tous les dossiers sur des sujets précisés par le Conseil d'Administration, mais n'ont pas de pouvoir décisionnaire.

Peuvent faire partie des commissions, des Administrateurs et des délégués. Les Directeurs, des conseillers extérieurs, des salariés et toute autre personne peuvent y être invités.

Le tableau ci-après reprend l'ensemble des commissions, leur composition, leurs attributions ainsi que leur activité sur l'exercice 2017 :

Date	Commission	Administrateur bénéficiaire d'indemnités statutaires présent
18-Janv-17	Commission Statuts Veille Juridique	Monsieur Mixe Monsieur Singer
30-Janv-17	Commission ressources Humaines	Monsieur Mixe Monsieur Duée Monsieur Hedoire
24-févr-17	Comité d'audit	Monsieur Wczesniak Monsieur Singer
08-mars-17	Comité d'audit	Monsieur Singer Monsieur Wczesniak Monsieur Caron
15-mars-17	Comité d'audit	Monsieur Singer Monsieur Wczesniak Monsieur Caron
29-mars-17	Commission secours exceptionnels	Monsieur Hedoire Monsieur Singer Monsieur Wczesniak
05-avr-17	Comité d'audit	Monsieur Caron Monsieur Singer Monsieur Wczesniak
06-avr-17	Commission ressources Humaines	Monsieur Duée Monsieur Hedoire
03-mai-17	Commission Communication Marketing et des relations extérieures	Monsieur Mixe
07-juin-17	Commission budgets	Monsieur Duée Madame Balavoine
12-juin-17	Commission élections	Monsieur Mixe Monsieur Wczesniak Monsieur Caron Madame Balavoine Monsieur Hedoire
26-juil-17	Commission secours exceptionnels	Monsieur Hedoire Monsieur Singer Monsieur Wczesniak
1er-septembre-2017	Commission finances et placements	Monsieur Duée
18-nov-17	Commission budgets, finances et placements	Monsieur Decobecq Monsieur Duée Madame Hostaux Madame Huelle Monsieur Hot Monsieur Bassez
23-nov-17	Commission RH – Formation des Elus	Monsieur Ramez Monsieur Duée Monsieur Hedoire Monsieur Michel Monsieur Destieux Madame Balavoine Madame Boukrami Madame Hostaux
29-nov-17	Statuts, veille juridique, conflits et élection	Monsieur Caron Monsieur Hedoire Madame Balavoine Madame Huelle Madame Hostaux
13-déc-17	Commission secours exceptionnels	Monsieur Bassez Monsieur Wczesniak Monsieur Destieux Monsieur Hedoire Monsieur Ramez
21-déc-17	Comité d'audit	Monsieur Wczesniak Monsieur Glorieux Monsieur Hot Monsieur Dewazieres Monsieur Laurent Monsieur Ramez

B) Organisation opérationnelle de la Mutuelle

L'organisation opérationnelle de la Mutuelle est confiée aux dirigeants effectifs, qui s'appuient sur 4 directeurs, chacun responsables d'un domaine spécifique, sous le contrôle des responsables de fonctions clés nommés par le Conseil d'Administration.

a) Les dirigeants effectifs et responsables de fonctions clés

Afin de mettre en œuvre opérationnellement les décisions du Conseil d'Administration, la Mutuelle a désigné 2 dirigeants effectifs et 4 responsables de fonctions clés.

A la date d'établissement du présent rapport, ont été désignés :

- Dirigeants effectifs :
 - o Monsieur Philippe MIXE, Président du Conseil d'Administration
 - o Monsieur Ghislain DECOBECQ, Directeur Général

- Responsable des fonctions clés :
 - o Madame Mélanie LENNE, Responsable de la fonction clé « vérification de la conformité »
 - o Monsieur Stéphane SUMERA, Responsable de la fonction clé « gestion des risques » et de la fonction clé « Audit interne » jusqu'au 4 décembre 2017
 - o Depuis le 5 décembre 2017 : Madame Murielle DERAÏN, Responsable de la fonction clé « Audit interne » et Monsieur Philippe BUYS, Responsable de la fonction clé « Gestion des Risques »
 - o Madame Carine DEHON, Responsable de la fonction clé « actuariat »

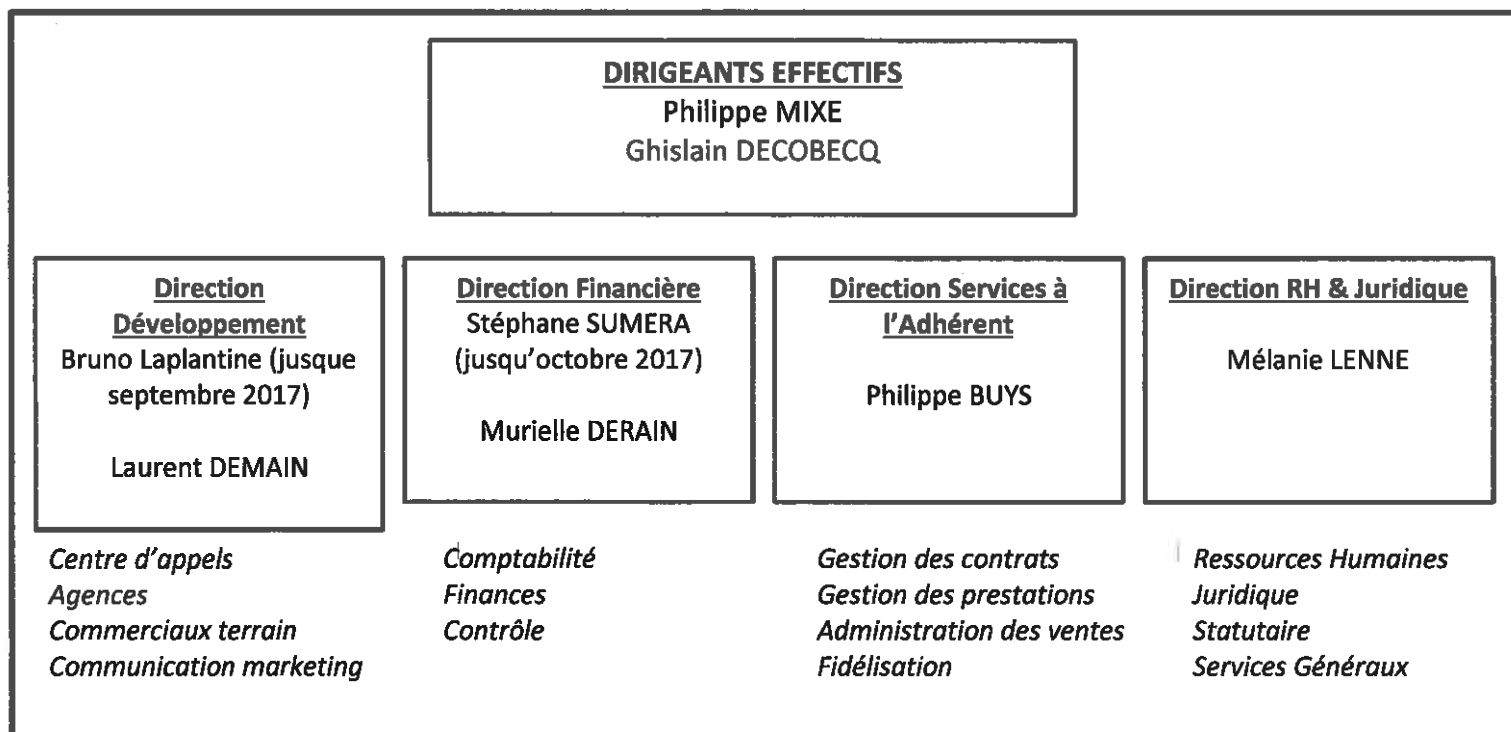
b) La Direction de la Mutuelle

La Mutuelle est organisée en 4 grands pôles :

- La Direction Développement, a été dirigée par Bruno LAPLANTINE jusqu'au 1^{er} septembre 2017. Depuis le 1^{er} septembre 2017, cette fonction est assurée par Monsieur Laurent Demain. Cette Direction a en charge l'ensemble du réseau commercial (centre d'appels, agences, commerciaux terrain) ainsi que le service communication/marketing.
- La Direction Financière, dirigée par Stéphane SUMERA. Elle a en charge le service contrôle ainsi que la comptabilité et les finances. Depuis Novembre 2017, cette fonction est assurée par Madame Murielle DERAÏN.
- La Direction Services à l'adhérent, dirigée par Philippe BUYS. Elle assure l'ensemble des services de gestion des contrats, administration des ventes et fidélisation.
- La Direction Ressources Humaines et Juridique, dirigée par Mélanie LENNE. Elle gère les ressources humaines, l'ensemble des dossiers juridiques de la Mutuelle ainsi que les services généraux.

Les activités actuarielles ainsi que les systèmes d'information sont suivis et encadrés par la direction générale elle-même.

Le schéma ci-dessous présente de manière synthétique l'organisation de la Mutuelle :



C) Politique de rémunération

Jusque fin août 2017, seuls les administrateurs membres du Bureau avaient des sujétions permanentes pouvant justifier le versement d'indemnités spécifiques.

Depuis septembre 2017, l'ensemble des administrateurs de la Mutuelle perçoit des indemnités statutaires pour sujétions permanentes.

L'Assemblée Générale de la Mutuelle valide chaque année le montant des indemnités perçues par les Administrateurs à ce titre, ainsi que la somme attribuée aux administrateurs travailleurs indépendants. Ces montants sont validés en euros pour l'année en cours. L'Assemblée valide également les modalités de réévaluation de ces indemnités pour l'année suivante, au regard d'une indexation définie par avance, afin de permettre une réévaluation dès le 1er janvier de l'année suivante. Le montant réévalué est néanmoins soumis à l'Assemblée Générale de l'année suivante.

Le versement de ces indemnités peut chaque année être remis en question par les délégués de la Mutuelle.

Une convention de remboursement de salaires est établie entre l'employeur des administrateurs et la Mutuelle (lorsque l'employeur en fait la demande) afin de permettre aux élus de s'investir au maximum dans la vie de la Mutuelle, sans craindre pour leur emploi ou leur salaire. Les remboursements de salaires et de charges sont effectués à l'euro l'euro, sur présentation de facture de l'employeur et uniquement pour les réunions pour lesquelles l'administrateur reçoit une convocation.

La commission Ressources Humaines et Formation des Elus s'assure chaque année de la compatibilité des sommes versées par la Mutuelle avec les dispositions législatives rappelées ci-avant (seuils, cumuls, avantages divers, fourniture de justificatifs ...) et de l'établissement des rapports d'activités par les administrateurs concernés.

Toute fixation ou modification de la rémunération des dirigeants opérationnels est soumise à validation du Conseil d'Administration après avis du Bureau.

Ni les dirigeants effectifs, ni les administrateurs ne perçoivent de rémunération liée d'une manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la Mutuelle.

Les rémunérations variables des autres salariés sont par ailleurs encadrées afin de ne pas les inciter à s'affranchir des règles de contrôle interne. La part variable de leur rémunération est encadrée chaque année par annexes aux contrats de travail reprenant les objectifs et les critères permettant de leur verser une part variable de rémunération. Le montant de la part variable du salaire est, dans tous les cas, limité à un pourcentage du revenu fixe.

II) Honorabilité et compétence

Conformément aux dispositions de la Directive Solvabilité 2, la Mutuelle a mis en place un dispositif interne permettant de contrôler les critères de compétence et d'honorabilité des membres du Conseil d'Administration, des dirigeants effectifs ainsi que des responsables de fonctions clés.

