



RAPPORT SUR LA SOLVABILITÉ ET LA SITUATION FINANCIÈRE (SFCR)

Mutame & Plus
Au 31/12/2018

SIREN : 780 915 898

LEI : 969500IQ7L48908G0C96

MUTAME & PLUS

Siège Social

Agence Normandie

Agence Bourgogne-Franche-Comté

Agence Centre-Val de Loire

E-mail : contact@mutame-plus.fr

CS 72208 - 4, rue Emile Enault
19 bis, Place Saint Sauveur

1, rue Strolz

1, rue du Faubourg Bannier

www.mutame-plus.fr

50008 SAINT-LÔ Cedex
14000 CAEN

90007 BELFORT Cedex

45057 ORLÉANS

■ 02 33 05 29 20
■ 02 31 86 00 15
■ 03 84 46 64 90
■ 02 38 65 46 80



Sommaire

1. INTRODUCTION.....	4
2. SYNTHÈSE.....	4
3. ACTIVITÉS ET RÉSULTATS.....	5
3.1. ACTIVITÉS.....	5
3.2. RÉSULTATS DE SOUSCRIPTION.....	6
3.3. RÉSULTATS DES INVESTISSEMENTS.....	6
3.4. RÉSULTATS DES AUTRES ACTIVITÉS.....	7
3.5. AUTRES INFORMATIONS.....	7
4. GOUVERNANCE.....	8
4.1. INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR LE SYSTÈME DE GOUVERNANCE.....	8
4.1.1. Organisation générale.....	8
4.1.2. Conseil d'Administration.....	8
4.1.3. Un Comité d'Audit.....	10
4.1.4. Direction effective.....	11
4.1.5. Les commissions de travail.....	12
4.1.6. Fonctions clés.....	13
4.1.7. Pratique et politique de rémunération.....	13
4.1.8. Adéquation du système de gouvernance.....	13
4.2. EXIGENCES DE COMPÉTENCE ET D'HONORABILITÉ.....	13
4.2.1. Politique de compétence et d'honorabilité.....	13
4.2.2. Exigences d'honorabilité et processus d'appréciation.....	13
4.2.3. Exigences de compétence et processus d'appréciation.....	14
4.3. SYSTÈME DE GESTION DES RISQUES ET DE LA SOLVABILITÉ.....	15
4.3.1. Organisation du système de gestion des risques.....	15
4.3.2. Évaluation interne des risques et de la Solvabilité.....	15
4.3.3. Rôle spécifique de la fonction gestion des risques.....	16
4.4. SYSTÈME DE CONTRÔLE INTERNE.....	16
4.4.1. Description du système.....	16
4.4.2. Rôle spécifique de la fonction Vérification de la Conformité.....	17
4.5. FONCTION D'AUDIT INTERNE.....	18
4.6. FONCTION ACTUARIAT.....	18
4.7. SOUS-TRAITANCE.....	19
4.8. AUTRES INFORMATIONS.....	19
5. PROFIL DE RISQUE.....	20
Identification.....	20
Mesure.....	20
Contrôle et gestion.....	20
Déclaration.....	20
5.1. RISQUE DE SOUSCRIPTION.....	20
5.1.1. Appréhension du risque de souscription au sein de la mutuelle.....	21
5.1.2. Mesure du risque de souscription et risques majeurs.....	21
5.1.3. Maîtrise du risque de souscription.....	21
5.2. RISQUE DE MARCHÉ.....	21
5.2.1. Appréhension du risque de marché au sein de la mutuelle.....	22
5.2.2. Mesure du risque de marché et risques majeurs.....	22
5.2.3. Maîtrise du risque de marché.....	23
5.2.4. Risque action.....	23
5.2.5. Risque immobilier.....	23
5.2.6. Risque de taux.....	23
5.2.7. Risque de concentration.....	23
5.2.8. Risque de change.....	23
5.2.9. Risque de spread.....	23
5.2.10. Diversification.....	23
5.3. RISQUE DE DÉFAUT.....	23
5.3.1. Appréhension du risque de défaut au sein de la mutuelle.....	24
5.3.2. Mesure du risque de crédit et risques majeurs.....	24
5.3.3. Maîtrise du risque de crédit et risques majeurs.....	24
5.4. RISQUE DE LIQUIDITÉ.....	24
5.4.1. Appréhension du risque de liquidité au sein de la mutuelle.....	24
5.4.2. Mesure du risque de liquidité et risques majeurs.....	24
5.4.3. Maîtrise du risque de liquidité.....	24
5.5. RISQUE OPÉRATIONNEL.....	24
5.5.1. Appréhension du risque opérationnel au sein de la mutuelle.....	24
5.5.2. Mesure du risque opérationnel et risques majeurs.....	25

5.5.3.	<i>Maitrise du risque opérationnel</i>	25
5.6.	AUTRES RISQUES IMPORTANTS	25
5.7.	AUTRES INFORMATIONS	25
6.	VALORISATION À DES FINS DE SOLVABILITÉ	26
6.1.	ACTIFS	26
6.1.1.	<i>Présentation du bilan</i>	26
6.1.2.	<i>Base générale de comptabilisation des actifs</i>	26
6.1.3.	<i>Immobilisations incorporelles significatives</i>	26
6.1.4.	<i>Baux financiers et baux d'exploitation</i>	26
6.1.5.	<i>Impôts différés actifs</i>	27
6.1.6.	<i>Entreprises liées</i>	27
6.2.	PROVISIONS TECHNIQUES	27
6.2.1.	<i>Montant des provisions techniques et méthodologie</i>	27
6.2.2.	<i>Incertitude liée à la valeur des provisions techniques</i>	27
6.3.	AUTRES PASSIFS	28
6.3.1.	<i>Montant des autres passifs et méthodologie</i>	28
6.3.2.	<i>Accords de location</i>	28
6.3.3.	<i>Impôts différés Passif</i>	28
6.4.	MÉTHODES DE VALORISATION ALTERNATIVES	28
6.5.	AUTRES INFORMATIONS	28
7.	GESTION DU CAPITAL	29
7.1.	FONDS PROPRES	29
7.1.1.	<i>Structure des fonds propres</i>	29
7.1.2.	<i>Fonds Propres éligibles et disponibles</i>	29
7.2.	CAPITAL DE SOLVABILITÉ REQUIS ET MINIMUM DE CAPITAL REQUIS	30
7.2.1.	<i>Capital de Solvabilité requis</i>	30
7.2.2.	<i>Minimum de capital de requis</i>	30
7.3.	UTILISATION DU SOUS-MODULE « RISQUE SUR ACTIONS »	31
7.4.	DIFFÉRENCE ENTRE LA FORMULE STANDARD ET TOUT MODÈLE INTERNE UTILISÉ	31
7.5.	NON-RESPECT DU SCR ET NON-RESPECT DU MCR	31
7.6.	AUTRES INFORMATIONS	31
8.	ANNEXE : QRT DEMANDÉS	31

1. Introduction

Le présent document constitue le rapport sur la Solvabilité et la situation financière (ou SFCR) de Mutame & Plus au 31 décembre 2018.

Ce document vise à présenter au public les données publiées par l'organisme et à expliquer de manière détaillée son système de gouvernance. À cet effet, le rapport SFCR décrit l'activité de l'organisme, son système de gouvernance, son profil de risque et donne des informations sur les méthodes de valorisation utilisées ainsi que des précisions sur la gestion des fonds propres. Le cas échéant, il présente et explique également les changements importants survenus par rapport à l'exercice précédent.

Le rapport est approuvé par le Conseil d'Administration de la mutuelle le 9 avril 2019. Il est mis en ligne sur le site internet www.mutame-plus.fr en rubrique « La mutuelle » / « Le Conseil d'Administration ».

2. Synthèse

Mutuelle créée en Janvier 1962, Mutame & Plus a obtenu l'agrément en branches non-vie 1 et 2, délivré par arrêté du 7 avril 2003 pris par le Préfet de Région de Basse-Normandie et publié au journal officiel du 23 mai 2003. L'organisme est une mutuelle, personne morale à but non lucratif, régie par les dispositions du livre II du code de la mutualité. Elle est inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 780 915 898.

La mutuelle Mutame & Plus est dédiée en priorité à la protection sociale complémentaire des agents salariés des collectivités territoriales. L'activité est liée au risque santé. À titre accessoire, la mutuelle compense partiellement et pour une durée limitée une partie de la perte de revenu indiciaire subie par un agent territorial en activité en complément des obligations statutaires attachées au statut de la fonction publique territoriale. Selon les dispositions du décret 2011-1474 du 8 novembre 2011 régissant l'aide financière des employeurs de la fonction publique territoriale, le contrat « Mutame Atout Santé Plus » figure sur la liste nationale des règlements mutualistes labellisés Santé. La labellisation du contrat est valable jusqu'au 31 juillet 2021.

La mutuelle propose aussi un contrat de complémentaire « Mutame Santé » pouvant être souscrit par les assurés sociaux non rattachés à la fonction publique territoriale relevant d'un régime d'assurance maladie. La population concernée représente moins de 10 % de l'ensemble des personnes protégées couvertes.

La mutuelle propose aussi le contrat « Mutame Santé Entreprise » aux petites et moyennes entreprises pour la couverture complémentaire santé obligatoire des salariés, relevant de l'Accord National Interprofessionnel. Cette activité représente moins de 0,50 % du chiffre d'affaires de la mutuelle. Mutame & Plus est signataire d'un contrat collectif à adhésion obligatoire valable du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2020 avec Manche Habitat pour la couverture complémentaire santé des salariés et fonctionnaires détachés titulaires d'un contrat de travail de droit privé.

Mutame & Plus et le Conseil départemental de la Manche ont signé une convention de gré à gré d'une durée de cinq ans pour assurer la complémentaire santé des personnels actifs. L'adhésion des salariés est facultative. La cotisation est fixée selon la composition de famille sans faire référence à l'âge du souscripteur. Au départ à la retraite, l'adhérent peut solliciter son maintien en affiliation individuelle en souscrivant le contrat Mutame Atout Santé Plus.

La mutuelle est gestionnaire de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire.

Mutame & Plus propose le contrat « Accès Santé » qui figure sur la liste nationale des contrats éligibles au dispositif de solidarité comprenant une aide financière remboursées par le fonds de financement CMU. Elle distribue le contrat pour le compte de la Mutuelle Nationale Territoriale, co-assureur du risque avec plusieurs autres Mutuelles relevant du Code de la Mutualité. L'apporteur est Harmonie Mutuelle. Le contrat collectif a été initié par l'association ACS-P, Association pour l'accès à la Complémentaire Santé des Populations en précarité.

Dans le cadre de la diversification de son offre de services, la mutuelle distribue divers produits :

- Des contrats individuels de prévoyance pour la couverture des aléas de la vie : obsèques, accident, décès, incapacité de travail et dépendance pour le compte de la SA Mutex, entreprise régie par le code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le numéro 529 219 040
- L'assurance emprunteur de Mutlog, mutuelle du logement soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité immatriculée sous le numéro SIREN 325 942 969

Les bénéficiaires de la mutuelle peuvent faire appel au service d'assistance, auprès de Ressources Mutuelles Assistance (RMA), en cas d'immobilisation au domicile. Le contrat collectif est souscrit auprès de l'Union technique relevant du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 444 269 682.

L'adhérent peut solliciter la prise en charge des frais de procédure ou l'accompagnement d'un juriste en cas d'un différend l'opposant à un professionnel de santé ou à un établissement de soins lorsqu'il engage un recours pour un préjudice médical dont il est victime. Le contrat est souscrit auprès de CFDP entreprise régie par le code des assurances, immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 958 506 156.

La mutuelle est adhérente à la Fédération Nationale de la Mutualité Française et aux structures régionales mutualistes. Elle est adhérente à la Chambre Régionale de l'Économie Sociale et Solidaire de Normandie.

Notre mutuelle est adhérente à l'Union nationale Mutame pour mutualiser divers moyens et échanger sur diverses pratiques en lien avec leur activité.

La gouvernance de la mutuelle repose sur les quatre types d'acteurs suivants : Assemblée Générale, Conseil d'Administration, Dirigeants effectifs et Fonctions clés.

Cette gouvernance repose sur le respect de deux principes essentiels :

- Le principe des quatre yeux : Toute décision significative est au moins vue par deux personnes (en l'occurrence le Président et le Dirigeant opérationnel)
- Le principe de la personne prudente : La mutuelle appréhende spécifiquement les risques liés aux investissements et ceux-ci sont réalisés dans le meilleur intérêt des adhérents.

