



**RAPPORT SUR LA SOLVABILITE ET
LA SITUATION FINANCIERE 2020**

MUTUELLE JUST'

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

Table des matières

SYNTHESE.....	5
PARTIE I : ACTIVITE ET RESULTAT	6
I) Activité et environnement externe	6
A) Activité et environnement externe	6
B) Objectifs et Stratégie	9
II) Performances des activités de souscription	12
A) Le résultat de la Mutuelle se présente en trois parties	12
B) Le bilan	18
III) Performance des activités d'investissement	20
A) Organisation	20
B) Résultats	21
PARTIE II : SYSTEME DE GOUVERNANCE	25
I) Modalités générales de gouvernance	25
A) Organes statutaires de la Mutuelle	25
B) Organisation opérationnelle de la Mutuelle	32
C) Politique de rémunération	33
II) Honorabilité et compétence	34
III) Système de gestion du risque	35
A) Organisation	35
B) Mesure	35
IV) ORSA	36
A) Organisation	36
B) Sur le besoin global de solvabilité :	37
C) Sur le respect permanent des exigences prudentielles :.....	39
D) Sur l'analyse prospective de la solvabilité et le pilotage de la Mutuelle :.....	39
E) Intégration de l'ORSA dans le système de Gouvernance	40
V) Système de contrôle interne	41
A) Éléments fondamentaux du contrôle interne	41
B) Un environnement interne favorable à la maîtrise des risques	42
C) Une évaluation des risques	44

D)	Des activités de contrôle qui comprennent les dispositifs mis en place pour maîtriser les risques de ne pas atteindre les objectifs fixés	44
E)	La maîtrise de l'information et de la communication	49
F)	Le pilotage du contrôle interne	49
G)	La fonction clé conformité.....	50
VI)	La fonction clé d'audit interne.....	51
A)	Rôle.....	51
B)	Examen et contrôle du profil de risque de l'Audit Interne.....	53
VII)	Fonction actuarielle	53
VIII)	Sous-traitance	54
A)	Procédure de sélection	54
B)	Suivi et contrôle.....	54
PARTIE III - PROFIL DE RISQUE.....		55
I)	Risque de souscription	55
A)	Appréhension du risque de souscription au sein de la Mutuelle	55
B)	Mesure du risque de souscription et risques majeurs	56
C)	Maitrise du risque de souscription.....	56
II)	Risque de marché	57
A)	Appréhension du risque de marché au sein de la Mutuelle.....	57
B)	Mesure du risque de marché et risques majeurs.....	57
C)	Maitrise du risque de marché.....	57
III)	Risque de crédit.....	58
A)	Appréhension du risque de crédit au sein de la Mutuelle	58
B)	Mesure du risque de crédit et risques majeurs.....	58
C)	Maitrise du risque de crédit et risques majeurs.....	58
IV)	Risque de liquidité	58
A)	Appréhension du risque de liquidité au sein de la Mutuelle.....	58
B)	Mesure du risque de liquidité et risques majeurs.....	58
C)	Maitrise du risque de liquidité.....	59
V)	Risque opérationnel.....	59
A)	Appréhension du risque opérationnel au sein de la Mutuelle	59
B)	Mesure du risque opérationnel et risques majeurs	59
C)	Maitrise du risque opérationnel.....	59
PARTIE IV - VALORISATION A DES FINS DE SOLVABILITE.....		60
I)	Actifs.....	60
A)	Les placements immobiliers	60
B)	Les placements obligataires	60
C)	Les fonds d'investissements	62

D)	Les actions	62
E)	Les autres placements	62
F)	Les provisions réassurées	63
G)	Les actifs incorporels	63
H)	Les autres créances et la trésorerie.....	63
I)	Les impôts différés actifs	63
VI)	Provisions techniques	64
A)	Les provisions techniques sociales	64
B)	Les provisions techniques prudentielles	64
VII)	Autres passifs	65
A)	Les impôts différés passifs.....	65
B)	Les autres dettes.....	66
VIII)	Méthode de valorisation alternative	66
IX)	Autres Informations	66
PARTIE V : GESTION DU CAPITAL.....		67
A)	Fonds propres	67
B)	Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis	68
C)	Le risque de marché	69
D)	Le risque de souscription santé	72
E)	Le risque de souscription vie	74
F)	Le risque de contrepartie	74
G)	Le SCR de base	75
H)	Le risque opérationnel.....	76
I)	L'ajustement pour impôts différés	76
J)	Les exigences de capital.....	76
▪	Utilisation du sous-module « risque sur actions » fondé sur la durée dans le calcul du capital du solvabilité requis :.....	78
▪	Différences entre la formule standard et tout modèle Interne utilisée :.....	78
▪	Non-respect du minimum de capital requis et non-respect du capital de solvabilité requis : ..	78

SYNTHESE

Après une année 2019 très satisfaisante, 2020 confirme la tendance, même si le contexte particulier de la période l'explique pour partie.

Si l'épidémie sanitaire due au covid19 a en effet considérablement réduit les capacités de développement de la mutuelle, elle a entraîné une baisse des prestations servies, a exigé la mise en place d'une organisation nouvelle du travail, et nous a poussé à offrir à nos adhérents de nouveaux services.

La mutuelle a su s'adapter très rapidement au télétravail, et a pu ainsi assurer une très bonne qualité de service aux adhérents en ces temps compliqués.

Téléconsultation, intermédiation sociale, assurance RC pour les étudiants, assurance pour déplacements à l'étranger ont été mis en place, ainsi qu'une application mobile, tout cela renforçant les liens entre les adhérents et la mutuelle.