Ce dispositif a été complété dès le début de l'année 2018, dans le cadre des obligations issues de la Directive sur la Distribution d'Assurances imposant de vérifier l'honorabilité des intermédiaires d'assurance, des personnes physiques qui travaillent pour une entreprise d'assurance et qui sont responsables de l'activité de distribution d'assurance ou y prennent part directement.

Concernant les dirigeants effectifs et les responsables de fonctions clés, salariés de la Mutuelle, l'évaluation des compétences et le contrôle de l'honorabilité sont effectués pour partie à l'embauche (ou au moment de la nomination), et pour partie, annuellement, notamment lors des entretiens annuels d'évaluation.

La Mutuelle examine en effet les casiers judiciaires des personnes concernées lors de leur embauche (ou nomination) et exige de leur part une déclaration annuelle d'honorabilité certifiant qu'elles demeurent honorables. Elle s'assure en outre qu'elles n'exercent pas d'autres fonctions susceptibles de créer des situations de conflits d'intérêts.

Elle vérifie leur compétence à la fois lors du processus de recrutement (expériences en lien avec le poste concerné, prises de références) mais également chaque année, au cours des entretiens annuels d'évaluations.

Au-delà des compétences spécifiques propres à chacune de leurs fonctions, la Mutuelle s'assure de leur capacité à appréhender la stratégie, le modèle économique et le système de gouvernance propre à la Mutuelle. Elle analyse pour ce faire leurs connaissances générales sur le métier propre à la structure à savoir sur les principaux produits distribués et les risques assurés par la Mutuelle et sur le cadre réglementaire applicable.

Des formations sont régulièrement proposées dans le cadre du plan de formation afin de maintenir leurs connaissances et compétences à jour.

Concernant les administrateurs, la compétence est évaluée, en partie, collectivement. La compétence collective prend en compte la diversité des parcours professionnels et l'expérience des mandats mutualistes précédemment occupés. Ainsi, les administrateurs n'ont pas l'obligation de posséder chacun une expertise, une connaissance et/ou une expérience portant sur l'ensemble des domaines d'activité de la Mutuelle.

La Mutuelle s'assure, à chaque renouvellement de mandats, que le conseil d'administration dispose collectivement de l'ensemble des compétences nécessaires à la bonne tenue de ses fonctions. A défaut, ou afin d'acquérir des compétences plus précises, des formations sont proposées au sein de la Fédération.

Leur honorabilité est vérifiée à chaque début de mandat, par la production d'un extrait de casier judiciaire de moins de trois mois et chaque année par une déclaration annuelle d'honorabilité et de non-condamnation.

Concernant les intermédiaires d'assurance et salariés de la mutuelle responsables de l'activité de distribution ou y prenant part, l'honorabilité est systématiquement vérifiée à l'embauche ou, pour les intermédiaires, au moment de l'entrée en relation d'affaires, par la production d'un extrait de casier judiciaire de moins de trois mois, lequel est ensuite réclamé chaque année.

III) Système de gestion du risque

A) Organisation

L'identification et l'analyse des risques internes et externes susceptibles d'affecter la réalisation des objectifs de la Mutuelle est de la responsabilité de la Direction des Services à l'Adhérent. Les missions principales de la direction des Services à l'Adhérent consistent à identifier les risques susceptibles de nuire à l'atteinte des objectifs de la Mutuelle et à s'assurer de l'existence et de l'efficacité des systèmes de management des risques adaptés aux enjeux.

La macro cartographie des processus de la Mutuelle a été établie et pour chaque processus et sous processus une cartographie des risques a été établie. Ces cartographies ont été établies d'après un cadre méthodologique et en étroite collaboration avec les responsables de processus. Les risques majeurs de la Mutuelle ont été identifiés par les différents directeurs de la Mutuelle. L'ensemble des travaux de la direction des Services à l'Adhérent relatif à la gestion des risques sont présentés en comité d'audit.

Sur l'année 2018, une revue d'une partie de la Cartographie des Risques a été programmé et présenté au Comité d'Audit qui a validé le projet.

Sur la base de cette cartographie, l'évaluation des risques et leurs maîtrises sont analysés, des plans d'actions sont alors élaborés avec l'ensemble des collaborateurs et responsables de processus.

B) Mesure

Fin 2016, le Conseil d'administration à travers la politique de gestion des risques à déterminer ses objectifs et appétence aux risques, sur la base d'indicateurs chiffrés au nombre de six.

Celles-ci sont répertoriées dans le tableau synoptique ci-dessous :

Indicateur	Zone de non conformité	Zone d'alerte	Zone optimale	Zone de surcapitalisation
Ratio de couverture du SCR par les fonds propres éligibles	< à 100%	100-130%	130%-300%	> à 300%
Ratio combiné des affaires nouvelles	> à 110%	100-110%	90%-100%	< à 90%
Taux de croissance du portefeuille	< à 0%	0-5%	5-10%	
Niveau des frais global	> à 20 %	15%-20%	15-10%	
Résultat technique global (% du CA)	R < - 10 %	-10 % < R < 5 %	R > 5%	R > 20%
Résultat financier global (% des réserves)	< 1 %	1% - 2%	> 2%	

Ces indicateurs permettent le suivi de l'activité notamment par le conseil d'administration et son comité d'audit.

IV) ORSA

A) *Organisation*

La Mutuelle a réalisé fin 2017 son deuxième rapport ORSA, en conformité avec les dispositions de l'article 45 de la directive cadre Solvabilité 2.

Le dispositif ORSA constitue, d'une part, l'outil de surveillance et d'ajustement de la solvabilité de la Mutuelle et permet, d'autre part, d'éclairer les actions managériales de ses dirigeants en quantifiant les impacts probables de leurs décisions.

Pour faire face à ses exigences, la Mutuelle s'est dotée d'un outil (outil « Magellan » Garcia Rochette) qui lui permet d'appréhender de manière solide et fiable les différents points nécessaires à un suivi de sa solvabilité notamment :

- D'estimer quantitativement le **besoin global de solvabilité** de la Mutuelle par intégration d'éventuels risques non prévus et par modulations de certains calibrages de la formule standard ;
- De **suivre de manière continue la solvabilité** de la Mutuelle entre deux inventaires ;
- De mener des **analyses prospectives de la solvabilité** sous des scénarios définis et en intégrant d'éventuelles décisions stratégiques à l'étude.

L'intégration du dispositif ORSA dans le système de gouvernance impose un dialogue continu entre les dirigeants et les gestionnaires. Ce dialogue permet de mesurer régulièrement les risques auxquels est réellement confrontée la Mutuelle, d'ajuster la mesure de sa solvabilité en conséquence, d'apprécier cette dernière de manière continue entre deux inventaires et de la projeter dans des scénarios conjoncturels définis.

B) Sur le besoin global de solvabilité :

Au calcul de la formule standard, la Mutuelle évalue son besoin global de solvabilité en intégrant des risques non capturés par la formule ou en en modulant certains calibrages jugés non adaptés et trop peu prudents compte tenu de l'appétence au risque de la gouvernance.

L'ensemble des risques pris en compte et les différents calculs sont traduits dans le rapport ORSA, ci-dessous les différents risques retenus :

- **Le risque souverain**

Conformément aux accords généraux pris au niveau de l'OCDE, les titres souverains sont exclus du calcul du risque de *spread* prévu par la formule standard. Dans le cadre de l'ORSA, l'inclusion du risque de défaut des contreparties concernées dans l'appréciation de la solvabilité réelle de la Mutuelle est nécessaire, compte tenu de l'histoire européenne récente.

- **Le risque de catastrophe avérée**

La formule standard prévoit un sous-module catastrophe dans le module de souscription santé. Cependant, consciente du risque de sur-sinistralité auquel elle serait exposée en cas de pandémie déclarée (par exemple Ebola ou SRAS et H1N1 observés par le passé).

La Mutuelle a prévu de pouvoir intégrer ce risque immédiatement, le cas échéant.

- **Le risque de stratégie**

La gouvernance de la Mutuelle a prévu de pouvoir intégrer, dans son modèle ORSA, les risques attachés à ses projets stratégiques en cours, non capturés par la formule standard. En effet, les projets stratégiques lancés nécessitent des investissements dont une partie peut être définitivement perdue en cas d'échec du projet. L'éventuelle charge en capital supplémentaire dépendra d'un facteur d'aversion au risque de la gouvernance, correspondant à son appréciation de la probabilité d'échec de chacun de ses projets stratégiques.

- **Le risque opérationnel**

Les dispositions de la directive Solvabilité 2 précisent que le risque opérationnel correspond au « risque de perte résultant de procédures internes, de membres du personnel ou de systèmes inadéquats ou défectueux, ou d'événements extérieurs ».

Cependant, malgré son appréhension dans le calcul de la formule standard, la Mutuelle tient compte des récents travaux de l'EIOPA .

Le dernier document de travail d'EIOPA envoyé à la commission européenne préalablement au lancement de l'étude d'impact QIS5 (« final ad vice ») indiquait notamment que ce module avait été amélioré autant que faire se peut et laissait entendre qu'a priori seule la pratique d'une activité atypique, non listée précédemment, devait conduire à une modélisation plus fine de ce risque. L'activité unique de la Mutuelle consistant à assurer des produits d'assurance complémentaire santé, l'approche standard est directement applicable.

Toutefois, il ne semble pas inutile de vérifier s'il s'avère nécessaire d'ajuster ce calcul lors de la détermination du besoin global de solvabilité ORSA.

Ainsi, le dispositif ORSA mis en place intègre un éventuel ajustement si la somme des coûts attachés à la base incidents dépasse un certain pourcentage du SCR opérationnel donné par la formule standard. Ce pourcentage dépend du niveau de confiance de la gouvernance, de son aversion au risque.

- **Le risque de perte imminente**

Le modèle ORSA de la Mutuelle prévoit la possibilité d'intégrer une charge en capital supplémentaire dans le cas où une perte imminente et suffisamment certaine serait identifiée. Cette charge supplémentaire, venant en augmentation directe du BSCR global, correspond à la perte concernée ajustée d'un facteur d'aversion au risque de la gouvernance, correspondant à son estimation de la probabilité de réalisation de cette perte.

- **Le risque d'évolution réglementaire ou fiscale avérée**

Le modèle ORSA mis en place permet d'ajuster le besoin global en fonds propres dans une éventuelle situation d'évolution réglementaire certaine et préjudiciable au maintien du niveau d'activité de la Mutuelle, de type ANI. La charge en capital supplémentaire correspond à la perte technique sur une année résultant d'une baisse d'activité (non encore compensée par une politique de réduction des coûts) sur un ou plusieurs groupes homogènes de risque, le taux de baisse d'activité étant le facteur d'aversion au risque de la gouvernance.

Par ailleurs, le modèle prévoit de prendre en compte les évolutions fiscales avérées, notamment sur la TSA.

C) Sur le respect permanent des exigences prudentielles :

L'article 45 de la directive Solvabilité 2 impose que l' « évaluation [de l'ORSA] porte [notamment] sur le respect permanent des exigences de capital prévues au chapitre VI, sections 4 et 5 ».

Si la Mutuelle respecte ses obligations de reporting trimestriel en matière de restitution de MCR. Son objectif à terme est de pouvoir suivre mensuellement la solvabilité de la Mutuelle, le modèle mis en place le permettant mais toutes les données n'étant pas encore disponibles mensuellement. Cette fonctionnalité du modèle ORSA de la Mutuelle pourra permettre de déclencher l'ORSA en temps réel en cas de bouleversement conjoncturel ou de changement brutal de profil de risque.