Au 31 décembre 2018 la mutuelle présente les indicateurs de référence suivants pour l'exercice :

Indicateurs de référence	2018
Cotisations nettes de taxes brutes de réassurance	25 174 k€
Résultat de souscription	930 k€
Résultat financier	914 k€
Fonds propres éligibles Solvabilité II	34 635 k€
Ratio de couverture du SCR	442 %
Ratio de couverture du MCR	1 380 %

La mutuelle couvre donc largement ses besoins de Solvabilité lui permettant ainsi d'assurer la poursuite sereine de son activité.

Évolutions notables au cours de l'exercice :

En 2017, Mutame Normandie, Mutame Territoire de Belfort et Mutame Val de France ont exercé leur activité en toute autonomie. Les garanties payées et les cotisations encaissées étaient en lien direct avec les contrats proposés par chacune des entités. La fusion a été actée par décision n° 2017-VP-81 du 21 décembre 2017 parue au Journal officiel du 27 décembre de la même année.

Conformément aux traités de fusion approuvés par chacune des assemblées générales en juin 2017, la fusion-absorption a pris effet de manière rétroactive comptable et fiscale au 1^{er} Janvier 2017. À ce titre, les écritures comptables de l'année passée sur chacune des mutuelles ont été confortées dans un seul compte de résultat et dans un bilan unique.

L'année 2018 consacre donc l'existence de Mutame & Plus avec l'enregistrement de tous les flux financiers attachée à son exercice d'assurance complémentaire.

La mutuelle dispose de quatre agences située à Saint-Lô, ville du siège, Caen, Belfort et Orléans.

Au 31 décembre 2018, Mutame et Plus assure 27 742 adhérents pour un total de 42 910 personnes protégées contre 27 531 adhérents pour 43 184 personnes protégées en 2017.

Elle emploie 25 salariés équivalent temps plein comme en 2017.

Les garanties inscrites aux règlements mutualistes régissant les contrats individuels santé ont été actualisées à la marge selon l'évolution d'éléments référentiels comme le Plafond Annuel de Sécurité Sociale.

Les barèmes tarifaires de Mutame & Plus ont été actualisés au 1^{er} janvier 2018 de 0,50 % pour les contrats individuels santé. Les contrats collectifs à caractère obligatoire ont été actualisés sur le Plafond Annuel de la Sécurité Sociale comme indiqué aux dispositions contractuelles soit 1,28 %.

3. Activités et Résultats

3.1. Activités

La mutuelle détient l'agrément pour l'exercice d'activités relevant du livre II du code de la mutualité avec les branches suivantes de l'article R211-2 : Branche 1 pour l'accident et Branche 2 pour la maladie.

La mutuelle, en application de l'article L612-2 du code monétaire et financier, est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest 75436 Paris.

La mutuelle a donné mandat pour la certification de ses comptes annuels à la société SOCOMEX – PTBG sise CAMPUS EFFISCIENCE - 1, RUE DU BOCAGE 14460 COLOMBELLES représentée par M. François DINEUR, Commissaire aux comptes. Son mandat a été validé lors de l'Assemblée Générale du 21 juin 2018 pour une durée de 6 ans.

De par son activité de mutuelle référente auprès des fonctionnaires territoriaux, Mutame & Plus assure une veille permanente sur l'évolution de l'organisation des collectivités territoriales avec notamment la création de communes nouvelles et le regroupement d'EPCI (Établissement Public de Coopération Intercommunale).

Mutame & Plus étend essentiellement son territoire sur 3 régions : Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire et Normandie.

La mutuelle a répondu à l'invitation Conseil Régional du Grand Est en participant au forum organisé par l'employeur pour présenter aux personnels les contrats santé éligibles à l'aide financière de la collectivité. À cette occasion, Mutame & Plus a aménagé le règlement mutualiste du contrat Mutame Atout Santé Plus en intégrant un tarif zonier qui prend en compte les taux de remboursement du régime local d'assurance maladie Alsace-Moselle. La mutuelle a aussi répondu à l'invitation du Conseil Régional de Bourgogne-Franche-Comté. Les quelques dossiers déposés par la mutuelle en réponse aux appels à concurrence lancés par les collectivités territoriales de notre secteur géographique au titre de la procédure de conventionnement n'ont pas été retenus.

L'action sociale de la mutuelle est confiée à une professionnelle titulaire d'un diplôme d'Assistant Social, résidente au siège. Elle répond à l'ensemble des sollicitations des mutualistes inscrits à la mutuelle quel que soit le lieu de résidence. Outre cette activité, elle intervient dans les collectivités pour sensibiliser les personnels sur l'environnement sur le lieu de travail.

Une conseillère mutualiste sédentaire tient l'agence régionale située en centre-ville de Caen. Deux conseillers mutualistes itinérants visitent les collectivités de la région Normandie. Une conseillère mutualiste itinérante visite les communes et les établissements publics du Loiret. L'animation du réseau est confiée au Directeur de développement, mission dévolue au Directeur délégué de la région Bourgogne-Franche-Comté.

3.2. Résultats de souscription

Au titre de son activité d'assurance, la mutuelle a perçu 25 174 k€ de cotisations et son résultat de souscription se présente de la manière suivante :

Ligne d'activité	Cotisations brutes acquises 2018	Charge de sinistralité et Dépenses brutes 2018	Autres éléments 2018	Résultat de souscription 2018
Santé	25 174 k€	22 053 k€	2 191 k€	930 k€

Les « Autres éléments 2018 » présentés dans ce tableau sont constitués des frais d'acquisition, d'administration et des autres charges techniques nettes des autres produits techniques. L'ensemble de l'activité de la mutuelle est réalisé en France.

3.3. Résultats des investissements

Au titre de son activité d'investissement, la mutuelle dispose d'un portefeuille de placement s'élevant à 37 003 k€ en valeur nette comptable contre 36 518 k€ en valeur de marché.

Les produits financiers et les charges financières 2018 par classes d'actifs se décomposent ainsi :

PLACEMENTS	Valeur nette	Valeur marché	Produits financiers	Charges financières	Résultat financier	Plus Values latentes
Immeuble et immobilisations corporelles	180 544,94 €	895 468,15 €	- €			714 923,21 €
Placements	34 225 230,97 €	33 025 490,57 €	971 199,31 €			- 1 199 740,40 €
Participations	1 140,00 €	1 140,00 €	- €			- €
Parts sociales	105 347,00 €	105 347,00 €	1 420,13 €			- €
Actions non cotées	105 347,00 €	105 347,00 €	1 420,13 €			- €
Obligations	26 908 000,00 €	25 747 914,14 €	943 007,94 €			- 1 160 085,86 €
Obligations d'entreprises	1 572 000,00 €	1 648 687,14 €	99 377,81 €			76 687,14 €
Obligations subordonnées	3 636 000,00 €	3 695 067,00 €	157 509,03 €			59 067,00 €
Obligations structurées	21 700 000,00 €	20 404 160,00 €	686 121,10 €			- 1 295 840,00 €
OCPVM	850 000,00 €	810 345,46 €	- €			- 39 654,54 €
Dépôts autres que ceux assimilables à de la trésorerie	6 360 743,97 €	6 360 743,97 €	26 771,24 €			- €
Comptes à terme	- €	- €	- €			- €
Livrets d'épargne	6 239 813,95 €	6 239 813,95 €	26 771,24 €			- €
Autres dépôts (fonds de garantie SFG et SSAM)	120 930,02 €	120 930,02 €	- €			- €
Prêts aux particuliers	42 401,89 €	42 401,89 €	- €			- €
Trésorerie et équivalent trésorerie	2 555 268,32 €	2 555 268,32 €	- €			- €
TOTAL PLACEMENTS	37 003 446 €	36 518 629 €	971 199 €	59 342 €	911 857 €	-484 817 €

Conformément aux dispositions de Solvabilité II, les actifs s'apprécient en valeur de marché au bilan et viennent augmenter en contrepartie les fonds propres avec la traduction dans la réserve de réconciliation.

- Selon l'expertise quinquennale réalisée par le cabinet EXPAIRTIS, les immeubles détenus en propriété par Mutame & Plus à Saint-Lô, Belfort, et Orléans sont évalués à 895 k€ d'où une plus-value latente de 715 k€ après dépréciation prudentielle pour une valeur nette comptable de 180 k€ (y compris les immobilisations corporelles).
- Les valeurs actuarielles des obligations structurées détenues en portefeuille traduisent une moins-value latente au 31 décembre 2018 de 1,160 M€. Le rendement de plusieurs EMNT est subordonné à l'évolution de l'Euro Stoxx 50 à la date anniversaire de la souscription. Le contexte baissier de la fin d'année observé sur cet indice donne peu d'attrait au marché. Cette observation faite au moment de la clôture de l'exercice comptable n'est pas de nature à fragiliser nos actifs sur la durée. Les EMNT sont le plus souvent garantis en capital au terme de leur portage ou à défaut ils sont protégés par une barrière en cas de perte inférieure à 40% de la valeur de l'indice de référence. Ces supports ont été souscrits avec la ferme volonté de les conserver. Les disponibilités dont nous disposons en Trésorerie courante ou sur les livrets d'épargne permettent raisonnablement de parer à toute éventualité d'un besoin urgent de fonds pour rembourser les soins des mutualistes. De plus, si nous devons

arbitrer des placements nous céderions en priorité les valeurs en plus-values latentes alors facilement négociables sur le marché.

- La moins- value latente sur l'OPCVM est liée à un récent investissement fait en juillet 2018 exposé au marché High-Yield dont la détention minimale recommandée est de cinq ans.

Au total, l'écart entre la valeur comptable des placements et la valeur du marché est de 484 k€. L'impact est peu significatif au regard de la bonne santé financière de notre structure.

La projection 2018 du résultat des investissements avait été réalisée lors de l'ORSA de l'exercice 2017. Les écarts entre l'estimé et le réalisé se présentent de la manière suivante :

	Valeurs 2018	ORSA 2017	Ecart
Assiette de placements	36 518 629 €	38 853 154 €	- 2 334 525 €
Produits de placements	971 199 €	876 883 €	94 317 €
Charges de placements	59 342 €	37 162 €	22 180 €
Résultat Financier	911 857 €	839 720 €	72 137 €

L'écart important sur l'assiette des placements est la conséquence de l'observation faite précédemment que nous n'avions pas anticipé dans un contexte qui était plus favorable au moment de l'écriture de l'ORSA. En réalité la tendance du marché est inversement proportionnelle à notre projection.

L'évolution des produits de placements de 94 317 € par rapport au montant prévisionnel matérialise un rendement meilleur que celui qui avait été escompté par mesure de prudence.

Les charges de placement sont plus importantes que l'estimation ORSA à la suite des déversements des comptes de charges par nature en destination en raison de la progression des paramètres servant au calcul de la clef de répartition des charges de placement.

3.4. Résultats des autres activités

La mutuelle perçoit des indemnités de distribution pour la conclusion de contrats individuels de prévoyance assurés par Mutex SA, par l'UMR et par Mutlog. Nous percevons aussi des indemnités de promotion pour la souscription du contrat Accès Santé proposé aux assurés éligibles à l'ACS.

Au total, les sommes perçues au titre des produits de gestion pour le compte de tiers s'élèvent à 35 568 €.

Nous ne percevons plus d'indemnités de gestion pour le recouvrement de cotisations pour le compte de tiers car nous avons cessé cette activité qui finalement était non rentable et chronophage en temps de travail.

3.5. Autres informations

L'opération de fusion absorption a entraîné la totalité des transferts du portefeuille des adhérents.

Ils ont tous choisi individuellement de souscrire aux contrats de couverture santé proposé par la mutuelle absorbante. Beaucoup de mutualistes ont constaté lors du changement de contrat en début d'année une baisse de leur cotisation tout en appréciant une meilleure offre de remboursement.

Les équilibres techniques des contrats individuels Santé de Mutame & Plus constatés en fin d'année 2018 demeurent pour autant conformes aux données des années précédentes, gage d'une bonne adéquation entre Tarification/Garanties y compris lorsque les personnes couvertes sont plus nombreuses et résident dans des régions différentes.

4. Gouvernance

4.1. Informations générales sur le système de gouvernance

4.1.1. Organisation générale

Concernant le système de gouvernance de la mutuelle, les choix ont été opérés en conformité avec les articles 41 à 49 de la directive cadre Solvabilité II, transposés aux articles L.114-21, L.211-12 à 14 du code de la mutualité et détaillés dans les articles 258 à 260, 266 à 275 des actes délégués.