D) Sur l'analyse prospective de la solvabilité et le pilotage de la Mutuelle :

Le modèle de projection de la solvabilité avec l'outil Magellan permet de répondre à cette exigence réglementaire. En effet, il permet d'évaluer la solvabilité de la Mutuelle à un horizon d'une à cinq années en fonction de scénarios conjoncturels prédéterminés et considérant d'éventuelles décisions managériales futures.

Le modèle de projections de bilans économiques et de situations prudentielles n'a pas vocation à prédire la conjoncture financière (aucun générateur de scénarios économiques n'est embarqué) ou d'activité structurelle future.

Des scénarios sont déterminés à dire d'expert et selon l'analyse de la gouvernance ; le modèle les prend en considération dans ses projections.

Des scénarios de marché et d'activité future (neutre, optimiste, pessimiste) ont été définis et le modèle ORSA a fourni les projections à l'horizon 2020 en fonction.

- **Les scénarios de marché :**

Le modèle ORSA de projection permet d'entrer des hypothèses sur les niveaux de taux sans risque, d'écartement des spreads, du marché actions et du marché immobilier à l'horizon de projection déterminé (entre un et cinq ans).

Le scénario central correspond à des niveaux de marché constants par rapport aux niveaux observés au dernier inventaire.

Le scénario pessimiste est extrêmement conservateur et correspond à :

- Une remontée des taux sans risque correspondant au choc à la hausse prévu par la formule standard ;
- Un écartement des spreads de 50% (correspondant à l'accident observé fin 2011) ;
- Une baisse du marché action de 40% ;
- Une baisse du marché immobilier de 20%.

Le scénario optimiste correspond à :

- une baisse des taux correspondant au choc prévu par la formule standard dans le cadre du SCR de taux ;
- un resserrement des spreads de 20% ;
- un rehaussement du marché actions de 20% ;
- une hausse du marché immobilier de 20%.

- **Le scénario d'activité future :**

Le modèle ORSA de projection permet de fixer les hypothèses d'évolution de l'activité courante par groupe homogène de risque et éventuellement de l'activité exceptionnelle. Ainsi, des hypothèses sur l'évolution des cotisations, de la sinistralité et des frais fixes peuvent être intégrées ainsi que des hypothèses sur d'éventuels charges et produits exceptionnels prévisibles sur l'horizon de projection.

E) Intégration de l'ORSA dans le système de Gouvernance

Le dispositif ORSA, en tant qu'outil de pilotage et de surveillance de la solvabilité est conçu par la Mutuelle pour être pragmatique et simple afin d'être, parfaitement maîtrisé par les organes décisionnaires.

Le dispositif est placé sous la supervision du Directeur Général et les résultats et analyses obtenues sont directement soumis au Conseil d'Administration.

Les spécifications techniques du modèle de suivi permanent et de projection de la solvabilité ainsi que l'évaluation de la déviation du profil de risque de la Mutuelle par rapport au profil de risque embarqué dans la formule standard sont revues annuellement.

Le suivi permanent de la solvabilité consiste à déclencher au moins trimestriellement l'évaluation. S'il s'avérait que le niveau estimé du SCR n'était pas couvert par des éléments de fonds propres admissibles, ce calcul serait effectué mensuellement. En tout état de cause, le suivi mensuel de la solvabilité de la Mutuelle est un objectif à moyen terme.

Les hypothèses de travail de projection (évolution des marchés, de l'activité, etc.) sont proposées par la Direction Générale. Le niveau de chaque paramètre est explicité dans le rapport, leur

détermination intègre notamment les travaux effectués par les services en charge du suivi des placements, des études actuarielles et de l'évolution de l'activité.

Ces hypothèses, ainsi que les résultats issus des calculs effectués, sont formellement validés par le Directeur Général qui communique l'ensemble de ces informations aux membres du Conseil d'Administration, à ceux du Comité d'Audit et ainsi qu'à la Commission des Finances préalablement à la tenue de chaque séance de travail de ces différentes instances.

Les réflexions et débats conduisant à la définition des allocations d'actifs (stratégiques et tactiques) ainsi que celle de la stratégie commerciale intègrent donc les résultats des évaluations du besoin global de solvabilité.

De même, cet outil est aussi à la disposition du Comité d'Audit qui peut d'ailleurs, s'il l'estime nécessaire, commander au Directeur Général la réalisation d'un jeu de simulations afin de mesurer la sensibilité de la Mutuelle à différents paramètres.

Tout changement brutal du contexte économique ainsi que chaque nouveau projet stratégique entraînent mécaniquement une évaluation du besoin global de solvabilité et de la solvabilité prospective de la Mutuelle par les méthodes jugées appropriées en fonction du contexte.

V) Système de contrôle interne

A) *Éléments fondamentaux du contrôle interne*

La Mutuelle définit le système de Contrôle Interne comme un ensemble de processus, organisés, formalisés et permanents, choisis et mis en œuvre par le Conseil d'Administration, les dirigeants et le personnel afin de maîtriser le fonctionnement de leurs activités.

Ces dispositifs sont destinés à fournir une assurance raisonnable quant à la réalisation des objectifs suivants :

- La réalisation et l'optimisation des opérations.
- La fiabilité de l'information comptable et financière.
- La conformité aux lois et aux règlements en vigueur.

Au-delà des obligations réglementaires, le Contrôle Interne doit être envisagé comme un levier majeur dans l'amélioration des performances de l'entreprise et être appréhendé comme la maîtrise interne des activités. C'est pourquoi d'autres objectifs peuvent être définis :

- La protection et la sauvegarde des personnes et du patrimoine ;
- La qualité, l'efficacité et l'efficience des informations ;
- L'application des instructions de la direction ;
- L'amélioration des performances ;
- etc.

Le contrôle interne permet la mise en place d'un environnement professionnel sécurisé par des procédures, des descriptions de poste... La cohérence de tous ces éléments permet à chacun d'exercer des responsabilités en parfaite connaissance de son rôle et de son positionnement dans les activités de la Mutuelle.

L'essentiel consiste à adapter les objectifs du système de Contrôle Interne à la politique globale de l'organisme, et ceci dans le cadre des lois/règlementations en vigueur.

Dans tous les cas, le Contrôle Interne doit garantir la parfaite maîtrise des processus de l'entreprise et la connaissance précise des situations de risques possibles.

Pour ce faire, la Mutuelle suit les prescriptions du COSO. Depuis plus de vingt ans, le COSO est une référence incontournable dans le domaine du contrôle interne à travers le monde.

Le découpage de l'activité de la Mutuelle a été effectué selon la typologie classique des systèmes de management intégré (Porter) c'est-à-dire :

- Processus de pilotage (Exécutif) : composé de 3 processus et 13 sous-processus
- Processus de réalisation ou « cœur de métier » (Opérationnel) : 7 processus et 15 sous processus
- Processus support : 7 processus et 30 sous processus

Pour chaque sous processus, un responsable a été nommé. Ce dernier a fait l'objet d'entretien, dit « Bottom-up », afin :

- D'identifier les objectifs du sous processus,
- De décrire l'activité par le biais de logigramme
- Et de recenser et coter les risques et leurs éléments de maîtrise associés

B) Un environnement interne favorable à la maîtrise des risques

Il s'agit de l'ensemble des mesures et dispositions qui donnent à l'organisation l'assise indispensable à la réalisation des autres composantes du Contrôle Interne.

a) Un environnement réglementaire

Le Code de la Mutualité régit la Mutuelle.

Les statuts, règlements intérieur et mutualiste suivent le processus d'élaboration, de vérification et de validation légaux.

b) Intégrité et éthique

Toute personne de la Mutuelle doit démontrer son intégrité personnelle et professionnelle et ses valeurs éthiques en respectant les tâches qui lui sont confiées, les lois et règlements et s'abstenir de tout ce qui peut lui porter préjudice.

Le règlement intérieur de la Mutuelle définit les règles de bonne conduite au sein de la structure. Il est disponible et accessible à l'ensemble du personnel sur l'intranet.

Les contrats de travail sont dotés d'une clause de confidentialité.

La charte de l'administrateur a pour objet de contribuer à la qualité du travail des Administrateurs en leur permettant d'exercer pleinement leurs compétences et afin d'assurer l'entière efficacité de chacun d'entre eux, dans le respect des règles d'indépendance, d'éthique et d'intégrité.

c) Structures, pouvoirs et responsabilités

L'organigramme de la Mutuelle est tenu à jour et disponible sur l'intranet.

Les délégations de pouvoirs sont clairement définies et tenues à jour.

Le Conseil d'Administration veille à la mise en place et au bon fonctionnement du dispositif de contrôle interne.

L'ensemble du personnel joue un rôle dans le système de contrôle interne que ce soit par le respect des lois, des réglementations en vigueur, des règles et procédures internes :

- La **Direction Générale** veille au suivi du dispositif de contrôle interne adapté et efficace. En cas de défaillance de ce dernier, elle veille à l'engagement des actions correctives nécessaires. Son appui et son soutien sont cruciaux afin que la démarche soit crédible auprès des opérationnels.
- Les **Directeurs** mobilisent leurs équipes opérationnelles sur la mise en œuvre et l'évaluation du dispositif de contrôle interne et valident les résultats.
- Les **opérationnels**, conformément aux fiches de fonction, sont associés au dispositif de contrôle interne dans la réalisation de leur activité quotidienne.

La Mutuelle, au travers de son organigramme, s'assure de la séparation des tâches et des fonctions. Les différentes délégations de pouvoirs et de signatures sont tenues à jours et archivées par l'assistante de direction.

d) Des procédures formalisées et diffusées

Les entretiens avec les différents responsables de sous processus ont permis de décrire chaque activité. Pour certains sous processus, la rédaction détaillée des procédures et modes opératoires est finalisée. C'est le cas, notamment, des activités principales de la Mutuelle :

- Gérer les cotisations
- Gérer les contrats
- Gérer les prestations

e) La mobilisation des compétences

Le recrutement du personnel permet à l'ensemble des fonctions de disposer d'un effectif suffisant, adapté et en temps opportun, en adéquation avec les anticipations stratégiques des besoins et de la politique de rémunération. Selon le profil recherché, la Mutuelle passe directement une annonce ou fait appel à des sociétés de recrutement. Chaque fonction est définie par une fiche de fonction.

Des plans de formation et d'accompagnement sont mis en œuvre afin de s'assurer que les salariés ont et auront toutes les compétences requises pour remplir leur fonction et/ou leur apporter les compétences requises à leurs futures fonctions. En 2017, 493,5 heures de formation ont été effectuées pour 4.5k€.

Dès l'embauche un plan d'intégration complet est réalisé portant sur la connaissance de la structure, des services de la Mutuelle, les produits et outils métiers.

C) Une évaluation des risques

L'évaluation des risques est le processus qui consiste à identifier et à analyser les risques susceptibles d'empêcher la Mutuelle d'atteindre ses objectifs, et le traitement à y apporter.

L'identification des risques de la Mutuelle a été effectuée selon deux approches :

- **Top Down** : en se basant sur les objectifs de la Mutuelle et sur les attentes de ses différentes parties prenantes ;
- **Bottom up** : en se basant sur les processus.

Chaque risque identifié a été coté en fonction de sa fréquence de survenance et de son impact. Une cartographie des risques bruts a alors pu être établie. Ensuite, l'identification et l'évaluation des éléments de maîtrise mis en place pour faire face aux risques a été effectuée et a permis d'établir la cartographie des risques résiduels.

Les risques prioritaires, c'est-à-dire ceux pour lesquels la criticité est forte et la maîtrise faible, font l'objet de plans d'actions.