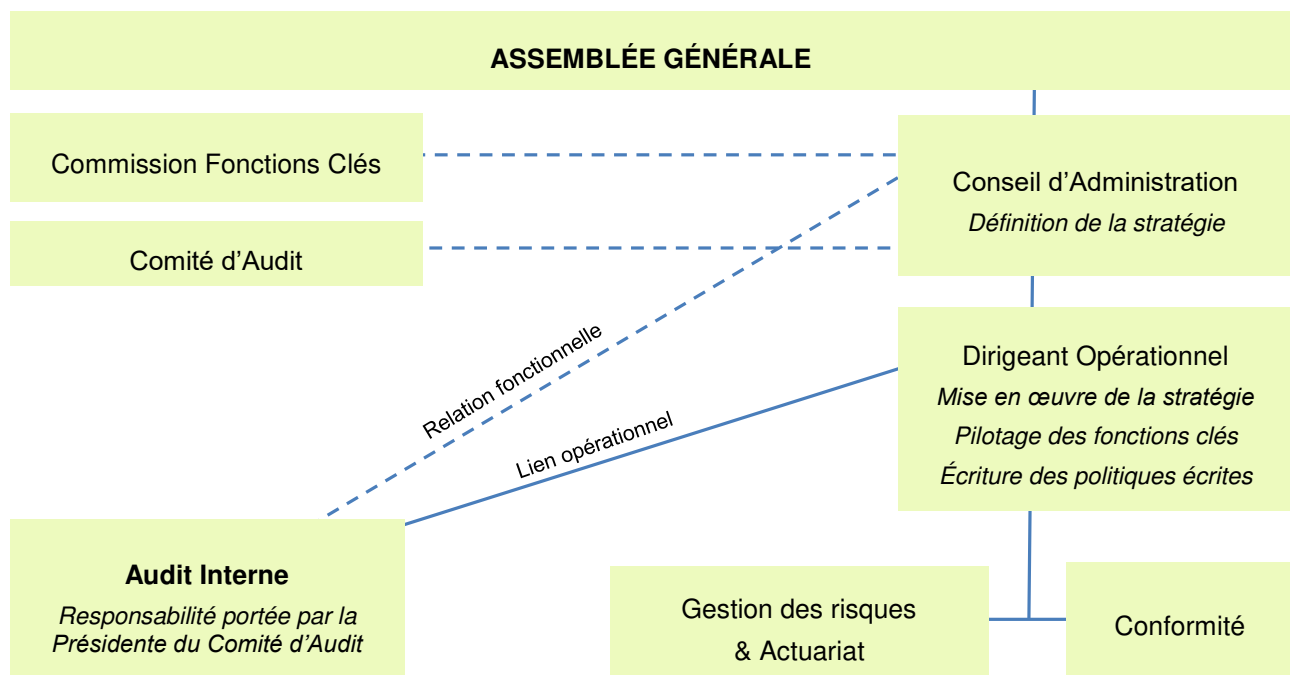
La gouvernance de la mutuelle est ainsi fondée sur la complémentarité entre :

- L'Assemblée Générale composée de délégués élus par les adhérents à raison de 1 représentant pour 300 chefs de famille. Les délégués sont répartis par catégorie statutaire et par région.
- Le Conseil d'Administration détermine les orientations de la mutuelle et veille à leur application.
- Les dirigeants effectifs sont le Président du Conseil d'Administration, Daniel LEMENUEL, et le Dirigeant opérationnel, Gilles LEDOYEN. Ils mettent en œuvre la stratégie définie par les instances délibérantes. Ils peuvent engager la mutuelle auprès de tiers.
- Les fonctions clés (actuariat, gestion des risques, vérification de la conformité et audit interne) qui participent au pilotage et à la surveillance de l'activité, sur leurs champs spécifiques doivent soumettre leurs travaux au Conseil d'Administration.

L'organisation générale de la gouvernance est décrite dans les statuts et dans le règlement intérieur de la mutuelle. Ces deux documents ont été validés par l'Assemblée Générale du 21 juin 2018. Par ailleurs, le Conseil d'Administration contribue annuellement à la revue des politiques écrites de la mutuelle.

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

La schématique du système de gouvernance se présente comme suit :



Chaque année, les délégués sont réunis en Assemblée Générale pour leur soumettre l'approbation du rapport annuel de gestion rédigé par le Conseil d'Administration. Les compétences des délégués sont détaillées à l'article 20 des statuts de la mutuelle.

4.1.2. Conseil d'Administration

Composition et tenues du Conseil d'Administration :

La mutuelle est administrée par un Conseil d'Administration en exercice de 23 administrateurs.

Les membres du Conseil d'Administration sont élus par l'Assemblée Générale pour une durée de 4 ans.

Le Conseil d'Administration est renouvelable par moitié tous les 2 ans. Le prochain renouvellement est prévu en juin 2019. Les membres sortants sont rééligibles. Pour présenter sa candidature, il faut être délégué élu ou mandataire mutualiste.

Les membres du Conseil d'Administration sont soumis aux règles de limitation du cumul des mandats, qui prévoit qu'une même personne ne peut appartenir simultanément à plus de cinq conseils d'administration de Mutuelles, Unions et Fédérations.

Au 31/12/2018, la liste des administrateurs est la suivante

Nom	Prénom	Mandat	Date entrée au CA
LEMENUEL	Daniel	Président Président Union Mutame Administrateur Mutualité Française Normandie	01/06/1977
MARCHANDEAU	Martine	Vice-Présidente Administrateur titulaire Union Mutame	01/06/1994
JACQUES	Frédéric	Vice-Président Trésorier Général Adjoint Union Mutame	01/06/1989
PAROLA	Brigitte	Présidente déléguée Bourgogne-Franche-Comté Administrateur titulaire Union Mutame	22/06/2017
PETIOX	Michel	Président délégué Centre-Val de Loire Administrateur titulaire Union Mutame	22/06/2017
COLLET	Michel	Président délégué Autres Régions et Outre-Mer	01/06/2007
FRESNEL	Gérard	Secrétaire Général Administrateur titulaire Union Mutame	01/06/1979
RENAULT	Lylane	Secrétaire Générale Adjointe	01/06/2002
BLAISON	Jean-Claude	Trésorier Général Secrétaire Général Union Mutame	01/06/1995
THOMAS	Jean-Pierre	Trésorier Général Adjoint Administrateur Mutualité Française Normandie SSAM	01/06/2007
BAZIRE	Anne-Marie	Administrateur	01/06/2012
CAPPELAERE	Evelyne	Administrateur Administrateur suppléant Union Mutame	01/06/2000
CERON	Carinne	Administrateur	01/12/2012
CHAMBENOIT	Marie-Claire	Administrateur Administrateur suppléant Union Mutame	22/06/2017
COLI	Roselyne	Administrateur	01/06/1997
PILLON-JEANNEAU	Muriel	Administrateur	01/06/1979
NOIRE	Maryse	Administrateur	01/12/2012
RATEL	Odile	Administrateur	20/06/2013
SIMON	Annick	Administrateur	01/06/2011
TAJAN	Claude	Administrateur	25/06/2015
THOMINE	Véronique	Administrateur	25/06/2015
THONNEL	Jacques	Administrateur	01/06/2003
VERNIER	Bernard	Administrateur Administrateur suppléant Union Mutame	22/06/2017

Le Conseil d'Administration se réunit a minima 3 fois par an. Au cours de l'exercice 2018, le Conseil d'Administration s'est réuni 6 fois les 30 janvier, 17 avril, 25 mai, 3 juillet, 18 septembre et 11 décembre 2018.

Prérogatives du Conseil d'Administration et travaux réalisés durant l'année

Les principales prérogatives du Conseil d'Administration fixées à l'article 37 des statuts sont les suivantes :

- Détermine les orientations de la mutuelle et veille à leur application,
- Opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns,
- Se saisit de toute question intéressant la bonne marche de l'organisme,
- Arrête, à la clôture de chaque exercice, les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'Assemblée Générale,
- Adopte annuellement les budgets prévisionnels de la mutuelle,
- Fixe les tarifications et les garanties attachées aux contrats santé,
- Plus généralement, il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux mutuelles.

En complément des statuts, dans le cadre de Solvabilité II, le Conseil d'Administration joue un rôle central dans le système de gouvernance de la mutuelle. À ce titre, les missions du Conseil d'Administration sont les suivantes :

- Définir la stratégie et la politique des risques (appétence et seuil de tolérance)
- Approuver les politiques écrites,
- Contrôler l'adéquation du dispositif de gestion des risques et le respect du niveau général des risques définis dans le cadre de l'ORSA,
- Approuver le rapport narratif destiné au public selon les exigences Solvabilité II,
- Approuver le rapport régulier à remettre au contrôleur de l'ACPR,
- Participer activement au processus ORSA et approuve le rapport ORSA,
- Fixer les principes généraux de la politique de rémunération.

Travaux du Conseil d'Administration en 2018

- 30 janvier 2018
 - Bilan fusion-absorption et transfert de portefeuille
 - Ratification des décisions du Comité de Placements
 - Compte-rendu Commission Relations Extérieures
 - Compte-Rendu Réunion plénière Fonctions Clés
- 17 avril 2018
 - Présidence honoraire conférée à Monsieur SERGENT René
 - Adhésion à l'association Inter-AMC
 - Adhésion à l'Union Technique Cimut
 - Délégation à l'Assemblée Générale constitutive de l'UGM Service
 - Dénonciation de l'adhésion au GIE FMP-Gestion
 - Validation du Rapport Annuel Public sur la Solvabilité et la Situation Financière des données 2017
 - Ratification des décisions du Comité de Placements
 - Recommandation de la désignation du Commissaire Aux Comptes pour un mandat de 6 ans
 - Actualisation des règlements mutualistes
 - Réflexion sur l'engagement d'une étude sur les activités physiques adaptées
 - Ratification des dons au titre du mécénat
 - Adoption du plan stratégique de communication pour l'année 2018
 - Présentation des comptes de l'exercice 2017
 - Compte-rendu de la Commission électorale
 - Validation de l'organigramme des services de la mutuelle
- 25 mai 2018
 - Candidature au Conseil d'Administration de l'UGM Services
 - Validation du Rapport sur les Procédures d'Élaboration et de Vérification de l'Information Financière et Comptable de l'année 2017
 - Validation du Rapport sur le Contrôle Interne du dispositif de lutte contre le blanchiment des capitaux et de financement du terrorisme 2017
 - Adoption du Rapport de Gestion de l'exercice 2017
 - Certification des comptes de l'exercice 2017 par le Commissaire aux Comptes
 - Validité du processus d'élaboration financière par le Comité d'Audit
 - Approbation de la charte du Comité d'Audit actualisée
 - Actualisation des statuts
 - Approbation du règlement intérieur
 - Fixation de l'ordre du jour de l'Assemblée Générale du 21 juin 2018 à Caen
- 3 juillet 2018
 - Faute d'obtenir le quorum pour délibérer valablement, le Conseil d'Administration n'a pas pu se réunir. Un procès-verbal de carence a été rédigé.
- 18 septembre 2018
 - Ratification des décisions du Comité de Placements
 - Fixation des barèmes de cotisations 2019
 - Aménagement des règlements mutualistes des contrats individuels santé
 - Point d'étape sur la communication
 - Examen du bilan intermédiaire du 1^{er} semestre 2018
 - Compte-rendu de l'Assemblée Générale de la Mutualité Française Bourgogne-Franche-Comté
- 11 décembre 2018
 - Approbation du rapport ORSA sur les données 2017
 - Plan de continuité d'activité 2018
 - Approbation rapport actuariel
 - Union de représentation dans les instances de la Mutualité Française
 - Adhésion à FMPrécaution pour le service caution habitat
 - Ratification des décisions du Comité de Placements
 - Ratification des dons au titre du mécénat (Fonds d'Accompagnement Solidaire)
 - Avenant garanties au contrat d'assistance avec RMA
 - Actualisation des règlements mutualistes des contrats individuels santé
 - Compte-rendu du Comité d'Audit
 - Communication sur les rencontres annuelles des correspondants
 - Renouvellement de la convention de distribution avec Mutex SA
 - Retour sur les appels à concurrence
 - Représentation au Conseil d'Administration de la CRESS Normandie
 - Communication sur la modification de la structure Union Mutame
 - Communication sur la liquidation de l'Union Mutame Garanties

4.1.3. Un Comité d'Audit

Pour se conformer à l'ordonnance 2008-1278 du 8 décembre 2008, la création du Comité d'Audit a été actée le 29 septembre 2009. Son installation est intervenue le 17 septembre 2010 soit moins d'un an après la publication des textes.

Composition du Comité d'Audit exercices 2017-2019

Le Comité d'Audit est composé de cinq membres parmi les élus qui siègent au Conseil d'Administration de la mutuelle. Ils font valoir diverses compétences en lien avec les missions confiées à la commission spécialisée

- Une Directrice Générale des Services d'une collectivité territoriale de taille moyenne en retraite et administrateur membre d'une commission nationale des finances d'un comité d'œuvres sociales.
- Un Directeur Général des Services d'une collectivité territoriale de taille importante en retraite.
- Un fonctionnaire en retraite chargé des affaires économiques dans une EPCI et Trésorier d'un office municipal des sports.
- Une Directrice Financière en retraite d'une collectivité de près de 20 000 habitants.
- Un Directeur Général des Services en activité, titulaire d'un DEA Économie et de Gestion et d'un DESS Administration Locale.

Le rôle des membres qui le composent est d'assister le Conseil d'Administration dans l'exercice de sa responsabilité. Il examine les comptes annuels et semestriels de la mutuelle, vérifie la pertinence des méthodes comptables, vérifie les procédures internes de collecte et de contrôle des informations. Il participe au choix du Commissaire Aux Comptes et veille au respect des règles garantissant leur indépendance et leur objectivité.

Les administrateurs membres du Comité d'Audit suivent régulièrement des formations ou participent à des réunions d'information pour se tenir au courant de la mise en application des nouvelles dispositions réglementaires prévues entre autres par Solvabilité II.

Sur invitation du Comité d'Audit, le Président, le Dirigeant Opérationnel, le responsable de l'Audit interne, les auditeurs externes ou toute autre personne peuvent assister aux réunions.

Le Comité d'Audit se réunit a minima 3 fois par an dont 2 fois en présence du Commissaire Aux Comptes. Il rend compte de ses travaux au Conseil d'Administration. Au titre de l'exercice 2018, le Comité d'Audit s'est réuni 4 fois les 20/02/2018, 5/04/2018, 25/04/2018, 7/11/2018.

Travaux du Comité d'Audit en 2018

- 20 février 2018
 - *Aménagement du compte-rendu de la réunion du Comité d'Audit du 7 novembre 2017*
 - *Procédure et cartographie des risques des contrats santé*
 - *Tableau de bord de l'année 2017*
 - *Produits financiers 2017*
 - *Impact des opérations de transfert de portefeuille lié à la fusion-absorption*
- 5 avril 2018
 - *Formulation de la recommandation pour le renouvellement du CAC auprès du Conseil d'Administration*
 - *Actualisation de la Charte du Comité d'Audit*
 - *Statistiques et bilan comptable de l'exercice 2017*
- 25 avril 2018
 - *Analyse du portefeuille au 31 mars 2018 par La Française*
 - *Conclusion d'audit du commissaire aux comptes*
 - *Avis rendu par le Comité d'Audit sur la qualité du processus de l'élaboration financière*
 - *Finalisation de la charte du Comité d'Audit*
- 7 novembre 2018
 - *Processus des ordres de placements de fonds après décision du Comité spécialisé*
 - *Bilan sur le transfert du portefeuille après fusion-absorption*
 - *Bilan 1^{er} semestre 2018*
 - *Travaux d'interim du Commissaire Aux Comptes sur l'exercice*
 - *Programmation du thème à traiter par le Comité d'Audit pour l'année 2019*

4.1.4. Direction effective

La Direction effective de la mutuelle est assurée par deux dirigeants depuis le 1^{er} janvier 2016

- Le Président du Conseil d'Administration, élu depuis le 1^{er} juin 1977.
- Le Dirigeant Opérationnel, salarié depuis le 7 mai 1979.

Dans le respect du principe des quatre yeux, les dirigeants effectifs de la mutuelle sont impliqués dans les décisions significatives de l'entité. Ils disposent de pouvoirs suffisants, d'une vue complète et approfondie de l'ensemble de l'activité.

Prérogatives spécifiques du Président

- Représente la mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile,
- Veille à la régularité du fonctionnement de la mutuelle, conformément au Code de la Mutualité et aux Statuts,
- Préside les réunions du Conseil d'Administration et des Assemblées Générales ;
- Organise et dirige les travaux du Conseil d'Administration dont il rend compte à l'Assemblée Générale,
- Informe le cas échéant le Conseil d'Administration des procédures envisagées en application des articles L.510-8 et L.510-10 du Code de la Mutualité,
- Veille au bon fonctionnement des organes de la mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées,
- Convoque le Conseil d'Administration et en établit l'ordre du jour,
- Engage les recettes et les dépenses,
- Représente la Mutuelle dans les instances de la Mutualité ou autres organismes et institutions,
- Donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées.

Prérogatives spécifiques du dirigeant opérationnel

Par délégation du Conseil d'Administration, le Dirigeant Opérationnel :

- Signe tous actes et documents administratifs et financiers relatifs à ses missions, en application des décisions des instances compétentes, et selon les pouvoirs et délégations qui lui sont conférés par le Conseil d'Administration et/ou les membres du bureau.
- Représente la mutuelle dans ses relations ordinaires avec les administrations, les organismes extérieurs, les créanciers, et tout autre organisme.
- Participe aux réunions internes et externes de diverses instances et structures en lien avec l'activité.

Le Dirigeant Opérationnel contribue également au dispositif de pilotage des risques. À ce titre il :

- Dirige et maîtrise la gestion de l'organisme.
- Met à la disposition des administrateurs les moyens de mener les réflexions et d'arrêter les décisions politiques, stratégiques, budgétaires et d'investissements de la mutuelle.
- Applique les décisions et la stratégie définie par le Conseil d'Administration.
- Met en œuvre le processus de pilotage et de surveillance des risques, et s'assure du reporting des principales fonctions clés.
- Vérifie que le processus décisionnel est respecté.
- Rend compte au Conseil d'Administration de l'application de la stratégie.
- S'assure de l'identification, et de l'évaluation des risques opérationnels et stratégiques et définit le plan de maîtrise des risques associés.
- Assure l'animation de l'ORSA.
- Assume la responsabilité de l'organisation administrative des services y compris le recrutement et le management des personnels sur lesquels il a toute autorité.
- Suit l'évolution des activités, met en place des contrôles, procède à des analyses et effectue si nécessaire les corrections utiles dans le cadre de ses prérogatives.
- Rassemble les informations nécessaires à la préparation des dossiers de travail et des budgets qui sont soumis au Conseil d'Administration.

4.1.5. Les commissions de travail

Différentes commissions et comités de travail sont constitués au sein du Conseil d'Administration afin de préparer les dossiers proposés en réunion plénière. Ils sont présidés par un membre du bureau.

Commission	Responsable	Composition
Stratégie	Président	12 administrateurs
Finances	Trésorier Général	11 administrateurs
Prestations, Action Sociale et Prévention	Vice-Présidente	11 administrateurs
Communication	Trésorier Général	7 administrateurs
Informatique, internet et réseau	Président	5 administrateurs
Immobilier	Présidente déléguée Bourgogne-Franche-Comté	7 administrateurs
Statuts	Secrétaire Général	7 administrateurs
Relations extérieures	Président délégué Centre-Val de Loire	7 administrateurs

Comité	Responsable	Composition
Placements	Président	2 administrateurs
Fonds d'Accompagnement Solidaire	Vice-Présidente	6 administrateurs

Les groupes de travail se réunissent autant que de besoin selon l'actualité à l'initiative de son Président qui fixe l'ordre du jour et le lieu de la réunion. Il rend compte des travaux auprès du Conseil d'Administration.

Chaque Président s'engage à rendre compte de l'activité de la commission ou du comité qu'il préside au moins deux fois par an devant le Conseil d'Administration.

4.1.6. Fonctions clés

Conformément à la réglementation Solvabilité II, la mutuelle a nommé les quatre responsables de fonctions clés sur les domaines suivants :

Fonction clé	Date de nomination	Qualité
Gestion des risques	3/12/2015	Collaborateur opérationnel
Actuariat	3/12/2015	Collaborateur opérationnel
Audit interne	3/12/2015	Administrateur Présidente du Comité d'Audit
Vérification de la Conformité	3/12/2015	Collaborateur opérationnel

Afin d'associer le plus grand nombre d'élus aux responsabilités attachées à l'exercice du mandat d'administrateur, il a été constitué 4 groupes de travail rassemblant plusieurs administrateurs en fonction de leurs compétences et expériences dans les domaines attachés aux fonctions clés.

Une commission de fonctions clés regroupant ces 4 groupes se réunit en plénière autant que de besoin.

Les principales missions et responsabilités des fonctions clés sont décrites dans la suite du présent rapport.

Conformément au principe de proportionnalité, les fonctions clés actuariat et gestion du risque sont confiées à un même collaborateur ayant une expérience de plus de 10 ans en gestion de complémentaire santé. La fonction clé Audit Interne est confiée à la Présidente du Comité d'Audit qui dispose d'une expérience avérée et d'une compétence lui permettant d'exercer sa mission. La fonction clé Vérification de la Conformité est exercée par un collaborateur opérationnel titulaire d'un master Comptabilité, Contrôle, Audit présent à la mutuelle depuis 6 ans.

4.1.7. Pratique et politique de rémunération

Les personnels de la mutuelle sont rattachés à la convention collective de la Mutualité. Le Dirigeant Opérationnel dispose de toutes les prérogatives prévues à l'annexe 3 de la convention collective. À ce titre, il est chargé de la gestion des ressources humaines. Il propose chaque année au Président du Conseil d'Administration, un tableau d'avancement des personnels, avec au besoin la validation du Trésorier Général si les montants à engager le nécessitent. L'évolution annuelle des salaires est définie par l'ANEM (Association Nationale des Employeurs Mutualistes). Aucune rémunération ne comporte une part variable.

Au titre des avantages sociaux, les personnels bénéficient d'un chèque-déjeuner financé à 60 % par l'employeur, d'une couverture complémentaire santé familiale, d'un rattachement à un comité d'œuvres sociales. Les engagements se rapportant aux indemnités de fin de carrière dues aux personnels au moment du départ à la retraite sont couverts par un contrat d'assurance.

Les administrateurs ne sont pas indemnisés. Seuls leurs frais de déplacement sont remboursés par la mutuelle sur présentation de justificatifs.

4.1.8. Adéquation du système de gouvernance

Le système de gouvernance est revu annuellement par le Conseil d'Administration notamment au travers de la validation des politiques écrites.

4.2. Exigences de compétence et d'honorabilité

Conformément à l'article 42 de la directive, transposées à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité et développées aux articles 258 et 273 des actes délégués, les administrateurs, les dirigeants et responsables des fonctions clés sont soumis à une exigence double de compétence et d'honorabilité.

4.2.1. Politique de compétence et d'honorabilité

De nombreux administrateurs font valoir l'exercice de leur mandat depuis des décennies, d'où une capacité avérée de gestionnaires responsables. Des séminaires et des formations sont régulièrement organisés afin de conforter la compétence des élus.

Chaque administrateur est tenu de produire divers éléments concernant les diplômes, les validations d'acquis professionnels, leurs implications militantes dans les secteurs relevant de l'Économie Sociale et Solidaire.

4.2.2. Exigences d'honorabilité et processus d'appréciation

Les administrateurs présentent un extrait B3 de casier judiciaire et une copie d'une pièce d'identité. Les dirigeants effectifs et les responsables de fonctions clés ont l'obligation d'y ajouter une déclaration sur l'honneur, certifiant de pas avoir fait l'objet de condamnations visées aux I et II de l'article L.114-21 du Code de la Mutualité.

Ces exigences d'honorabilité sont renouvelées tous les deux ans à la suite du renouvellement du Conseil d'Administration ou de la cooptation d'un nouvel administrateur ou lors d'une nouvelle désignation des

dirigeants effectifs ou à l'occasion d'un changement d'attribution des fonctions clés. La prochaine déclaration devrait être faite après le renouvellement partiel du Conseil d'Administration de juin 2019.

4.2.3. Exigences de compétence et processus d'appréciation

La compétence des administrateurs, des fonctions clés et des dirigeants effectifs se fonde sur leurs connaissances, leurs qualifications professionnelles et leur expérience pertinente dans le domaine de l'assurance.

La compétence est notamment appréciée sur la connaissance des thèmes suivants :

- Connaissance des principaux produits distribués et des risques auxquels ils exposent la mutuelle,
- Marché de l'assurance et marchés financiers,
- Stratégie d'entreprise et modèle économique de la mutuelle,
- Système de gouvernance de la mutuelle,
- Analyse financière,
- Tarification et provisionnement.

Administrateurs

Les compétences des administrateurs se fondent sur :

- Un *curriculum vitae* à jour, précisant leur parcours professionnel et l'exercice de responsabilités militantes ou électives
- Les formations pouvant être suivies, individuellement ou collectivement, au cours du mandat,
- La synthèse des compétences collectives du Conseil d'Administration.

Lors du renouvellement du Conseil d'Administration, les administrateurs évaluent et apprécient la gouvernance collégiale de l'entité pour laquelle ils sont responsables.