D) Des activités de contrôle qui comprennent les dispositifs mis en place pour maîtriser les risques de ne pas atteindre les objectifs fixés

Les activités de contrôle se définissent comme l'ensemble des politiques et des procédures mises en place pour maîtriser les risques et réaliser les objectifs de la Mutuelle. Pour être efficace, ces activités doivent être appropriées, bien comprises par les personnes concernées et en conformité aux directives en tout temps. Ces activités de contrôle peuvent être axées sur la prévention et/ou la détection.

a) Le contrôle par les opérationnels et leurs lignes hiérarchiques

Le contrôle de 1^{er} niveau (*a priori*) s'appuie sur :

- Des contrôles opérationnels :
 - o Acteurs : opérationnels des métiers ;
 - o Contrôles d'exécution réalisés au moment de l'opération ;
 - o Ces contrôles sont identifiés dans les procédures et font partie intégrante du processus.
- Des contrôles hiérarchiques :
 - o Acteurs : Lignes hiérarchiques des métiers ;
 - o Contrôles de supervision ou contrôles croisés réalisés par le management intermédiaire ;
 - o Ces contrôles sont identifiés dans les procédures et font partie intégrante du processus.

Le 1^{er} niveau de contrôle contribue à l'identification des risques liés aux activités.

L'ensemble des fonctions « métier » (gestion des cotisations, prestations, réclamation, etc.) est encadré par des notes de procédures. Ces notes sont régulièrement mises à jour.

b) Le contrôle de 2nd niveau

Le contrôle de 2nd niveau (*a posteriori*) s'appuie sur :

- Une fonction contrôle interne.
- Un contrôleur de gestion
- Une fonction actuarielle ;
- Une fonction juridique ;
- Une fonction conformité

Ces fonctions contribuent à l'identification et à la conception des contrôles, développent les meilleurs pratiques, et observent et rendent compte de l'efficacité du système de contrôle interne.

c) L'audit interne

L'activité du contrôle périodique consiste à mener des missions d'audit et à évaluer la conformité, la qualité et l'efficacité des systèmes de contrôle interne ainsi que la maîtrise des risques :

- Sur les activités et processus mis en œuvre, selon un plan d'audit conçu selon une approche par les risques avec un horizon pluriannuel et validé par les instances de gouvernance ;
- Sur les activités confiées à des délégataires de gestion et autres sous-traitants ;
- Sur le suivi des observations et des recommandations formulées par les autorités de contrôle externes et par les commissaires aux comptes.

d) Procédures d'élaboration et de vérification de l'information financière et comptable

Le service comptable est rattaché à la direction financière de la mutuelle.

Le contrôle interne comptable et financier concerne l'ensemble des processus de production et de communication de l'information comptable et financière et concourt à la production de données fiables et conformes aux exigences légales et réglementaires.

Il contribue également à :

- La prévention et la détection des fraudes et irrégularités,
- La préservation des actifs,
- L'application des instructions de la direction générale.

L'information comptable et financière repose sur les processus en amont ; la qualité de cette information dépend de la « mécanique » de production comptable qui doit, en particulier, s'appuyer sur un certain nombre de critères, parmi lesquels :

- La réalité : les opérations enregistrées concernent l'entité
- L'exhaustivité : toutes les opérations ont été enregistrées
- La séparation des exercices : enregistrement des opérations sur la bonne période
- L'exactitude : enregistrement des opérations pour un montant correct
- La classification : enregistrement des opérations dans les comptes adéquats

Le cadrage des comptes s'effectue au niveau du système d'information comptable et du système d'information de gestion, et permet de s'assurer de la fiabilité des informations (Vérification des chiffres de la comptabilité en comparaison avec ceux de la gestion, ...)

Le cadrage des comptes s'effectue à échéance mensuelle, trimestrielle et annuelle.

Le processus d'arrêté comptable est maîtrisé et concourt à la production d'une information fiable. Un planning d'arrêté des comptes permet de suivre les process de clôture.

e) Prévention de la fraude :

Des contrôles ont été mis en place afin de prévenir les éventuelles fraudes internes. Ces contrôles portent sur :

- Le nombre de décomptes adhérents saisis par gestionnaire
- Les paiements manuels adhérents dont les montants sont supérieurs à 500€
- Les prestations payées par chèque
- Les dossiers décès
- Les paiements d'indemnités hospitalières pour les garanties HOSPI +

Pour ce qui est de la fraude externe :

- la Mutuelle a adhéré à l'ALFA (agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance), lui permettant ainsi d'identifier d'éventuels fraudeurs, qu'ils soient prospects, adhérents ou professionnels de santé.
- Le contrôle interne a mis en place des contrôles permettant d'identifier d'éventuels fraudeurs, notamment un contrôle sur les dossiers pour lesquels les remboursements de prestations sont effectués uniquement en saisie manuelle.

Sur l'année 2017, 3 fraudes externes de la part d'adhérent ont été identifiées.

E) La maîtrise de l'information et de la communication

La Mutuelle dispose d'un Intranet permettant de véhiculer toutes les informations nécessaires à la bonne marche de la Mutuelle. Afin de garantir la bonne information, seules certaines personnes ont la possibilité de communiquer.

Il s'agit :

- du service ressources humaines,
- du service informatique,
- du service communication,
- du service contrôle.

Une réunion annuelle du personnel est réalisée afin de faire un point sur l'année écoulée et de communiquer sur les objectifs futurs.

F) Le pilotage du contrôle interne

Le pilotage fait référence aux contrôles de 2nd niveaux opérés de manière à s'assurer que les contrôles internes soient bien réalisés.

G) La fonction conformité

La fonction conformité travaille en lien avec le contrôle interne.

La fonction de vérification de la conformité met en place un plan de conformité. Le plan de conformité détaille les activités prévues pour la fonction de vérification de la conformité.

La fonction Vérification de la Conformité s'assure du respect des dispositions législatives, réglementaires et administratives dans les activités suivantes :

- Protection du client :
 - Marketing et publicité
 - Conformité des produits et services commercialisés
 - Devoir de Conseil
 - Pratiques Commerciales, quel que soit le canal de vente utilisé
 - Réclamations

- Sécurité financière
 - Lutte contre le blanchiment des capitaux et lutte contre le financement du terrorisme

- Ethique
 - Conflits d'intérêts
 - Déontologie et bonne conduite des affaires

- Données personnelles
 - Protection des données personnelles
 - Protection des données médicales

- Autres thèmes
 - Conformité juridique des conventions passées avec des tiers
 - Réglementation applicable aux activités délégués et/ou sous-traitées
 - Réglementation applicable aux activités exercées à l'étranger
 - Vie statutaire, agréments ...

La mise en conformité passe par 8 étapes clés. La participation de la fonction Vérification de la Conformité varie selon les étapes. Elle s'appuie dans sa mission sur d'autres services qui contribuent à la réalisation des différentes étapes.

Les étapes sont les suivantes :

- **Identification des obligations** : veille réglementaire (y compris prospective) et leurs attendus
- **Cartographie des risques** : analyse des impacts de non-conformité, mise à jour des cartographies des risques de non-conformité (risques et dispositifs de maîtrise des risques)
- **Plan annuel de la conformité** : formalisation d'un plan annuel de mise en conformité et des plans d'action associés / arbitrage / obtention des moyens nécessaires
- **Procédures et contrôles** : Formalisation des nouvelles procédures et programme de contrôle
- **Déclinaison opérationnelle** : Déclinaison des nouvelles procédures et des nouveaux contrôles au sein des lignes métiers
- **Vérification de la conformité**
- **Ajustement et pilotage** : sur la base de l'analyse des incidents/réclamations et des résultats des contrôles. Mise à jour de la cartographie
- **Alerte** : gérer la relation avec les organes de supervision

Selon l'étape concernée, le degré d'implication de la fonction Vérification de la Conformité pourra varier de la manière suivante :

- **Degré 1** : thèmes pour lesquels la mise en conformité est pilotée directement par la fonction Vérification de la Conformité
- **Degré 2** : thèmes pour lesquels la mise en conformité est pilotée conjointement avec d'autres fonctions
- **Degré 3** : thèmes pour lesquels la mise en conformité est déléguée à d'autres fonctions

Etapes	Degré d'implication de la fonction Vérification de la Conformité
Identification des obligations	1
Cartographie des risques	2 – En lien avec le service Contrôle Interne
Plan annuel de la conformité	1
Procédures et contrôles	2 – en lien avec les services opérationnels, le CI et l'audit interne
Déclinaison opérationnelle	3 – par les services concernés
Vérification de la conformité	2 – en lien avec l'audit interne
Ajustement et pilotage	1
Alerte	1

VI) Fonction d'audit interne

A) Organisation

Pour la Mutuelle, la fonction clé audit interne est tenue par la Directrice Comptable et financier au regard de la taille de la structure Just.

L'objectif de la fonction d'audit est de garantir une bonne maîtrise des opérations de la Mutuelle.

L'audit interne consiste à lancer des contrôles périodiques ciblés. Ces contrôles sont aussi dénommés missions d'audit, inspections ou enquêtes. Le contrôle permanent est distinct de l'audit interne.

Sa mission peut se traduire par le lancement d'enquêtes visant à contrôler les éléments suivants :

- La mise en œuvre des prescriptions de la Mutuelle par ses services ou délégataires ;
- L'efficacité, la pertinence ou la suffisance des processus en place ;
- La maîtrise des activités.

La fonction d'audit interne établit annuellement un rapport à l'intention du Conseil d'administration sur les audits en cours, effectués ou programmés et y synthétise les observations formulées à ces différentes occasions et ses recommandations. Ce rapport formalise aussi les éventuelles évolutions susceptibles d'améliorer la qualité de l'audit interne.

La fonction d'audit interne contribue à la rédaction du rapport régulier au superviseur et de celui sur la solvabilité et la condition financière de la Mutuelle.

La fonction audit interne travaille en lien avec les fonctions conformité et actuarielle et en collaboration étroite avec le comité d'Audit, il reporte directement au Conseil d'Administration.

Début 2017, un premier plan d'audit pluriannuel a été proposé à la Direction Général et au Comité d'audit :

- Sur la base des travaux réalisés par le contrôle interne de la structure
- Des éléments de maîtrise des différents processus et sous-processus
- De l'évaluation des risques
- Des préconisations de la fonction clé gestion des risques.

Sur ce constat, pour ce premier rapport régulier au superviseur, la description des audits réalisés sur la période de référence n'est pas envisageable.

B) Mise en œuvre et indépendance de l'Audit

La mission, les pouvoirs et les responsabilités de l'audit interne sont définis dans la charte d'audit interne, en cohérence avec la définition de l'audit interne, le Code de Déontologie ainsi qu'avec les Normes d'audit.

Le responsable de l'audit interne doit revoir périodiquement la charte d'audit interne et la soumettre à l'approbation de la Direction Générale et du comité d'audit.

Le responsable de la fonction clé audit interne s'appuie sur le contrôleur et auditeur interne de la Mutuelle pour la préparation, la réalisation et les conclusions des différentes missions d'audit.

L'audit interne est indépendant et les auditeurs internes effectuent leurs travaux avec objectivité. Afin d'atteindre un degré d'indépendance nécessaire et suffisant à l'exercice de ses responsabilités, le responsable de la fonction clé audit interne a un accès direct et non restreint à la direction générale et au Conseil.

Les missions d'audit de la structure sont appréhendées en toutes objectivités.

L'objectivité est une attitude impartiale qui permet aux auditeurs internes d'accomplir leurs missions de telle sorte qu'ils soient certains de la qualité de leurs travaux, menés sans compromis. L'objectivité implique que les auditeurs internes ne subordonnent pas leur propre jugement à celui d'autres personnes.

Afin d'en garantir son indépendance, il a été décidé d'externaliser les missions d'audit interne. La responsabilité de la fonction clé restant en interne. Au moment de la rédaction du présent rapport, la Mutuelle a rencontré trois prestataires et ne s'est pas encore décidée sur le choix de ce dernier.

VII) Fonction actuarielle

La fonction actuarielle a été assurée par Ghislain DECOBECQ sur le 1^{er} semestre.

Depuis le 01^{er} Juillet 2017, cette fonction est prise en charge par Carine DEHON.

Cette dernière :

- Est forte de 14 années d'ancienneté,
- Participe à la création des gammes (sauf de 2010 à 2016), la tarification des contrats individuels et collectifs, la revalorisation et le suivi du portefeuille depuis 2017.

Le travail de la fonction actuarielle repose sur 3 piliers :

- Suivi du portefeuille
- Calculs des provisions
- Travaux actuariels

Le suivi du portefeuille consiste à suivre mensuellement :

- Résultats techniques de la Mutuelle (global, par gamme, par produit)
- Prévisions de l'année en cours

Ces résultats sont analysés et communiqués en Conseil de Gouvernance. Ces travaux servent de base à la revalorisation annuelle des contrats.

Les travaux actuariels sont réalisés en collaboration avec le cabinet Garcia - Rochette :

- Calculs des SCR / MCR
- Accompagnement dans la réalisation de l'ORSA
- Accompagnement dans la réalisation du rapport actuariel.

VIII) Sous-traitance

La Mutuelle a rédigé sa politique de sous-traitance. Cette dernière encadre l'externalisation, partielle ou totale, des activités clefs ou critiques de la Mutuelle.

A) *Rappels juridiques*

En application des dispositions de l'article 41 de la Directive Solvabilité 2, les mutuelles « *disposent de politiques écrites concernant au moins leur gestion des risques, leur contrôle interne, leur audit interne et, le cas échéant, la sous-traitance. Elles veillent à ce que ces politiques soient mises en œuvre* ».

L'article 49 complète ce qui précède en précisant notamment que « *les États membres veillent à ce que les entreprises d'assurance et de réassurance conservent l'entière responsabilité du respect de l'ensemble des obligations qui leur incombent en vertu de la présente directive lorsqu'elles sous-traitent des fonctions ou des activités d'assurance ou de réassurance.*

La sous-traitance d'activités ou de fonctions opérationnelles importantes ou critiques n'est pas effectuée d'une manière susceptible d'entraîner l'une des conséquences suivantes :

- *Compromettre gravement la qualité du système de gouvernance de l'entreprise concernée ;*
- *Accroître indûment le risque opérationnel ;*
- *Compromettre la capacité des autorités de contrôle de vérifier que l'entreprise concernée se conforme bien à ses obligations ;*
- *Nuire à la prestation continue d'un niveau de service satisfaisant à l'égard des [assurés] ».*

B) *Procédure de sélection*

Tout projet d'externalisation de fonction clefs ou de fonctions critiques est décidé par le Conseil d'administration.

Cette décision repose notamment sur l'analyse des risques adossés à ce projet.

Lorsque le projet est validé, une procédure de sélection de prestataires est engagée.

La Direction générale présélectionne ou supervise la présélection de plusieurs prestataires.

A cette fin, un cahier des charges peut être rédigé.

Le Conseil d'administration désigne parmi les prestataires présélectionnés celui ou ceux habilités à prendre en charge les activités devant être externalisées.

La politique écrite donne une description détaillée de la procédure de sélection.

La Mutuelle se réserve le droit de demander des pièces complémentaires concernant les personnes physiques et morales du prestataire

Les activités clés ou critiques identifiées par la Mutuelle pouvant faire l'objet d'une externalisation sont les suivantes :

- La conception et la tarification des produits d'assurance ;
- La sous-traitance des activités liées à la commercialisation des garanties par l'intermédiaire de courtiers ou d'organismes d'assurance ;
- La gestion de portefeuille et l'investissement d'actifs ;
- La gestion des sinistres ;
- Le stockage des données ;
- La maintenance des systèmes informatiques ;
- La conformité, l'audit, la comptabilité, la gestion des risques et l'actuariat.

C) *Suivi et contrôle*

Pour chaque contrat de sous-traitance, une personne référente est désignée au sein de la Mutuelle.

La personne référente centralise les demandes du sous-traitant concerné et met en place des indicateurs clés de performance permettant de suivre la qualité des prestations du sous-traitant.

La personne référente doit être en mesure de suivre et comprendre l'activité du sous-traitant.

Partie III : Profil de risque

De manière complémentaire à l'organisation décrite dans la gouvernance, la Mutuelle procède à l'étude de ses 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 :

- Approche réglementaire : Etude de la législation et notamment de l'Article 44 de la directive européenne (souscription et provisionnement, gestion actif-passif, investissement financier, gestion du risque de liquidité et de concentration, gestion du risque opérationnel, réassurance et les autres techniques d'atténuation des risques) mais aussi des risques émergents et les risques stratégiques et de réputation.
- Approche propre à la Mutuelle : Parallèlement à l'approche réglementaire, la Mutuelle identifie quels sont les risques les plus importants ou significatifs à travers son dispositif ORSA.

➤ Mesure

Consécutivement à l'identification, la Mutuelle définit des critères de mesure et de quantification des risques (fréquence, impact, etc.), ceci au moyen d'outils, de règles ou d'indicateurs (cartographie des risques, formule standard, 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 des plans de redressement permettant de limiter l'exposition de la Mutuelle en cas de survenance d'un événement majeur.

➤ Déclaration

La déclaration des risques est assurée de manière régulière par la fonction gestion des risques aux dirigeants effectifs et au conseil d'administration.

I) Risque de souscription

A) *Appréhension du risque de souscription au sein de la Mutuelle*

Le risque de souscription et de provisionnement de la Mutuelle 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 ;
- De la **structure des garanties** ;
- Du **canal de distribution des produits**
- Des **informations sur la population, disponibles** pour la tarification et le provisionnement.

B) Mesure du risque de souscription et risques majeurs

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 ratio combiné ((Prestations + Frais) / Cotisations) qui s'élève à 94% pour l'exercice 2016.
- Les écarts entre les provisions estimées et les prestations constatées.

Au regard des risques importants, la Mutuelle est particulièrement sensible à la sinistralité et aux modifications législatives qui impacteraient sa pérennité.

C) Maitrise du risque de souscription

Afin de maîtriser les risques évoqués plus haut, la Mutuelle définit chaque année une politique de souscription et de provisionnement qui contribue au système de gestion des risques. A cet effet :

- Le processus de tarification de nouveaux produits prévoit une analyse actuarielle préalable effectuée à partir de la base complète des prestations payées et encadrée par la fonction actuarielle ;
- Le processus de renouvellement tarifaire tient compte d'analyses de sinistralité et régulièrement d'une tarification actuarielle complète à partir de la base des prestations, sous la responsabilité de la fonction actuarielle ;
- Le processus de provisionnement est encadré par la fonction actuarielle et fait l'objet d'analyses annuelles des boni et mali de liquidation ;
- L'opportunité d'un recours à la réassurance est analysée annuellement par la fonction actuarielle.

Par ailleurs, la sensibilité de la Mutuelle au risque de souscription est testée dans le processus ORSA par les scénarios catastrophes (« reverse stress tests ») qui tiennent compte d'une dérive de la sinistralité suffisamment importante pour, combinée avec un scénario de marché également dégradé, conduire à la limite de 100% de couverture de SCR. Ces scénarios montrent que la Mutuelle est robuste et que de telles dérives seraient identifiées par la gouvernance suffisamment tôt pour en contenir les impacts (cf. rapport ORSA).

II) Risque de marché

A) Appréhension du risque de marché au sein de la Mutuelle

Le risque de marché correspond à l'impact sur les fonds propres de la Mutuelle de mouvements défavorables liés aux investissements. Ce risque de marché peut provenir :

- D'une dégradation de valeur d'une classe d'actifs détenue par la Mutuelle ;
- D'une dégradation de notation des titres détenus par la Mutuelle ;
- D'une forte concentration d'investissement sur un même émetteur ;
- D'une inadéquation entre les caractéristiques de l'actif et du passif du portefeuille.

B) *Mesure du risque de marché et risques majeurs*

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 de SCR ;
- L'évolution des plus et moins-values latentes et rendement par type d'actifs/pays/secteur ;
- L'évolution des notations des actifs en portefeuille ;
- La concentration du portefeuille sur un secteur, pays ou zone géographique.

Compte tenu de la stratégie d'investissement de la Mutuelle et de la modération de son risque actif/passif, le risque de marché supporté est assez faible et la formule standard paraît suffisamment prudente pour l'appréhender largement.

C) *Maitrise du risque de marché*

Afin de maîtriser les risques évoqués plus haut, la Mutuelle a défini une politique d'investissement et de gestion actif-passif qui contribuent au système de gestion des risques. Ainsi, les orientations de placements sont définies en cohérence avec la stratégie de préservation des fonds propres et de pilotage de la situation financière et de solvabilité de la Mutuelle.

Enfin, tous les placements de la Mutuelle sont réalisés dans le respect du principe de la personne prudente :

- La Mutuelle est en mesure d'appréhender les risques financiers associés aux actifs détenus ;
- Les investissements sont réalisés dans le meilleur intérêt des adhérents.

Par ailleurs, la sensibilité de la Mutuelle au risque de marché est testée dans le processus ORSA concomitamment au risque de souscription dans les scénarios catastrophes (de type « reverse stress tests »). En détail, le pire scénario correspond à :

- Une remontée des taux sans risque correspondant au choc à la hausse prévu par la formule standard ;
- Un écartement des spreads de 50% (correspondant à l'accident observé fin 2011) ;
- Une baisse du marché action de 40% ;
- Une baisse du marché immobilier de 20%.

III) Risque de crédit

A) *Appréhension du risque de crédit au sein de la Mutuelle*

Le risque de crédit 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.

B) *Mesure du risque de crédit et risques majeurs*

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 :

- 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.

C) *Maitrise du risque de crédit et risques majeurs*

Concernant tout particulièrement le risque attaché aux banques, la Mutuelle veille à leur qualité et leur fiabilité lors de la sélection et suit leur solidité financière. Cela étant posé, le risque de crédit auquel est soumise la Mutuelle reste assez faible au regard de ses fonds propres et de son exposition, essentiellement des comptes courants de banques renommées.

IV) Risque de liquidité

A) *Appréhension du risque de liquidité au sein de la Mutuelle*

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. Dans le cadre de l'activité de la Mutuelle, il s'agit essentiellement de la capacité à régler les prestations aux bénéficiaires.

B) *Mesure du risque de liquidité et risques majeurs*

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 trésorerie ;
- Le montant total du bénéfice attendu inclus dans les primes futures ;
- La liquidité des placements détenus en portefeuille.

C) *Maitrise du risque de liquidité*

Afin de maîtriser le risque de liquidité, la Mutuelle, dans le cadre de sa gestion des placements s'assure de disposer d'une poche d'actifs de court terme pouvant être vendus immédiatement afin de faire face à une potentielle impasse de trésorerie à court terme.

Compte tenu du profil d'investissement de la Mutuelle, ce risque paraît négligeable.

V) Risque opérationnel

A) *Appréhension du risque opérationnel au sein de la Mutuelle*

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 :

- 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) ;
- Risques juridiques (frais juridiques engagés et amendes faisant suite à des litiges) ;
- Risque de fraude interne et externe ;
- Risques d'exécution des opérations (défaillance humaine, de contrôle, d'organisation, etc.) ;
- Risque de défaillance des systèmes d'information (indisponibilité ou latence des outils affectant la capacité de travail, etc.) ;
- Risques liés à la qualité des prestations sous-traitées (qualité et délai de gestion, etc.) ;
- Risques relevant de la sécurité des biens et des personnes (incendie, etc., affectant la disponibilité des collaborateurs et des locaux) ;
- 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 ;
- Risques liés à l'évolution de l'environnement légal (nouvelle réglementation affectant directement ou indirectement la capacité à maintenir une activité).