Ainsi, afin d'assurer la compétence des administrateurs, la mutuelle a mis en place un dispositif de formation avec :

- Un plan de formation, individuel ou collectif, proposé à l'issue de l'évaluation collective pour l'ensemble des élus,
- Un plan de formation individuel obligatoirement proposé lors du premier mandat d'un administrateur.

L'administrateur nouvellement élu doit suivre un cursus de formation réparti sur plusieurs jours portant sur les responsabilités, les missions, les obligations relevant de l'assurance, les dispositions réglementaires attachées à Solvabilité II.

Au titre de l'exercice 2018, une formation sur le thème « La Santé numérique » a été suivie par plusieurs administrateurs.

Délégués

Les délégués à l'Assemblée Générale de Mutame & Plus ont été élus pour la première fois au cours du premier semestre 2018.

En septembre 2018, ils ont été conviés à participer aux réunions annuelles décentralisées en région réunissant les correspondants locaux. Leur participation a permis de les tenir informés de l'activité de la mutuelle et de son organisation administrative.

Dirigeants effectifs et Responsables de fonction clés

Une évaluation de la compétence est réalisée lors du processus de recrutement et annuellement lors de l'entretien annuel d'évaluation. La mutuelle évalue la compétence individuelle selon la nature du poste, la formation, les connaissances, les qualifications et l'expérience de la personne concernée.

Les compétences des dirigeants effectifs sont attestées par :

- Un *curriculum vitae* à jour,
- Une copie des diplômes,
- Une prise de références,
- Les justificatifs des formations spécialisées suivies et le cas échéant les certifications pour le poste.

Parallèlement à ces éléments, les dirigeants effectifs et les responsables de fonctions clés suivent des formations leur permettant d'assurer un maintien de leurs compétences.

Au titre de l'exercice 2018, le responsable de la fonction clé « vérification de la conformité » a entamé un processus de formation qualifiante de 7 modules sur 10 jours. Un mémoire a été rendu en début d'année 2019 et il sera présenté oralement à un jury avant la fin du premier semestre.

4.3. Système de gestion des risques et de la Solvabilité

4.3.1. Organisation du système de gestion des risques

En application de l'article 44 de la directive et de l'article 259 des actes délégués, la mutuelle est tenue de mettre en place un système de gestion ayant pour vocation d'identifier et mesurer les risques auxquels elle est exposée dans le cadre de ses activités.

À cet effet, la mutuelle a mis en place un dispositif de gestion des risques dont l'organisation est définie dans la politique de gestion des risques. Celle-ci a été validée le 01/03/2016 par le Conseil d'Administration. Ce dispositif est pleinement intégré à l'organisation et au processus décisionnel. Pour cela, il repose sur :

- Un cadre de risques revu annuellement dans le cadre de la politique de gestion des risques déterminant le seuil de tolérance aux risques de la mutuelle définie par le Conseil d'Administration en lien avec la stratégie (croissance du portefeuille, niveau des frais global, ratio SCR/MCR cible, etc.)
- Des politiques des gestions des risques et des orientations (placement, souscription, actuarielles) fixé par le Conseil d'Administration,
- Un processus de reporting et de suivi régulier des indicateurs et limites remontant mensuellement au Dirigeant Opérationnel et trimestriellement au Comité d'Audit et au Conseil d'Administration.

Cette organisation du système de gestion des risques est complétée par une démarche consistant à déterminer le profil de risque des placements de fonds.

Aussi, conformément à la réglementation, la mutuelle adopte une stratégie prudente comprenant tout de même une phase dynamique avec la souscription de produits dont les émetteurs présentent une indéniable qualité au regard des notations faites par les agences spécialisées.

La mutuelle définit une politique de diversification des placements de fonds en veillant au principe de prudence.

4.3.2. Évaluation interne des risques et de la Solvabilité

Le dispositif d'évaluation interne des risques et de la Solvabilité est intégré au fonctionnement de la mutuelle. Il est adapté autant que de besoin selon les événements touchant à la stratégie générale de la mutuelle. Le dispositif d'évaluation interne des risques et de la Solvabilité implique la contribution de différents acteurs dont notamment :

Le Conseil d'Administration

- Définit le profil et l'appétence au risque de la mutuelle et la cible stratégique,
- Approuve annuellement les politiques écrites concernant la gestion des risques,
- Contrôle l'adéquation de la gestion des risques telle que définie dans l'ORSA.

La Direction

- Assiste les instances dans la définition de la stratégie de gestion des risques,
- Rend compte très régulièrement aux instances de l'application de la stratégie,
- Assure l'animation de l'ORSA.

Les responsables de fonction clés

- S'assurent du respect de la stratégie et des seuils définis par les administrateurs sur les domaines qui leur sont propres.

Les opérationnels

- Assurent la déclinaison opérationnelle de la stratégie.

De manière générale, la démarche ORSA, comme présenté dans le plan du rapport ORSA de la mutuelle, se fonde sur les étapes suivantes :

- Une identification préalable du besoin global de Solvabilité ;
- Un respect permanent des exigences réglementaires en projetant l'activité de la mutuelle dans des conditions normales et dans des conditions adverses ;
- Une étude de la déviation du profil de risque de la mutuelle par rapport à la formule standard proposée par la législation.

Dans le cadre de cet exercice, la mutuelle analyse, évalue et s'assure de la couverture de l'ensemble des risques auxquels elle est soumise et détermine ses besoins de Solvabilité. Les administrateurs effectuent notamment les tâches suivantes :

- Définition de la stratégie et la politique des risques (appétence et seuils de tolérance) ;
- Contrôle de l'adéquation des dispositifs de gestion des risques et le respect du niveau général des risques définis dans le cadre de l'ORSA.
- Approbation des résultats et du rapport ORSA des données 2017 par le Conseil d'Administration du 11/12/2018.

Dans le cadre de l'évaluation de son besoin global de Solvabilité, la mutuelle a considéré que la formule standard modélisait de manière adéquate son risque et a considéré que les risques non couverts par la formule standard ne généraient pas d'exigences complémentaires.

Un rapport complet intermédiaire faisant état d'une situation au 30 juin de l'exercice est remis au Conseil d'Administration en début d'été après avoir été présenté au Comité d'Audit. La Commission Prestations, Action Sociale et Prévention propose dès le début du mois de septembre, l'évolution des garanties pour l'exercice suivant.

Une étude réalisée par les opérationnels est validée par le Dirigeant Opérationnel portant sur la situation prévisionnelle de fin d'exercice. Elle est remise à la Commission Finances qui se réunit mi-septembre pour étudier le budget prévisionnel et proposer la tarification pour l'exercice suivant.

Le Conseil d'Administration décide, dès la fin du mois de septembre de l'année N, l'actualisation des règlements mutualistes comportant le détail des prestations et des cotisations pour l'année N+1.

4.3.3. Rôle spécifique de la fonction gestion des risques

Dans le cadre du système de gestion des risques, le responsable de la Fonction Gestion des Risques assume les prérogatives spécifiques suivantes :

- Assistance à la mise en œuvre du système de gestion des risques,
- Suivi du système de gestion des risques et du profil de risque de la mutuelle,
- Déclaration des expositions aux risques et assistance sur son domaine au Conseil d'Administration,
- Coordination opérationnelle du processus ORSA.

La fonction de Gestion des Risques est placée sous l'autorité du Dirigeant Opérationnel. Une information régulière est présentée au Conseil d'Administration. La commission Fonction Clé Gestion des Risques s'est réunie le 6 décembre 2018.

La fonction de Gestion des Risques a accès aux documents, données, locaux et personnes nécessaires à sa mission. Les activités ou services délégués à des opérateurs ou prestataires externes sont inclus dans le périmètre de contrôle de la fonction de gestion des risques. Si l'accès aux informations nécessaires était refusé au responsable de la fonction de gestion des risques, il devrait en informer la Direction et, en dernier recours, le Conseil d'Administration.

Le responsable de la fonction de Gestion des Risques doit, sans délai et par tout moyen, porter à la connaissance du Dirigeant Opérationnel et du Conseil d'Administration tout risque significatif imminent.

Le responsable de la fonction de Gestion des Risques peut s'entretenir librement avec le Dirigeant Opérationnel, les membres du Conseil d'Administration, du Comité d'Audit et de la Commission des Fonctions Clés.

4.4. Système de contrôle interne

4.4.1. Description du système

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

Dans ce contexte, la mutuelle dispose d'un dispositif de contrôle interne efficace depuis de nombreuses années. En vue de se conformer également à l'article 41-3 de la directive et de l'article 258-2 des actes délégués, la mutuelle a défini une politique de contrôle interne validée par le Conseil d'Administration le 01/03/2016 décrivant les objectifs, responsabilités, processus et procédures de contrôle interne.

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

- La conformité aux lois et règlements,
- L'application des instructions et des orientations fixées par le Conseil d'Administration,
- Le bon fonctionnement des processus internes de la société, la détection des éventuels dysfonctionnements et la mise en œuvre des actions correctives ou préventives adaptées,
- Le recensement et le suivi des incidents (incidents informatiques, de gestion, réclamations adhérent, tiers...),
- La fiabilité de l'information comptable et financière,

D'une façon générale, le dispositif de contrôle interne contribue à la maîtrise de ses activités, à l'efficacité de ses opérations et à l'utilisation efficiente de ses ressources. La cartographie des risques est régulièrement mise à jour, en collaboration avec les membres du Comité d'Audit qui au demeurant donnent leur avis sur la rédaction et l'intérêt des procédures.

L'activité relative au dispositif de contrôle interne est confiée en partie au Contrôleur de Gestion placée sous la responsabilité du Dirigeant Opérationnel. Les administrateurs membres du Comité d'Audit et de la Commission des Fonctions Clés sont informés et consultés pour l'identification et la conception des contrôles. Ces derniers rendent compte de l'efficacité du système de contrôle de gestion interne auprès du Conseil d'Administration.

Les contrôles et sondages auxquels s'adonne le contrôleur de gestion s'effectuent à rythme régulier. Ils permettent de vérifier les processus de gestion et d'améliorer en permanence leur efficacité.

Toutes les tâches confiées aux collaborateurs en charge de la gestion courante de la mutuelle sont répertoriées dans un cahier dématérialisé comportant l'ensemble des procédures se rapportant à l'activité de la mutuelle. Celui-ci est mis à jour régulièrement. Tous les personnels s'y rapportent. Les procédures servent également de référence pour la supervision annuelle faite par le commissaire aux comptes.

Tous les contrôles périodiques s'organisent par rapprochement de statistiques, le lancement de routines régulières et révisées couramment. Des contrôles aléatoires sont réalisés. De nombreux contrôles sur pièces justificatives sont effectués a posteriori.

Le compte-rendu de ces contrôles est remis à la fin du mois au Dirigeant Opérationnel. Des observations sont faites à l'ensemble des personnels pour les mettre en éveil par rapport aux incidents relevés et pour les responsabiliser dans l'exécution de leurs tâches quotidiennes. Des réunions régulières rassemblent l'ensemble du personnel autour de l'attaché chargé de l'Administration Générale pour partager les observations et prendre en compte les remarques résultant de l'exploitation quotidienne. Des conférences téléphoniques sont organisées avec les personnels des agences régionales. Les Directeurs délégués sont en relation régulière avec le Directeur Général de la mutuelle. Ils assistent au Conseil d'administration.

Tous les incidents sont recensés dans un registre tenu sous Excel afin de garantir la traçabilité de l'information et d'identifier la résolution des difficultés rencontrées. Tous les problèmes d'ordre technique évoqués avec le prestataire de service informatique sont conservés dans des dossiers d'échanges de mails afin de garantir la traçabilité des incidents de son origine à la résolution finale.

Les contrôles liés aux risques opérationnels ayant trait à la liquidation des prestations via les échanges de données informatisées avec la caisse d'Assurance Maladie et les professionnels de santé se font au quotidien. Lors de la saisie manuelle, le système informatique contrôle automatiquement différents paramètres : droits de l'adhérent à la date des soins, garantie souscrite, acquittement des cotisations, « dédoublement » des prestations, encours des forfaits annuels. Des vérifications mensuelles sont systématiquement ordonnancées sur les remboursements d'un montant supérieur à 500 €. Tous les mois, une extraction informatique est faite pour vérifier le double paiement de prestations pour une même personne, un code risque identique, une même date de soins. Les éventuels remboursements effectués à tort sont récupérés auprès des assurés ou des professionnels de santé selon une procédure préétablie et connue de tous les personnels. L'aide comptable se charge du suivi régulier des créances.

Les contrôles afférents à la gestion des contrats sont confortés dans des tableaux de bord mensuels.