B) *Mesure du risque opérationnel et risques majeurs*

Le risque opérationnel est suivi au travers de la collecte des incidents et des pertes opérationnelles, matérialisés au sein d'une cartographie des risques. Les incidents présentant un impact financier, réglementaire ou de réputation important sont remontés en conseil d'administration.

Au sein de la cartographie des risques, l'identification des risques opérationnels majeurs fait l'objet d'une analyse et donne lieu à des plans d'actions visant à restreindre ou éliminer les causes sous-jacentes ; à cet effet les risques majeurs suivants ont été identifiés par la Mutuelle (10 risques majeurs identifiés en 2011) :

- Non-conformité vis-à-vis de l'ACPR et Solvabilité 2 (risque de sanction) liée à un environnement de plus en plus réglementé ;
- Marché de plus en plus restreint au niveau des particuliers compte tenu de la mutualisation grandissante des contrats entreprise ;
- Dépendance vis-à-vis du prestataire informatique CEGEDIM qui traite de plus en plus de sujet ;
- Non fidélisation des adhérents : insuffisance de la qualité de service ;
- Perte de valeur « Esprit Mutualiste » ;
- Fraude externe ;
- Inadéquation entre la vision stratégique et les profils en interne ;
- Remise en cause du positionnement de la Mutuelle ;
- Insuffisances de marge de Solvabilité dans le cadre de SII ;
- Dispositif de contrôle interne défaillant ou non performant.

C) *Maitrise du risque opérationnel*

La cartographie des risques de la Mutuelle prévoit des actions de maitrise des risques opérationnels en fonction de leur importance.

Partie IV : Valorisation à des fins de solvabilité

I) Actifs

A) *Les placements immobiliers*

Les placements immobiliers ont été ventilés selon leur nature (exploitation ou investissement) et classés, en fonction, dans les rubriques "Immobilisations corporelles pour usage propre" et "Placements immobiliers". Les placements immobiliers ont un montant total de 13 378 K€ en valeur nette comptable, pour une valeur de marché de 13 393 K€, enregistrant ainsi une plus-value latente de 15 K€, laquelle se décompose comme suit :

	Valeur sociale (en €)	Valeur de marché (en €)
SCI Just' Immo	922 581	922 581
SCI En Famille	2 708 200	2 716 449
SCI JEF Rue de la poste	1 388 739	1 388 739
SCI JEF Charles de Gaulle	380 000	386 081
Immeuble Avenue de Verdun	7 978 760	7 978 760
Total	13 378 281	13 392 610

Il est à noter qu'une provision pour dépréciation durable est prise en compte pour les SCI Just'Immo (177 K€) et la SCI JEF Rue de la Poste (111 K€).

NB : l'immeuble du siège Avenue de Verdun a été acheté en 2014 pour 1,3 M€, des travaux terminés très récemment ont été effectués pour environ 7 M€. Compte tenu de l'absence de marché liquide pour un immeuble de cette nature et dans cette zone géographique, il a été décidé de le valoriser au bilan prudentiel selon la troisième méthode (approche par les coûts) du paragraphe 7 de l'article 10 du règlement délégué 2015/35."

B) *Les placements obligataires*

Conformément aux prescriptions de l'ACPR et dans un objectif de comparabilité, les montants de placements obligataires ont été renseignés nets de surcotes et décotes dans la colonne relative aux comptes sociaux de l'état prudentiel concerné. Les obligations sont séparées entre obligations d'entreprises et obligations souveraines. La valeur nette des obligations est de 10 112 K€ (y compris surcotes/décotes) pour une valeur de marché de 10 670 K€ (y compris coupons courus).

La liste des obligations est la suivante :

	Valeur sociale	Valeur de marché	Intérêts courus
ORANGE	49 900	54 574	1 734
SOCGEN SFH	397 480	480 894	15 342
RABOBANK	496 140	559 768	7 353
IBERDROLA INTL	198 928	217 005	835
TOTAL CAPITAL INTL	198 722	215 966	524
EDF	497 805	542 681	7 736
INTESA	199 428	212 337	5 589
BNP PARIBAS	498 050	543 647	10 942
APRR	198 684	213 500	4 340
TOTAL CAPITAL INTL	303 942	323 949	786
MICROSOFT	507 245	538 560	815
ICADE	199 182	215 610	3 230
CASSA DEPOSITI	199 598	219 206	3 270
EADS FINANCE	411 080	448 336	7 184
ABN AMRO BANK	505 425	504 844	184
LVMH	400 000	401 191	-53
FONCIERE LYONNAISE	199 754	211 166	390
DESJARDINS	400 520	402 743	59
COCA-COLA	500 000	502 510	0
IBM	299 100	314 647	2 281
MERCIALYS	193 000	210 484	2 722
SANTANDER CF	399 168	411 785	2 433
BPCE	99 879	103 662	1 079
TELEFONICA	200 000	209 987	2 939
CASA LONDON	548 495	560 658	7 418
METROVACESA	209 524	215 584	2 928
ING GROUP	199 336	204 179	1 233
DAIMLER INTL	300 747	301 464	0
ARKEA_CFCM	198 726	204 588	1 486
IBM	305 079	304 418	485
BFCM	442 160	451 527	7 463
RCI BANQUE	56 000	56 435	23
CAIXA BANK	198 680	200 309	697
JYSKE BANK	111 674	111 807	27
ORANGE	49 900	54 574	1 734
Total	10 123 451	10 670 020	103 474

L'obligation de la Caisse des dépôts italiennes est considérée comme une obligation souveraine.

C) Les fonds d'investissements

La Mutuelle détient des fonds d'investissement pour une valeur nette comptable de 4 354 K€ et une valeur de marché de 4 391 K€. Les fonds d'investissement se décomposent comme suit.

	Valeur sociale (en €)	Valeur de marché (en €)
DNCA Invest Europe	609 340	609 340
Sycomore	701 256	702 231
Schelcher Prince Opportunités	700 412	701 104
AXA IM	271 473	272 054
Prêt Union Conservateurs	500 000	534 373
FCPI Re-Sources 2	607 100	607 100
BTP Trésorerie	964 740	964 740
Total	4 354 321	4 390 942

D) Les actions

Des parts sociales du Crédit Mutuel et de la société Opéra Courtage sont présentes dans le bilan de la Mutuelle pour une valeur nette comptable de 27 K€, égales à leur valeur de marché ainsi que des participations UES Premia pour une valeur nette comptable de 61 K€, égales à la valeur de marché.

E) Les autres placements

Les autres placements de la Mutuelle consistent en un bon de capitalisation pour un montant de 1 662 K€ en valeur nette comptable et 2 138 K€ en valeur de marché, en un prêt pour une valeur nette comptable, égale à la valeur de marché, de 34 K€, deux comptes sur livret et un livret A pour un montant de 179 K€ et des dépôts pour 140 K€.

F) Les provisions réassurées

Un montant de provisions réassurées de 24 K€ est inscrit à l'actif du bilan social. En valeur Solvabilité II, ce montant évolue proportionnellement à l'évolution de la meilleure estimation par rapport aux provisions pour sinistres à payer. Cette évolution entraîne une meilleure estimation réassurée de 28 K€.

G) Les actifs incorporels

La Mutuelle reconnaît un montant d'actifs incorporels dans ses comptes sociaux de 666 K€. La valeur de marché de ces actifs est nulle.

H) Les autres créances et la trésorerie

Les créances sont valorisées, selon la norme prudentielle solvabilité II, à leur valeur nette comptable, soit un montant de 1 857 K€. Il en est de même pour la trésorerie (3 615 K€) et pour le poste « autres actifs » concernant des charges constatées d'avance (322 K€).

I) Les impôts différés actifs

Les impôts différés actifs ont été calculés, pour chaque poste concerné, par application du taux de 33,33% à la différence entre la valeur prudentielle et la valeur fiscale du poste de bilan concerné, lorsque sa valeur prudentielle est inférieure à sa valeur fiscale. A l'inventaire 2017, aucun poste d'impôt différé actif n'a été reconnu.

II) Provisions techniques

A) Les provisions techniques sociales

a) Les provisions pour prestations à payer santé

Dans les comptes sociaux, les provisions santé sont constituées des provisions pour sinistres à payer pour un montant total de 4 954 K€ décomposé comme suit.

	Valeur sociale (en €)
PSAP Santé	4 800 000
Frais de gestion des sinistres	153 648
Total	4 953 648

b) Les provisions vie

Les provisions vie sont des provisions pour sinistres à payer pour un montant total de 327K€.

B) Les provisions techniques prudentielles

a) Calcul de la meilleure estimation santé

La cadence de règlement étant très rapide, la duration des engagements est très courte (inférieure à un an) et l'effet d'une éventuelle actualisation serait négligeable. Ainsi, la méthode de calcul des PSAP des comptes sociaux, qui ne prévoit aucune actualisation des flux, a été conservée pour l'établissement de la meilleure estimation pour sinistres santé. La meilleure estimation est égale aux provisions pour sinistres à payer pour un montant de 4 954 K€.

Un ajustement pour primes, émises avant l'inventaire et potentiellement génératrices de résultat futur, a été pris en compte. En effet, un montant de 42 200 K€ de primes a été émis avant le 31/12/2017 pour l'exercice 2018. Le ratio combiné de sinistralité estimé sur l'exercice 2018 est de 102%.

La meilleure estimation pour primes, à additionner à la meilleure estimation pour sinistres, est de 844 K€.

Les frais de gestion des prestations sont inclus dans les provisions pour prestations à payer et dans le ratio combiné, donc, de fait, dans la meilleure estimation calculée.

Le total de meilleure estimation non vie est donc de 5 798 K€, contre 4 954 K€ de provisions pour sinistres à payer comptabilisée dans les comptes sociaux.

La meilleure estimation réassurée est supposée évoluer, par rapport à la part des réassureurs dans les comptes sociaux, proportionnellement à l'évolution de la meilleure estimation santé. **La meilleure estimation réassurée santé est de 27 K€.**

b) Calcul de la meilleure estimation vie

La mutuelle porte des garanties décès annuels. La meilleure estimation de ces garanties a été estimée égale aux provisions pour prestations à payer constituées dans les comptes sociaux, soit un montant de 327 K€.

Un ajustement pour résultat futur sur cotisations déjà émises a été pris en compte. Le montant de cotisations émises en 2016 pour l'exercice 2017 est de 866 K€. Le ratio combiné est estimé à 134%. La meilleure estimation pour primes est donc de 295 K€, à rajouter à la meilleure estimation des provisions pour sinistres à payer, pour faire un total de 622 K€.

c) Calcul de la marge de risque

La majeure partie des garanties étant annuelles, la marge pour risque a été calculée selon les dispositions de l'article 37 du règlement délégué 2015/35.

Ainsi, il a été considéré qu'un an suffisait à écouler tous les contrats en cours et, donc, que la projection du SCR sur un an seulement suffisait pour le calcul de la marge de risque, les SCR futurs étant négligeables. La marge de risque globale correspond à 6% du SCR (hors risque de marché sur fonds propres) actualisé sur un an, soit 539 K€ décomposé comme suit.

	Valeur (en €)
Marge de risque Santé	486 950
Marge de risque Vie	52 207
Total	539 157

III) Autres passifs

A) *Les impôts différés passifs*

Les impôts différés passifs ont été calculés, pour chaque poste concerné, par application du taux de 33,33% à la différence entre la valeur prudentielle et la valeur fiscale du poste de bilan concerné, lorsque sa valeur prudentielle est supérieure à sa valeur fiscale. A l'inventaire 2017, aucun poste d'impôt différé passif n'a été pris en compte. En effet, la forte augmentation des provisions techniques entraîne une forte baisse de l'actif net Solvabilité 2 et crée un impôt différé actif supérieur à l'impôt différé passif. Par prudence, aucun impôt différé actif n'est reconnu au bilan.

B) *Les autres dettes*

Les dettes sont supposées constantes entre les deux régimes pour un montant total de 12 482 K€ composées d'une part des provisions pour risques et charges (396 K€) et d'autre part des dettes (11 178 K€).

IV) Méthode de valorisation alternative

Aucune méthode de valorisation alternative n'a été utilisée.

V) Autres informations

En tenant compte des hypothèses précitées, le bilan économique se présente comme suit.

Partie V : Gestion du capital

I) Fonds propres

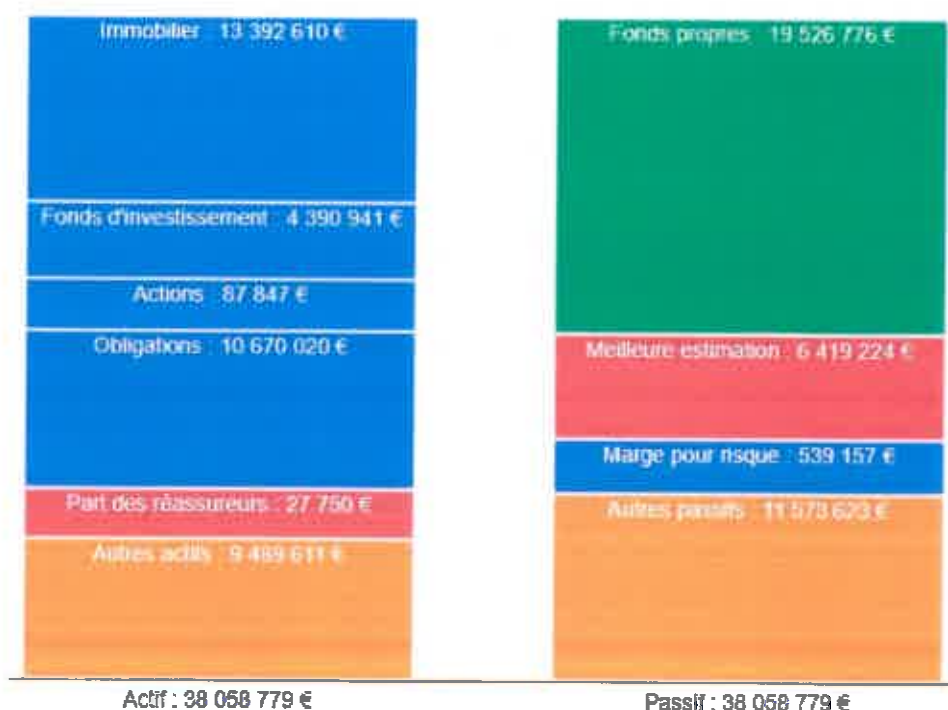
Sous le régime Solvabilité 2, les fonds propres économiques s'élèvent à 22 553 K€. Le fonds d'établissement est classé en « Fonds initial ». Les autres fonds propres sont, quant à eux, classés dans la réserve de réconciliation et relèvent du niveau 1 non restreint. En détail, les fonds propres économiques se décomposent comme suit :

- Fonds de dotation : 381 100 € ;
- Réserves libres : 35 585 830 € ;
- Report à nouveau : - 3 204 155 € ;
- Résultat 2016 : - 6 909 739 € ;
- Non prise en compte des actifs incorporels : - 549 557 € ;
- Plus-values latentes sur placements : 742 779 € ;
- Evolution de la meilleure estimation réassurée : 22 356 € ;
- Evolution de la meilleure estimation : - 3 034 774 € ;
- Impact de la marge de risque : - 480 357 € ;

II) Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis

Six fonds d'investissement de la Mutuelle ont été observés par transparence. Le fonds SG Monétaire jour, les parts de FCPI et les Fonds Conservateur Long ne sont pas observés par transparence. Cette observation permet d'appliquer à chaque ligne de placement des fonds le choc correspondant dans le sous-module de risque correspondant.

Synthétiquement, les fonds sont constitués comme suit :



Partie VI : Gestion du capital

A) *Fonds propres*

Sous le régime Solvabilité II, les fonds propres économiques s'élèvent à **19 527 K€**. Le fonds d'établissement est classé en « Fonds initial ». Les autres fonds propres sont, quant à eux, classés dans la réserve de réconciliation et relèvent du niveau 1 non restreint. En détail, les fonds propres économiques se décomposent comme suit :

- Fonds de dotation : 381 100 € ;
- Réserves libres : 35 585 830 € ;
- Report à nouveau : - 10 113 895 € ;
- Résultat 2017 : - 4 492 063 € ;
- Non prise en compte des actifs incorporels : - 665 622 € ;
- Plus-values latentes sur placements : 505 118 € ;
- Evolution de la meilleure estimation réassurée : 4 040 € ;
- Evolution de la meilleure estimation : - 1 138 576 € ;
- Impact de la marge de risque : - 539 157 € ;

B) *Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis*

Cinq fonds d'investissement de la mutuelle ont été observés par transparence. Les parts de FCPI et les Fonds Conservateur Long ne sont pas observés par transparence. Cette observation permet d'appliquer à chaque sous-jacent des fonds le choc correspondant dans le sous-module de risque correspondant. Synthétiquement, les fonds sont constitués comme suit.

Type de placements	Valeur de marché (en €)	Proportion
Obligations souveraines	310 062	8%
Obligations d'entreprises	1 515 043	40%
Actions	731 278	19%
Fonds d'investissements	94 499	2%
Trésorerie	53 201	1%
Autre	67 037	2%
Fonds en direct	1 021 833	27%
Total	3 792 954	100%

L'observation par transparence montre une forte proportion d'obligations d'entreprises (45%). Ces obligations sont choquées dans le risque de taux et le risque de spread. Les obligations souveraines (6%) sont prises en compte dans le risque de taux seulement.

Les actions représentent 8% des fonds d'investissement et sont considérés comme des actions de type 1. Environ 10% des fonds d'investissements observés par transparence sont des fonds d'investissement considérés comme des actions de type 2.

Les fonds en direct (26%) sont les trois fonds dont l'observation par transparence n'est pas disponible.

C) Le risque de marché

a) Le risque de taux et le risque de spread

A l'actif, sont concernés par le risque de taux, l'ensemble des obligations détenues en direct (souveraines ou d'entreprises) ainsi que l'ensemble des obligations issus de l'observation des fonds d'investissements ; une hausse des taux entraînant une diminution de la valeur de marché des obligations. Au passif, les provisions n'étant pas actualisées, elles ne sont pas impactées par un mouvement (à la hausse ou à la baisse) de la courbe des taux.

Le capital requis pour le risque de taux doit se calculer en tenant compte d'une hausse des taux puis d'une baisse de taux. Dans le cas de la Mutuelle, les provisions n'étant pas actualisées, le scénario à la hausse est retenu dans les calculs. Le capital de solvabilité requis pour le risque de taux est de **432 K€ (contre 461K€ en 2016)** et se décompose comme suit :

Type de placements	Capital de solvabilité requis (en €)
Obligations souveraines issues des fonds d'investissement	4 375
Obligations d'entreprises issues des fonds d'investissement	29 301
Obligations souveraines détenues en direct	7 212
Obligations d'entreprises détenues en direct	391 585
SCR taux	432 473

Le risque de spread concerne seulement les obligations d'entreprises détenues en direct et celles issues de l'observation par transparence des fonds d'investissements. Le capital de solvabilité requis pour le risque de spread est de **638 K€** et se décompose comme suit :

Type de placements	Capital de solvabilité requis (en €)
Obligations d'entreprises détenues en direct	526 989
Obligations d'entreprises issues des fonds d'investissement	110 536
SCR spread	637 525

b) Le risque actions

La Mutuelle détient un montant de 27 K€ de parts sociales et une participation de 61 K€ en valeur de marché. Les autres actifs concernés par le risque actions sont les actions issues de la transposition ainsi que les fonds d'investissement issus de cette même observation et les fonds d'investissement qui ne sont pas observés par transparence.

Le portefeuille actions se décompose en actions de type 1 (actions cotées sur les marchés régulés de l'OCDE) et actions de type 2 (actions non cotées et fonds d'investissement non observés par transparence).

Le choc sur les actions de type 1 est évalué à hauteur de 40.90% (39% définis par les mesures transitoires auquel est ajouté un effet asymétrique permettant de prendre en compte la position cyclique des marchés actuels de 1.90%). Le choc pour les actions de type 2 est de 50.90% (49% défini par le règlement délégué auquel est ajouté l'effet asymétrique de 1.90%).

Le capital requis pour le risque actions est de 929 K€ (contre 667K€ en 2016) se décompose comme suit :

	Capital de solvabilité requis (en €)
Actions de type 1	155 196
Actions de type 2	807 022
Effet de diversification	-31 111
SCR actions	929 108

La hausse du type action s'explique par une part plus importante de fonds d'investissement présent dans le fonds d'investissement observé par transparence.

c) Le risque immobilier

La valeur de marché globale de l'immobilier de la Mutuelle est de 13 393 K€. Le choc sur ces actifs immobiliers est de 25%. Le capital requis pour le risque immobilier est de **3 348 K€ (contre 3 509 K€ EN 2016)** et se décompose comme suit :

Expositions immobilières	Capital de solvabilité requis (en €)
SCI Just' Immo	230 645
SCI En Famille	679 112
SCI JEF Rue de la poste	347 185
SCI JEF Charles de Gaulle	96 520
Immeuble Avenue de Verdun	1 994 690
SCR Immobilier	3 348 153

d) Le risque de change

Le portefeuille de placement de la Mutuelle ne contient pas de placements en devise. Cependant, l'observation par transparence fait apparaître des lignes de placement libellées en devise pour un montant de 68 K€. Le choc sur ces placements est de 25%. Le capital requis pour le risque de change est de **17 K€**.

e) Le risque de concentration

Le risque de concentration permet de prendre en compte le manque de diversification du portefeuille de placements. La formule standard est appliquée et le capital requis pour le risque de concentration est de **633 K€ (contre 580K€ en 2016)**. Le risque de concentration est essentiellement dû à l'immeuble avenue de Verdun. La baisse de la base de dispersion entre les deux inventaires entraîne une légère hausse du capital requis.

f) Agrégation des risques et SCR marché

Le capital requis pour le risque de marché s'obtient en appliquant la matrice de corrélation définie par le règlement délégué et se décompose comme suit :

	SCR marché 2017	SCR marché 2016
SCR spread	637 525	780 982
SCR taux	432 473	461 028
SCR actions	929 108	666 657
SCR immobilier	3 348 153	3 509 223
SCR change	17 073	171 963
SCR concentration	633 447	580 325
Effet de diversification	-1 436 721	-1 539 355
SCR de marché	4 561 058	4 630 823

D) Le risque de souscription santé

Le risque de souscription santé est divisé en deux risques : le risque de primes et provisions et le risque catastrophe.

a) Le risque de primes et de provisions

Le risque de primes et de provisions permet de prendre en compte le risque de sous-provisionnement ou de sous-tarification des garanties de remboursement de frais de soin de la Mutuelle ou de remboursement des indemnités journalières.