Les contrôles se rapportant à l'encaissement des cotisations s'effectuent au quotidien. Toutes les sommes encaissées sur les comptes bancaires font l'objet d'une certification avant leur basculement dans l'outil de gestion. Le rapprochement entre les appels de cotisations et les données comptables est fait journalièrement pour les flux provenant des employeurs qui assument le précompte des retenues sur le bulletin de paie.

Le système d'information sous infogérance est confié au GIE FMP GESTION via une connexion permanente à un réseau virtuel privé (VPN) qui protège les parties prenantes contre les intrusions étrangères au système.

Le prestataire assume l'intégralité de l'administration du système y compris les sauvegardes. Ces dernières sont effectuées au quotidien pour des données par réplication avec rotation.

Le GIE s'organise pour assurer les conditions optimales de conservation des supports magnétiques. Pour prévenir les incidents majeurs pouvant survenir sur son site d'exploitation, le prestataire a pris toutes les dispositions nous garantissant la continuité de l'activité. La mutuelle dispose du rapport des tests effectués par le prestataire qui sont validés par des experts. Dans l'éventualité d'un incident majeur qui interviendrait au siège de la mutuelle, l'outil de gestion est installé sur un poste distant hors des locaux du siège à savoir dans les agences décentralisées de la mutuelle en région. Le logiciel est accessible via le web, et il est protégé par un accès sécurisé.

4.4.2. Rôle spécifique de la fonction Vérification de la Conformité

Le responsable de la Vérification de la Conformité mentionnée à l'article 270 du règlement délégué, est en charge de la veille réglementaire. Il analyse l'impact sur l'activité de la mutuelle. En cela, il s'assure tout particulièrement de la couverture des risques de non-conformité.

L'information est ensuite partagée tant au niveau opérationnel afin d'alimenter la mise à jour du dispositif de contrôle qu'au niveau du Dirigeant Opérationnel et du Conseil d'Administration afin d'alerter sur les risques susceptibles d'impacter les activités de la mutuelle.

Pour cela, la fonction de vérification de la conformité a un devoir d'information et intervient ponctuellement à l'initiative notamment du Dirigeant Opérationnel et du Conseil d'Administration, sur toute question réglementaire ou de conformité dont les aspects de fraude, lutte anti-blanchiment, lutte contre le terrorisme et la protection de la clientèle (pratique commerciale, réclamation). Le rapport sur le Contrôle Interne du dispositif de lutte contre le blanchiment des capitaux et de financement du terrorisme préparé par le responsable de la Fonction Clé Vérification de la Conformité, a été validé par le Conseil d'Administration le 25/05/2018.

En outre, la fonction conformité intervient avant que la mutuelle développe un nouveau produit ou qu'elle modifie profondément un produit existant, qu'elle noue une relation commerciale avec un nouveau client ou une nouvelle catégorie de contreparties, qu'elle décide d'externaliser une activité ou lance une campagne de

communication. Elle s'assure en particulier que cette opération ne la met pas en infraction à une loi ou à un règlement, ne l'expose pas à un risque de réputation, ne se traduit pas par un conflit d'intérêts.

Le responsable de la fonction conformité échange régulièrement avec le Dirigeant Opérationnel.

La fonction conformité a accès aux documents, données, locaux et personnes nécessaires à sa mission. Les activités ou services délégués à des opérateurs ou prestataires externes sont inclus dans le périmètre de contrôle de la fonction conformité. Si l'accès aux informations nécessaires était refusé au responsable de la fonction conformité, il devrait alors en informer le Dirigeant Opérationnel et en dernier recours, le Conseil d'Administration.

Le responsable de la fonction Vérification de la Conformité doit – sans délai et par tout moyen – porter à la connaissance du Dirigeant Opérationnel et du Conseil d'Administration tout risque significatif imminent.

Un plan de mise en conformité est en cours d'élaboration de manière à hiérarchiser les actions engagées en y associant les organes de direction et les opérationnels. Des procédures et programmes de contrôle vont être écrits pour renforcer le dispositif existant de maîtrise des risques. Un rapport annuel doit être remis au Conseil d'Administration.

4.5. Fonction d'Audit Interne

Conformément aux dispositions de l'article 47 de la directive, précisées à l'article 271 du règlement délégué, la mutuelle dispose d'une fonction d'Audit Interne. Cette disposition est en cohérence avec les exigences préalables de l'ordonnance n°2008-1278 du 8 décembre 2008.

Le Comité d'Audit est informé régulièrement des contrôles internes résultant de procédures préétablies. Ponctuellement, les membres de la commission spécialisée procèdent eux-mêmes à certaines vérifications en se rapprochant des opérationnels.

Le responsable de la fonction clé est directement rattaché au Dirigeant Opérationnel. Celui-ci dispose également d'un devoir d'alerte du Dirigeant Opérationnel en cas de détection d'un risque important dont la maîtrise n'est pas assurée par le système de gestion des risques et de contrôle interne. Toute détection ou événement majeur portant atteinte à la maîtrise des risques est susceptible de donner lieu à une mission d'audit non planifiée initialement. Le responsable de la fonction clé Audit Interne dispose d'un droit d'accès direct au Conseil d'Administration garantissant son indépendance.

Le Conseil d'Administration a validé le 1^{er} mars 2016 la politique écrite d'Audit Interne.

Le contenu du plan d'audit est fixé en lien avec le Comité d'Audit, le Dirigeant Opérationnel et le Président du Conseil d'Administration. Il comprend divers sujets à traiter qui s'inscrivent dans un programme triennal. Une lettre de mission, signée par le Dirigeant Opérationnel, est adressée aux personnels audités. Le prochain audit va porter sur le contrôle de la qualité et l'uniformisation du process comptable.

La commission Fonction Clé Audit Interne s'est réunie le 28 mars 2018.

4.6. Fonction Actuariat

Conformément aux dispositions de l'article 48 de la directive, précisées à l'article 272 du règlement délégué, la mutuelle dispose d'une fonction Actuariat.

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

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

La fonction Actuariat rend compte annuellement à la Direction et au Conseil d'Administration de la fiabilité et du caractère adéquat du calcul des provisions techniques et rédige pour cela un rapport actuariel. Celui-ci met en exergue les écarts constatés, les limites des méthodes et de la qualité des données et évalue le degré de certitude et de fiabilité des calculs. Le rapport vise aussi à présenter les défaillances et les recommandations associées à mettre en œuvre pour y remédier.

La fonction Actuariat contribue également au système de gestion des risques de la mutuelle. Elle élabore des modèles de risques techniques, qu'il s'agisse de ceux liés aux risques associés au développement de produits, de ceux liés au portefeuille de contrats bruts et nets de réassurance, de risque financier, de modèle de risque opérationnel. Elle alimente ainsi le calcul des exigences de fonds propres ainsi que les évaluations prospectives du rapport ORSA. Elle émet un avis sur la politique globale de souscription.

La commission Fonction Clé Actuariat s'est réunie le 6 avril et le 6 décembre 2018.

Le rapport actuariel a été présenté et validé par le Conseil d'Administration le 11 décembre 2018.

4.7. Sous-traitance

La politique du risque validée par le Conseil d'Administration du 1^{er} mars 2016 évoque au paragraphe n°11.4.6 « les Activités externalisées » en faisant référence notamment à l'assistance au domicile à la sortie d'hospitalisation confiée à Ressources Mutuelle Assistance dans le cadre d'un contrat collectif souscrit pour le compte des mutualistes.

La mutuelle fait appel ponctuellement à une société de routage pour l'envoi de masse. Le service est facturé à la prestation. Les courriers font l'objet d'un bon à tirer. Consécutivement au changement de logiciel de gestion effectif au 1^{er} janvier 2019, l'envoi de fin d'année des cartes expédiées à tous les mutualistes et des attestations de labellisation destinées aux seuls agents territoriaux en activité a été confié à un nouveau prestataire qui est un partenaire du nouvel éditeur.

La mutuelle a recours, si besoin, aux services de cabinets spécialisés pour traiter les aspects juridiques liés à son activité. Elle peut aussi faire appel à un actuaire extérieur en cas de nécessité. Elle n'a pas eu à le faire au cours de cette 2018.

La politique de sous-traitance est en cours de rédaction. Elle traitera du processus complet des délégations confiées à une entreprise tierce pour la réalisation d'une partie de son processus de production opérationnelle.

4.8. Autres informations

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

5. Profil de risque

De manière complémentaire à l'organisation décrite dans la gouvernance, la mutuelle procède à l'étude des risques avec méthodologie.

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

Étude 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. Les risques émergents et les risques stratégiques et de réputation sont également pris en compte.

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. Pour ce faire, la mutuelle utilise un outil mutualisé avec divers groupements mutualistes. La cartographie des risques est également observée, étant précisé qu'elle fait l'objet d'une actualisation annuelle, présentée au Comité d'Audit qui en fait état au Conseil d'Administration.

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 et de suivi, la mutuelle veille à l'observation continue des risques encourus en prenant les mesures qui lui semblent les plus adaptées.

Déclaration

La déclaration des risques est assurée de manière régulière par la fonction gestion des risques aux dirigeants effectifs et au Conseil d'Administration. Les risques captés par la formule standard sont les suivants :

- **Risque de souscription santé** : il constitue la seconde composante du SCR. Ce risque est intégralement pris en compte par la formule standard et plus précisément par le calcul du SCR de souscription. Il est évalué à partir de la formule standard couvre largement les besoins compte tenu de l'activité exercée. L'application de la formule renforce l'aspect prudentiel de l'évaluation du risque du SCR.
- **Risque de marché** : il constitue le principal risque. Il est intégralement pris en compte par la formule standard et plus précisément par le calcul du SCR de marché. L'utilisation de la formule standard calibrée par l'EIOPA et des informations financières officielles est en adéquation avec le profil de risque de la mutuelle.
- **Risque de défaut** : l'utilisation de la formule standard calibrée par l'EIOPA est en adéquation avec le profil de risque de la mutuelle.
- **Risque opérationnel** : ce risque est suivi via la formule standard mais également en s'appuyant sur la cartographie actualisée des risques.

5.1. Risque de souscription

Le SCR de souscription santé est évalué à 3 978 k€ selon le calcul de la formule standard.

	31/12/2018
Souscription santé non vie	3 937 433
Catastrophe	150 906
Diversification	- 110 495
Risque souscription santé	3 977 844 €

Le SCR de souscription est quasi identique à celui de l'année précédente en raison de la stabilité du chiffre d'affaires annuel. La mutuelle ne constate pas de SCR vie puisqu'elle garantit exclusivement des risques santé non vie. Pour la détermination du coût moyen par personne protégée, nous avons retenu les données fiables fournies par les études de la FNMF. Les présentes données intègrent l'ensemble de l'activité de la mutuelle, contrats individuels et contrats collectifs confondus.

5.1.1. 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 inadapté.

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

- Inadéquation des règles de souscription au regard de l'aggravation du risque dans le temps ;
- Souscription de mauvaise qualité quant aux risques souscrits malgré leur conformité aux règles, notamment dans le cadre d'un dépassement des engagements acceptables,
- Inadéquation de la politique de tarification au regard des règles de souscription définies pouvant engendrer une mauvaise implémentation des modèles ;
- Fréquence élevée de chute ou de réductions de contrats (arrêt du paiement des cotisations) ;
- Évolution défavorable de la charge de sinistres,
- Survenance plus fréquente qu'attendue, de sinistres de montant élevé ;
- Survenance d'un sinistre de crête catastrophique ;
- Montants de provisions de primes insuffisantes devant la charge des sinistres à venir ;
- Montants de provisions pour prestations insuffisantes devant la charge en sinistres survenue ;
- Dérive du ratio P/C ou diminution du chiffre d'affaires ;
- Risques liés aux modifications intempestives des contrats.

5.1.2. 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 au Dirigeant Opérationnel, au Comité d'Audit et au Conseil d'Administration. Les principaux indicateurs sont :

- L'évolution du portefeuille (nombre de prospects, d'adhérents et montant de cotisations),
- Le suivi de la sinistralité (rapport P/C = Prestations + Frais / Cotisations),
- L'évolution des frais de gestion,
- Les écarts entre les provisions estimées et les prestations constatées (boni/mali).

5.1.3. Maîtrise du risque de souscription

Afin de maîtriser les risques évoqués plus haut, la mutuelle a défini une politique de souscription et de provisionnement décrite dans la politique écrite de gestion des risques. Elle décrit :

- Le processus de tarification de nouveaux produits et de renouvellement tarifaire prévu annuellement sur la base du réalisé N-1, l'évaluation au 31/12/N et le budget N+1,
- Le processus de provisionnement qui prévoit notamment une revue par la fonction actuarielle,
- Une analyse annuelle de la structure des garanties et de leur sinistralité développée dans le rapport moral et le rapport de gestion,
- Un suivi régulier des risques techniques des portefeuilles,
- L'analyse mensuelle des mouvements d'effectifs et des prestations.

5.2. Risque de marché

Ci-dessous le détail des placements de la Mutuelle :

PLACEMENTS	Valeur nette	Valeur marché	% VM
Immeuble et immobilisations corporelles	180 545 €	895 468 €	2,45%
Placements	34 225 231 €	33 025 491 €	90,43%
Participations	1 140 €	1 140 €	0,00%
Parts sociales	105 347 €	105 347 €	0,29%
Actions non cotées	105 347 €	105 347 €	0,29%
Obligations	26 908 000 €	25 747 914 €	70,51%
Obligations d'entreprises	1 572 000 €	1 648 687 €	4,51%
Obligations subordonnées	3 636 000 €	3 695 067 €	10,12%
Obligations structurées	21 700 000 €	20 404 160 €	55,87%
OCPVM	850 000 €	810 345 €	2,22%
Dépôts autres que ceux assimilables à de la trésorerie	6 360 744 €	6 360 744 €	17,42%
Comptes à terme	0 €	0 €	0,00%
Livrets d'épargne	6 239 814 €	6 239 814 €	17,09%
Autres dépôts (fonds de garantie SFG et SSAM)	120 930 €	120 930 €	0,33%
Prêts aux particuliers	42 402 €	42 402 €	0,12%
Trésorerie et équivalent trésorerie	2 555 268 €	2 555 268 €	7,00%
TOTAL PLACEMENTS	37 003 446 €	36 518 629 €	100,00%

- L'estimation de la valeur des immeubles détenus en propriété par la mutuelle laisse présager une plus-value conséquente en cas de vente des biens. Les autres immobilisations corporelles représentant 22 468 € sont comptabilisées pour leur valeur nette comptable.
- La mutuelle détient en participation la somme de 140 € soit 40 € pour l'UGM Services et 100 € pour le GIE FMP Gestion. Elle détient 1 000 € dans le capital de la SCI Mutualité Territoire de Belfort.
- La mutuelle comptabilise 105 k€ de parts sociales au Crédit Coopératif.
- Les obligations d'entreprise sont des obligations seniors. Les obligations subordonnées sont principalement des TSR bancaires. Elles comprennent pour 500 k€ des titres subordonnés à durée indéterminée. L'appréciation du besoin du SCR pour chacune des obligations structurées, détenues par la mutuelle, est confiée à une société spécialisée dans l'évaluation du risque financier. Au besoin, certaines lignes de placements obligataires ont fait l'objet d'une transposition.
- Les OPCVM obligataires pour une valeur d'achat de 850 k€ n'ont pas été transposés en raison de leur faible poids dans le portefeuille détenu par la mutuelle.
- Les montants détenus en Livrets d'épargne disponibles à la quinzaine représentent 17% des sommes placées.
- Les sommes déposées au Système Fédéral de Garanties s'élèvent à 84 825 € provision pour dépréciation déduite. La mutuelle détient au titre du fonds National de Solidarité pour le développement des Services de Soins et d'Accompagnement Mutualiste (SSAM) la somme de 36 105 €.
- Les prêts aux particuliers correspondent aux avances faites aux adhérents dans le cadre de « prêts santé » sans intérêt pour les aider à financer une dépense importante de soins. Le montant comptabilisé en placement correspond à 76 avances en cours de remboursement. Par mesure de prudence nous avons enregistré une provision pour non recouvrement représentant 8% des montants restant dus alors que les incidents de paiement sont quasiment inexistantes.
- La trésorerie représente 7% des actifs de la mutuelle.

Le SCR de marché évalué à 4 793 k€ par la formule standard constitue le risque le plus important pour la mutuelle.

	31/12/2018
Risque action	2 330 428
Risque immobilier	223 867
Risque de taux	-
Risque de concentration	1 607 339
Risque de change	-
Risque de spread	2 333 258
Diversification	- 1 702 213
Risque de marché	4 792 679 €

5.2.1. 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 :

- Du manque de diversification dans le placement des actifs qui conduit à une exposition trop forte sur un risque particulier ;
- De l'évolution des marchés ayant un impact sur la valeur des actifs (taux, actions, change, immobilier) ;
- Du défaut de l'émetteur préalable à la réalisation de ses obligations ;
- De la variation de la qualité de crédit d'un émetteur conduisant à l'augmentation de la prime de risque attendue par ses créanciers ;
- De la surestimation d'un élément d'actif, pouvant entraîner notamment une constatation de moins-value en cas de cession ou d'ouverture du capital, ou un provisionnement suite à révision ;
- De la rentabilité des placements financiers insuffisante.

5.2.2. Mesure du risque de marché et risques majeurs

La mutuelle pilote son risque de marché au travers de plusieurs indicateurs suivis régulièrement par le Dirigeant Opérationnel. Ils sont présentés régulièrement au Conseil d'Administration. Les principaux indicateurs sont fournis dans un tableau récapitulatif adressé de manière hebdomadaire au Comité de Placements comprenant le Président et le Trésorier Général. Un registre permet de répertorier l'ensemble des opérations réalisées au cours de l'année. Il est remis annuellement au Commissaire Aux Comptes. Les membres du Comité d'Audit sont destinataires d'un tableau trimestriel permettant de disposer de la composition du portefeuille et de son évolution au regard des valeurs actuarielles. Une fois par an, la commission spécialisée assiste à une réunion d'informations organisée par un partenaire financier pour faire un point sur le marché.

5.2.3. Maîtrise du risque de marché

Afin de maîtriser les risques évoqués plus haut, la mutuelle a défini une politique de placements qui contribue au système de gestion des risques.

La gestion des fonds détenus repose en grande partie sur le principe de prudence. Les liquidités sont immédiatement disponibles sur des comptes courants ou livrets. La majeure partie du portefeuille est investie sur des obligations dont les signatures et les notations sont jugées de qualité au regard des émetteurs selon l'appréciation des agences spécialisées. Les investissements sur les titres structurés sont assortis de protection partielle ou totale du capital.

Par ailleurs, la Mutuelle s'attache, à chaque souscription d'un produit, à vérifier :

- Le risque de concentration de l'émetteur.
- La notation de l'émetteur.
- Le risque de perte de capital.
- L'échéance du produit, afin de lisser au mieux les remboursements sur les 12 années à venir.
- L'impact sur le SCR.
- Des limites de concentration maximales et des plafonds par ligne de placement.
- Des notations minimales pour les actifs.

La mutuelle s'appuie autant que de besoin sur l'expertise d'un cabinet spécialisé dans la gestion d'actif.

5.2.4. Risque action

Les SCR action est estimé à 2,3 M€ au motif d'une exposition dans les titres structurés. La Mutuelle ne détient pas d'actions en direct, ni de parts d'OPVCM orientés actions.

5.2.5. Risque immobilier

Selon les critères de la formule standard, les immeubles en propriété estimés à 895 k€ et les immobilisations corporelles de 22 k€ nécessitent un SCR de 223 k€ compte tenu d'un choc de 25 %.

5.2.6. Risque de taux

Le risque de taux est annihilé parce que les chocs opérés sur les valeurs concernées présentent un résultat négatif contrairement à l'année précédente où nous présentions un risque de taux de 680 k€.

5.2.7. Risque de concentration

Le risque de concentration est estimé à 1 607 k€. Nous veillons à diversifier nos investissements en évitant toute redondance sur le choix des émetteurs.

5.2.8. Risque de change

Il est inexistant car l'ensemble des fonds détenus par la mutuelle sont en monnaie euro.

5.2.9. Risque de spread

Le risque de spread est estimé à 2 333 k€.

5.2.10. Diversification

Elle consiste à atténuer les effets des SCR précédents car il est peu probable que les risques encourus se produisent tous en même temps.

5.3. Risque de défaut

Le risque de défaut des contreparties évalué par la formule standard s'élève à 497 k€.

	31/12/2018
Type 1 (trésorerie et dépôts)	484 404
Type 2 (créances)	16 985
Diversification	- 4 119
Risque de défaut	497 269 €

5.3.1. Appréhension du risque de défaut au sein de la mutuelle

Le risque de défaut 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 des banques au regard des liquidités détenues.

5.3.2. 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 concentration du portefeuille en termes de banques.
- Le suivi du paiement des créances des adhérents et des tiers.

5.3.3. Maîtrise du risque de crédit et risques majeurs

La mutuelle fait son choix de ses partenaires bancaires en fonction de leur fiabilité et de leur solidité financière. Les fonds sont déposés auprès de 4 établissements bancaires.

Les créances de Type 2 s'élèvent à 114 k€ selon la répartition ci-dessous :

- Cotisations à recevoir : 43 k€
- Produits à recevoir : 25 k€
- Prêts santé : 46 k€

Le risque de non recouvrement de créances évalué à 15 % induit un SCR de 17 k€.

5.4. Risque de liquidité

Le risque de liquidité ne fait pas l'objet d'une évaluation quantitative dans la formule standard de calcul du SCR et le risque n'est pas ou peu mesurable.

5.4.1. 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 notre cas, il s'agit essentiellement de la capacité à régler les prestations aux bénéficiaires.

5.4.2. Mesure du risque de liquidité et risques majeurs

Pour ses engagements à court terme relatifs aux activités de santé, la mutuelle suit tout particulièrement :

- L'évolution du montant des prestations réglées et provisionnées.
- Les délais de règlement.
- Le niveau de trésorerie.
- L'excédent de trésorerie résultant d'encaissements supérieurs aux décaissements.

5.4.3. Maîtrise 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 trésorerie courante représentative des engagements immédiats. La mutuelle détient au 31/12/2018 près de 8,8 M€ de trésorerie disponible sur des comptes courants et en livrets. Nous pouvons ainsi faire face au paiement de l'équivalent de quatre mois de prestations.

5.5. Risque opérationnel

Dans le cadre de l'évaluation du SCR, ce risque est appréhendé de manière forfaitaire comme un pourcentage des cotisations et provisions techniques. Ainsi, le risque opérationnel évalué par la formule standard s'élève à 755 k€ au titre de l'exercice 2018.

5.5.1. 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.) liés à l'activité de la mutuelle (encaissement des cotisations, liquidation des prestations, gestion des contrats, etc.) ;
- Risque de défaillance des systèmes d'information (indisponibilité ou latence des outils affectant la capacité de travail, 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).

5.5.2. 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.

5.5.3. Maîtrise du risque opérationnel

Afin de maîtriser les risques opérationnels, la mutuelle s'appuie sur son dispositif de contrôle interne et les contrôles associés réalisés par les opérationnels, le contrôleur interne et le responsable de la Fonction Clé Audit Interne. Le Plan de Continuité d'Activité est validé annuellement par le Conseil d'Administration.

5.6. Autres risques importants

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

5.7. Autres informations

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

6. Valorisation à des fins de Solvabilité

6.1. Actifs

6.1.1. Présentation du bilan

Le Bilan Actif de la mutuelle au 31/12/2018 en norme prudentielle, conformément aux états financiers Solvabilité II, se présente de la manière suivante :

ACTIF	Comptable	Solvabilité II
Actifs incorporels	61 167 €	0 €
Impôts différés actifs		177 026 €
Immobilisations corporelles pour usage propre	180 545 €	895 468 €
Placements	34 225 231 €	33 393 846 €
Participations	140 €	140 €
Actions	106 347 €	106 347 €
<i>Actions non cotées</i>	106 347 €	106 347 €
Obligations	26 908 000 €	26 116 269 €
<i>Obligation d'entreprises</i>	1 572 000 €	1 666 982 €
<i>Obligation subordonnées</i>	3 636 000 €	3 748 111 €
<i>Obligations structurées</i>	21 700 000 €	20 701 175 €
Fonds d'investissement	850 000 €	810 345 €
Dépôts autres que ceux assimilables à de la trésorerie	6 360 744 €	6 360 744 €
Prêts et prêts hypothécaires	42 402 €	42 402 €
Prêts et prêts hypothécaires aux particuliers	42 402 €	42 402 €
Créances nées d'opérations d'assurance	46 080 €	46 080 €
Autres créances (hors assurance)	167 839 €	167 839 €
Trésorerie et équivalent trésorerie	2 555 268 €	2 555 268 €
Autres actifs non mentionnés dans les postes ci-dessus	435 689 €	18 812 €
TOTAL ACTIF	37 714 221 €	37 296 739 €

Les actifs détenus par Mutame & Plus en valorisation Solvabilité II pour un montant de 37 296 k€ sont pour 90 % composés de placements. Les fonds disponibles en banques et en caisses représentent près de 7 % des actifs.