Les paramètres nécessaires au calcul du capital requis sont les cotisations nettes de réassurance sur le dernier exercice par groupe homogène, les cotisations estimées nettes de réassurance sur le prochain exercice ainsi que la meilleure estimation nette de réassurance par groupe homogène de risque.

	SCR marché 2017 (en €)
Cotisations acquises 2017	46 760 179
Cotisations espérées 2018	45 136 000
Meilleure estimation santé	4 929 337

En application de la formule définie par le règlement délégué, le capital de solvabilité requis pour le risque de primes et de provision est de **7 411 K€ (contre un SCR de 6 688 K€ en 2016)**. La hausse du SCR entre les deux exercices s'explique par une forte hausse des cotisations entre les exercices 2016 et 2017.

b) Le risque catastrophe

1) Le risque d'accident de masse

Le risque d'accident de masse appelé également "risque de stade", correspond au risque d'occurrence d'un accident dans un lieu réunissant un grand nombre d'individus.

Le calcul du capital requis pour le risque d'accident de masse dépend de probabilités de survenance, en cas d'accident, de différents évènements (décès, passage en invalidité, passage en incapacité ou bien augmentation des remboursements de frais de soins), des montants maximaux de remboursements prévus par les garanties portées, du nombre de personnes protégées ainsi que de la probabilité de réalisation de l'accident.

La Mutuelle assure le remboursement des frais de soin ainsi que le remboursement d'indemnités journalières. La Mutuelle protège 39 913 personnes au 31 décembre 2017 et le coût de remboursement des frais de soin moyen a été estimé à 1 000 € en cas d'accident, par prudence. Le capital requis pour le risque d'accident de masse est de 6K€.

2) Le risque de concentration

Le risque de concentration correspond au risque d'occurrence d'un accident dans un lieu où sont réunis un grand nombre de personnes protégées par l'organisme, *eg.* un accident au siège d'une grande entreprise dont un grand nombre de salariés est couvert en complémentaire santé ou en prévoyance par l'organisme considéré.

Le calcul du capital requis pour le risque de concentration dépend de probabilités de survenance, en cas d'accident, de différents évènements (décès, passage en invalidité, passage en incapacité ou bien l'augmentation des remboursements en frais de soin), des montants maximaux de remboursements prévus par les garanties portées et du nombre de personnes protégées par le principal contrat collectif de l'organisme. Le capital requis pour le risque de concentration est nul car la mutuelle ne commercialise aucun contrat de prévoyance.

3) Le risque de pandémie

Le risque de pandémie correspond au risque de surconsommation médicale liée à l'occurrence d'une pandémie sur le territoire. Ce risque dépend du nombre de personnes protégées par la Mutuelle, des coûts moyens d'un séjour à l'hôpital et d'une consultation médicale, ainsi que de la proportion théorique de personnes concernées.

Le nombre de personnes protégées, comme pour le risque d'accident de masse, est de 39 913. Le coût d'une hospitalisation est estimé à 1 000 € et le coût d'une consultation à 10 €, par prudence. Le capital requis pour le risque de pandémie est de 192 K€.

Après application de la matrice de corrélation, le capital requis pour le risque catastrophe est de **192 K€** et se décompose comme suit :

	Valeur (en €)
SCR accident de masse	5 987
SCR concentration	-
SCR pandémie	191 582
Effet de diversification	-5 893
SCR Catastrophe	191 676

4) Agrégation des sous-modules et calcul du SCR souscription santé

En tenant compte des résultats ci-dessus, après application de la matrice de corrélation, le capital requis pour le capital requis pour le risque de souscription santé est de **7 462 K€ (contre 6 758 K€ en 2016)**, décomposé comme suit :

	Valeur (en €)
SCR primes et provisions	7 411 493
SCR catastrophe	191 676
Effet de diversification	-141 449
SCR souscription santé	7 461 720

E) Le risque de souscription vie

L'activité vie de la Mutuelle consiste en des versements d'allocations en cas de décès. Ces garanties sont soumises au risque de mortalité et au risque catastrophe.

Le risque de mortalité, défini par le règlement délégué, prévoit une augmentation de tous les taux de décès de 15%. Au cas d'espèce, le capital requis pour le risque de mortalité est de 49 K€.

Le risque catastrophe, défini par le règlement délégué, repose sur une hausse soudaine de 0.15 point de pourcentage des taux de mortalité au cours des 12 mois à venir. Le capital requis pour le risque catastrophe est calculé en utilisant la formule simplifiée autorisée à l'article 96 de ce même règlement et est estimé à 56 K€. Les capitaux sous risque sont estimés à 37 422 K€.

Après utilisation de la matrice de corrélation, le capital requis pour le risque vie est estimée à **83 K€ (contre 77 K€ en 2016)** et décomposé comme suit.

	Valeur (en €)
SCR mortalité	49 050
SCR catastrophe	56 133
Effet de diversification	-21 915
SCR souscription vie	83 267

F) Le risque de contrepartie

Le risque de contrepartie concerne tous les actifs qui n'ont pas été choqués dans le risque de marché, c'est-à-dire les contreparties sur la trésorerie, les livrets et les comptes à terme pour les contreparties dites de type 1 et les créances pour les contreparties dites de type 2.

Pour chaque contrepartie de type 1, il est nécessaire de calculer une perte en cas de défaut. Concernant les comptes à terme et les livrets, la perte en cas de défaut est égale à la valeur de marché de chaque actif. Le risque de contrepartie de type 1 se calcule en tenant compte de l'ensemble des actifs d'un même émetteur.

Au cas d'espèce, les contreparties de type 1 sont d'une part, le réassureur Equité Generali pour une perte en cas de défaut de 21 K€ et d'autre part, les contreparties suivantes :

Contrepartie	Perte en cas de défaut
AXA	2 137 602
BNP	14 530
Société générale	2 471 212
Caisse d'Epargne	314 825
Crédit Agricole	794 844
CIC	67 972
BCMN	17 668
La banque postale	112 348
Crédit Foncier	34 401
Total	5 965 401

Les contreparties de type 2 sont les créances inscrites au bilan hors créances d'Etat. Le montant de ces créances est de 1 686 K€ ; elles datent toutes de moins de trois mois. Le capital requis pour le risque de contrepartie est de 464 K€ (contre 343 K€ en 2016) et se décompose comme suit.

SCR	Valeur (en €)
SCR contrepartie de type 1	243 182
SCR contrepartie de type 2	252 864
Effet de diversification	-32 025
SCR contrepartie	464 021

G) Le SCR de base

Après le calcul de l'ensemble des sous-modules, le calcul du BSCR s'effectue en tenant compte de la matrice de corrélation définie par le règlement délégué. Le SCR de base est estimé à **9 850 K€ (contre 9 244 K€ en 2016)** et se décompose comme suit.

	BSCR 2017	BSCR 2016
SCR Marché	4 561 058	4 630 823
SCR Santé	7 461 720	6 768 328
SCR Vie	83 267	77 140
SCR Contrepartie	464 021	342 822
Effet de diversification	-2 719 751	-2 574 842
BSCR	9 850 315	9 244 272

H) Le risque opérationnel

Le risque opérationnel est le risque de perte résultant de procédures internes, de membres du personnel ou de systèmes inadéquats ou défaillants, ou d'événements extérieurs. Le SCR opérationnel est calculé par une formule linéaire dépendant des primes sur les 24 derniers mois et des provisions calculées en meilleure estimation et brute de réassurance. Il est plafonné à 30% du SCR de base. Le capital requis pour le risque opérationnel est de **1 470 K€ (contre 1 193 K€ en 2016)**.

I) L'ajustement pour impôts différés

Au bilan prudentiel, la valeur des impôts différés passifs nets d'impôts différés passif est nulle.

L'ajustement pour impôts différés est défini par le règlement délégué Solvabilité II à l'article 207 comme « égal à la variation de la valeur des impôts différés des entreprises d'assurance (...) qui résulterait de la perte soudaine d'un montant égal à la somme des éléments suivants :

- le capital de solvabilité requis de base ;
- l'ajustement visant à tenir compte de la capacité d'absorption de pertes des provisions techniques visé à l'article 206 du présent règlement ;
- l'exigence de capital pour risque opérationnel de la directive 2009/138/CE. ».

Cet ajustement permet de diminuer le montant de capital requis. Il est plafonné, par prudence, par le montant d'impôts différés passif nets des impôts différés actif et est donc nul.

J) Les exigences de capital

a) Le capital de solvabilité requis (SCR)

Le capital de solvabilité requis correspond au capital économique dont a besoin une entreprise d'assurance ou de réassurance pour limiter la probabilité de ruine à un an à 0,5%. Son calcul utilise la méthode de la Valeur-en-Risque (« Value-at-Risk »), conformément à la formule standard ou dans le contexte d'un modèle interne. Toutes les pertes potentielles sur les 12 mois à venir, y compris celles qui découleraient d'une réévaluation défavorable des actifs et passifs, doivent être évaluées. Le capital de solvabilité requis reflète le profil de risque réel de l'entreprise, compte tenu de tous les

risques quantifiables, ainsi que l'incidence nette des techniques d'atténuation des risques.

Il est couvert par un montant au moins équivalent de fonds propres éligibles. A l'inventaire 2017, le SCR de la Mutuelle est égal à **11 321 K€** et se décompose comme suit.

	SCR 2017	SCR 2016
BSCR	9 850 315	9 244 272
SCR opérationnel	1 470 260	1 193 051
SCR	11 320 576	10 437 323

b) Le minimum de capital requis (MCR)

Le minimum de capital requis se calcule par une formule linéaire dépendant des primes et de la meilleure estimation santé. Ce montant doit être compris entre 25% et 45% du SCR et est au minimum égal à 3 700 K€ (minimum absolu pour une mutuelle mixte). A l'inventaire 2017, le MCR de la Mutuelle est égal à **3 700 K€** et les différents montants du MCR sont présentés dans le tableau suivant :

Eléments du MCR	MCR 2017	MCR 2016
MCR linéaire	2 508 162	2 133 170
MCR plafond (45% du SCR)	5 547 411	4 696 795
MCR plancher (25% du SCR)	3 081 895	2 609 331
MCR combiné	3 081 895	2 609 331
Minimum absolu	3 700 000	3 700 000
MCR	3 700 000	3 700 000

c) Récapitulatif et couverture des exigences

Pour 2017, la couverture des exigences réglementaires sont présentés ci-après :

	Inventaire 2017	Inventaire 2016
Risque de souscription santé	7 462	6 768
Risque de marché	83	4 631
Risque de souscription vie	4 561	77
Risque de contrepartie	464	342
Effet de diversification	-2 720	-2 575
BSCR	9 850	9 244
Risque opérationnel	1 470	1 193
SCR	11 321	10 437
MCR	3 700	3 700
Fonds propres	19 527	22 553
Couverture du SCR	172%	216%
Couverture du MCR	528%	610%

Le SCR est donc couvert à 172 % avec 19 527 K€ de fonds propres relevant du niveau 1. Le MCR, quant à lui, est valorisé à 3 700 K€, soit le minimum absolu, puisque la formule linéaire donne un MCR de 2 508 K€. Il est couvert à hauteur de 528% par les fonds propres de la Mutuelle. La hausse du SCR entre 2016 et 2017 est due à la hausse du volume d'activité de la Mutuelle.

K) Utilisation du sous-module « risque sur actions » fondé sur la durée dans le calcul du capital de solvabilité requis :

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.

L) Différences entre la formule standard et tout modèle interne utilisée :

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

M) Non-respect du minimum de capital requis et non-respect du capital de solvabilité requis :

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.