6.1.2. Base générale de comptabilisation des actifs

La base générale de comptabilisation de l'actif, est conforme à la réglementation Solvabilité II. Elle est fondée sur l'approche suivante :

- Valeur d'échange quand le titre est disponible sur un marché actif réglementé (OPCVM obligations...)
- Si celle-ci n'est pas disponible : valeur d'expert pour l'immobilier
- Valeur nette comptable pour les livrets d'épargne, la trésorerie et les autres actifs

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

6.1.3. Immobilisations incorporelles significatives

La mutuelle détient dans ses immobilisations incorporelles un droit au bail de 61 k€ pour l'agence commerciale située à Caen.

6.1.4. Baux financiers et baux d'exploitation

La mutuelle ne détient pas de baux financiers ou d'exploitation.

6.1.5. Impôts différés actifs

La mutuelle comptabilise un impôt différé actif de 177 k€. Les immobilisations incorporelles sont valorisées à zéro sous Solvabilité II. Si les pertes les valeurs sur les placements avaient été concrétisées, elles auraient impacté le résultat net de l'exercice d'où par voie de conséquence un impact sur l'IS.

Compte-tenu que les impôts différés du passif sont supérieurs aux impôts différés de l'actif, ces derniers sont considérés comme recouvrables donc constatés en totalité dans l'Actif Solvabilité II.

DETAIL IMPÔTS DIFFERES		Valorisation Solvabilité II	Valorisation Fiscale	Impôts différés actif
ACTIF	Actifs incorporels	0 €	61 167 €	61 167 €
	Placements, immobilier et immo corporelles	34 289 314 €	34 759 277 €	469 963 €
Ecart de valorisation				531 130 €
IMPÔT DIFFERE				177 026 €

6.1.6. Entreprises liées

La mutuelle détient en parts sociales 140 € dont pour le GIE FMP Gestion et 40 € pour l'UGM Services. Elle détient 1 000 € dans le capital d'une SCI Immobilière.

6.2. Provisions techniques

6.2.1. Montant des provisions techniques et méthodologie

Dans le cadre de son activité, la mutuelle Mutame & Plus constitue une provision pour sinistres à payer en normes comptables, évaluée à 1 739 k€ selon la méthode de Chain Ladder, avant déduction des recours à encaisser (17 k€).

Dans le cadre de Solvabilité II, les évaluations de provisions ont été revues de la manière suivante :

Le Best Estimate en santé est composé de deux éléments :

- **Best Estimate de sinistres** : Il se rapporte à des sinistres qui se sont déjà produits (indépendamment de la question de savoir s'ils ont été déclarés ou non).

La méthode de calcul retenue se base sur la méthode de Chain Ladder. Ces projections sont ensuite actualisées à l'aide des taux publiés par l'EIOPA pour le 31/12/2018. La provision de gestion prend en compte la quote-part des frais de fonctionnement attachée à la liquidation des prestations.

Le Best Estimate de sinistres est évalué à 1 743 k€, montant quasi-identique à la provision comptable. La différence de 4 k€ résulte de l'effet de l'actualisation des données en valeurs actuarielles.

- **Best Estimate de primes** : Il s'agit de la projection de l'exercice N+1 (cotisations, prestations et frais) pour les contrats dont l'engagement était connu à la date de clôture.

Compte tenu de l'évolution prévisionnelle des recettes en provenance des cotisations pour l'année 2018 et de la prise en compte du triangle de règlement et de l'actualisation des flux, le Best Estimate de primes est évalué à 1 085 k€. Aucune autre provision technique n'est évaluée par la mutuelle dans le cadre de son activité.

Finalement, le Best Estimate final atteint 659 k€ au 31/12/2018.

Afin de calculer les provisions techniques en valeur de marché, il est nécessaire d'intégrer une marge pour risque (correspondant au coût d'immobilisation du SCR du portefeuille relatif à l'activité technique). Elle est évaluée à 293 k€ pour l'année 2018.

6.2.2. Incertitude liée à la valeur des provisions techniques

Dans le cadre de l'évaluation précédente, les incertitudes liées au calcul des provisions techniques sont les suivantes :

- Sur l'évaluation des provisions de sinistre :
 - Incertitude liée à la cadence d'écoulement des sinistres
- Sur l'évaluation des provisions de prime :
 - Incertitude liée à la sinistralité future
 - Incertitude liée aux frais futurs

6.3. Autres Passifs

6.3.1. Montant des autres passifs et méthodologie

Les autres passifs de la mutuelle au 31/12/2018, se présentent de la manière suivante :

PASSIF	Comptable	Solvabilité II
Provisions techniques non-vie	1 722 292 €	952 807 €
Provisions techniques santé (similaire à la non-vie)	1 722 292 €	952 807 €
Provisions techniques calculées comme un tout	1 722 292 €	
Meilleure estimation		659 401 €
Marge de risque		293 405 €
Impôts différés passifs	0 €	256 469 €
Dettes nées d'opérations d'assurance	16 914 €	16 914 €
Autres dettes (non liées aux opérations d'assurance)	1 559 965 €	1 559 965 €
Autres dettes non mentionnées dans les postes ci-dessus	23 722 €	0 €
TOTAL PASSIF	3 322 893 €	2 786 155 €

Le passif en normes Solvabilité II atteint 2 786 k€ au 31/12/2018.

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

- Estimation à la valeur comptable considérée comme la meilleure approximation de la valeur de marché pour les dettes.
- Retraitements du bas de bilan liés à la valeur de marché à savoir les surcotes.

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

6.3.2. Accords de location

La mutuelle n'a aucun accord de location.

6.3.3. Impôts différés Passif

Dans la valorisation Solvabilité II, nous avons comptabilisé des impôts différés relatifs à tous les actifs et passifs afin d'intégrer les différences de valorisation entre les normes Solvabilité II et les normes fiscales.

Nous avons décomposé le bilan en autant de postes qu'il était nécessaire pour se rapprocher au plus près de la norme de l'IAS 12 du règlement CE n° 1126/2008. Nous avons évalué un impôt différé pour chaque poste.

Ci-dessous la décomposition de l'impôt différé passif :

DETAIL IMPÔTS DIFFERES		Valorisation Solvabilité II	Valorisation Fiscale	Impôts différés passif
PASSIF	Provisions techniques	952 807 €	1 722 292 €	769 485 €
Ecart de valorisation				769 485 €
IMPÔT DIFFERE				256 469 €

6.4. Méthodes de valorisation alternatives

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

6.5. Autres informations

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

7. Gestion du Capital

7.1. Fonds propres

7.1.1. Structure des fonds propres

La gestion des fonds propres de la mutuelle est revue chaque année par le Conseil d'Administration qui valide la couverture de marge de la mutuelle ainsi que les projections issues du processus ORSA utilisant un horizon de 5 ans. Étant donné la nature de l'organisme, la politique de gestion des fonds propres est simplifiée. La structure des fonds propres Solvabilité II se présente comme suit :

FONDS PROPRES		Solvabilité II
Fonds Propres de Base		34 510 584 €
Actions ordinaires (y compris actions propres détenues)		
Primes d'émission (pour les actions ordinaires)		
Fonds initial, droits d'adhésion ou éléments de fonds propres équivalents pour les organismes mutualistes		228 674 €
Comptes mutualistes subordonnés		
Fonds excédentaires (article 91 de la directive)		
Actions de préférence		
Primes d'émission relatives à des actions de préférence		
Réserve de réconciliation (solo)		34 281 910 €
Dettes subordonnées		
Montant égal à la position nette d'impôts différés actifs		
Autres fonds propres de base approuvés par le superviseur		
FONDS PROPRES DE BASE		34 510 584 €

L'ensemble des fonds propres de la mutuelle sont de niveau 1.

Les fonds propres Solvabilité II sont inférieurs de 119 k€ comparé aux fonds propres comptables.

Le récapitulatif des différences de valorisation est présenté ci-dessous :

FONDS PROPRES COMPTABLES		34 391 328 €
ACTIF	Actifs incorporels	-61 167 €
	Immobilier	714 923 €
	Placements (+intérêts courus/décotes)	-1 248 263 €
	Impôts différés actif	177 026 €
PASSIF	Provision technique	769 485 €
	Autres passifs (surcotes)	23 722 €
	Impôts différés passif	-256 469 €
FONDS PROPRES DE BASE		34 510 585 €

7.1.2. Fonds Propres éligibles et disponibles

Ci-dessous la décomposition des fonds propres éligibles :

FONDS PROPRES DE BASE		34 510 584 €
Fonds propres issus des états financiers qui ne devraient pas être inclus dans la rés. réc		0 €
Fonds propres issus des états financiers qui ne devraient pas être inclus dans la réserve de réc.		
Déductions non comprises dans la réserve de réconciliation		
Déductions pour particip. dans des institutions financières et des établissements de crédit (solo)		
FONDS PROPRES ELIGIBLES		34 510 584 €

Les fonds propres éligibles et disponibles pour la couverture du capital de Solvabilité requis et du minimum de capital requis s'établissent dont à 34 510 k€.

Ainsi les taux de couverture de la mutuelle au 31/12/2018 sont les suivants :

- Taux de couverture du SCR : 442,45 %
- Taux de couverture du MCR : 1 380,42%

Ces deux taux répondent largement aux règles prudentielles qui fixent aux organismes une couverture devant aller au-delà de 100 %.

7.2. Capital de Solvabilité requis et minimum de capital requis

7.2.1. Capital de Solvabilité requis

Le capital de Solvabilité requis (SCR) de la mutuelle est calculé selon la formule standard et aucune simplification ou paramètre propre à la mutuelle n'a été utilisé pour les besoins du calcul du SCR.

	31/12/2018	%
Risque action	2 330 428	
Risque immobilier	223 867	
Risque de taux	-	
Risque de concentration	1 607 339	
Risque de change	-	
Risque de spread	2 333 258	
Diversification	- 1 702 213	
Risque de marché	4 792 679	51,71%
Défaut type 1	484 404	
Défaut type 2	16 985	
Diversification	- 4 119	
Risque de défaut	497 269	5,37%
Souscription santé non vie	3 937 433	
Catastrophe	150 906	
Diversification	- 110 495	
Risque souscription santé	3 977 844	42,92%
BSCR pré-diversification	9 267 792	100,00%
Diversification	- 2 143 663	
BSCR	7 124 129	
Risque opérationnel	755 223	
Impôts différés	- 79 444	
SCR	7 799 908	

Le SCR global s'élève à 7 800 k€ en 2018 après prise en compte de la diversification et de l'ajustement des impôts différés contre 7 465 k€ en 2017.

7.2.2. Minimum de capital de requis

Le minimum de capital requis (MCR) de la mutuelle est calculé selon la formule standard et se décompose de la manière suivante :

	31/12/2018
MCR linéaire	1 214 175
MCR combiné	1 949 977
MCR minimum absolu	2 500 000
MCR retenu	2 500 000 €

Compte tenu de la taille de Mutame & Plus, le MCR est égal à au seuil minium réglementaire de 2,5 M€.

7.3. Utilisation du sous-module « risque sur actions »

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

7.4. Différence entre la formule standard et tout modèle interne utilisé

La mutuelle utilise uniquement la formule standard pour ses besoins de calcul du capital de Solvabilité requis (SCR). Aucun calcul du 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.

7.5. Non-respect du SCR et non-respect du MCR

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 ou n'est raisonnablement prévisible sur la période de projection et n'est à reporter dans le présent rapport.

7.6. Autres informations

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

8. Annexe : QRT demandés

En complément des éléments narratifs du SFCR décrits plus haut, le règlement d'exécution prévoit que les mutuelles publient en annexe du document divers QRT. À ce titre, Mutame & Plus publie en annexe ceux qui ont fait l'objet d'une déclaration auprès de l'Autorité de Contrôle Prudentielle et de Résolution.

Nom du QRT	Informations demandées
S.02.01.01	Bilan Prudentiel
S.05.01.01	Primes, sinistres et dépenses par ligne d'activité
S.17.01.01	Provisions techniques pour les garantie Non Vie ou Santé Non SLT
S.19.01.01	Triangles de développement pour l'assurance Non-Vie
S.22.01.01	Impact des mesures relatives aux garanties de long terme et des mesures transitoires
S.23.01.01	Fonds propres
S.25.01.01	SCR avec formule standard
S.28.01.01	MCR Activité Non Vie Seule

À Saint-Lô, le 09/04/2019

Le Conseil d'Administration représenté par son Président Daniel LEMENUEL

MUTAME & PLUS
Siège Social
CS 72208 - 4, rue Emile Enault
50008 SAINT-LÔ Cedex
Tél. 02 33 05 29 20