L'équipe de direction a été enrichie avec des arrivées au service juridique, à la gestion des risques, au développement, ainsi que pour le CRM.

Cette année particulière a été l'occasion d'une grande réflexion sur le devenir de la mutuelle, sur sa réorganisation et sur ce qu'elle peut faire de plus et de mieux pour ses adhérents.

La communication de la mutuelle a été repensée, pour être encore plus près des préoccupations des adhérents et mieux la positionner, notamment sur le sujet « mutuelles communales ». Une réflexion sur l'évolution de notre site internet a été entamée dans le même esprit.

La gamme « mutuelles communales » a connu deux évolutions en 2020, la dernière la positionnant particulièrement bien par rapport aux autres opérateurs.

Malheureusement, le plan santé régional a subi un coup d'arrêt total du fait de la pandémie.

Parallèlement aux « mutuelles communales », un nouvel axe de développement est apparu avec les bailleurs sociaux, dans la même logique « B to B to C ».

De nouveaux partenariats avec le monde universitaire se sont initiés, et des relations avec Santélyx se sont installées.

2020 a été une année propice au renforcement de la formation des élus de la mutuelle, qui ont par ailleurs fait l'objet d'un renouvellement au niveau du conseil d'administration, qui s'est trouvé rajeuni et féminisé.

L'adaptation aux nouvelles réglementations a beaucoup occupé les services de la mutuelle, notamment le 100% santé et la résiliation infra annuelle.

Pour l'avenir proche, le multi-équipement des adhérents reste un sujet essentiel, notamment sur la prévoyance. Des premiers contacts avec une structure mutualiste relevant du code des assurances (ACDR) pourraient être une voie de diversification intéressante, comme le projet de la Fnim de participer à la création d'une start-up ayant pour but d'unir services bancaires et services assurantiels. La résolution des difficultés vécues avec ISanté concernant le tiers payant hospitalier devra intervenir rapidement, la clarification étant maintenant indispensable.

La maîtrise de nos charges, le contrôle budgétaire et un pilotage rigoureux de la mutuelle resteront la ligne de conduite de la mutuelle.

Partie I : Activité et résultat

I) Activité et environnement externe

A) Activité et environnement externe

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

Elle est enregistrée au répertoire SIRENE sous le numéro 783.864.150.

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

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

- 1. Accidents
 - 2. Maladie
 - 20. Vie-décès
 - 21. Natalité-Nuptialité
-
- Au 31 décembre 2020, la Mutuelle emploie 85 salariés dont 63 femmes / 22 hommes
 - 74 contrats à durée indéterminée /
 - 5 contrats à durée déterminée
 - 4 contrats de professionnalisation
 - 2 apprentis
 - 79 salariés à temps plein et / 6 salariés à temps partiel

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

Elle dispose de 12 établissements, outre son siège social, lequel regroupe une agence commerciale et l'ensemble des services administratifs de la Mutuelle. Ces établissements sont situés à :

- ARRAS (62000), 1 place de la Vacquerie : agence commerciale
- AMIENS (80080), 16, rue Jean Catelas : agence commerciale

- BETHUNE (62400) 19, rue Anatole France : agence commerciale
- BOULOGNE SUR MER (62200), 3, place Charpentier : agence commerciale
- CALAIS (62100), 68, boulevard Jacquard : agence commerciale
- CAMBRAI (59400), 3, rue Tavelle : agence commerciale
- DUNKERQUE (59140), 46, rue Poincaré : agence commerciale
- LENS (62300), 114, boulevard Basly : agence commerciale
- LILLE (59000), 232, rue Gambetta : agence commerciale
- MAUBEUGE (59600), 3, place des Nations : agence commerciale
- SAINT QUENTIN (02100), 4, rue Croix Belle Porte : agence commerciale
- VALENCIENNES (59300), 3 place Charles de Gaulle : agence commerciale

La Mutuelle est soumise, en ce qui concerne la supervision financière, au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) : 4 Place de Budapest, CS92459, 75436 PARIS.

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

- **Mutuelle Santé Just'**
*Mutuelle soumise aux dispositions du livre III du code de la mutualité,
Siège social : 19, rue de la Poste à VALENCIENNES (59300)
Inscrite sous le numéro SIREN 442.599.312*
- **SCI Just' Immo, rue de Paris**
*Société Civile Immobilière au capital de 1.101.500€
Siège Social : 44, rue de Paris à VALENCIENNES (59300)
RCS Valenciennes : 481.166.296*
- **SCI En Famille**
*Société Civile Immobilière au Capital de 2.709.200€
Siège Social : 1, place de la Vacquerie à ARRAS (62000)
RCS Arras : 501.412.530*
- **SCI JEF – Place Charles de Gaulle**
*Société Civile Immobilière au Capital de 381.000€
Siège Social : 3, place Charles de Gaulle à VALENCIENNES (59300)
RCS Valenciennes : 539.694.547*
- **SCI JEF – Rue de la Poste**
*Société Civile Immobilière au Capital de 1.501.000 €
Siège Social : 19, rue de la Poste à VALENCIENNES (59300)
RCS Valenciennes : 539.683.623*
- **UES Prémia**
*SARL au Capital de 96.000€
Siège Social : 53 avenue de Verdun à VALENCIENNES (59300)
RCS Arras : 408.657.922*
- **PROMUT PLUS**
*Association loi 1901
Siège Social : 53 avenue de Verdun à VALENCIENNES (59300)
N° SIREN : 414.587.543*

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

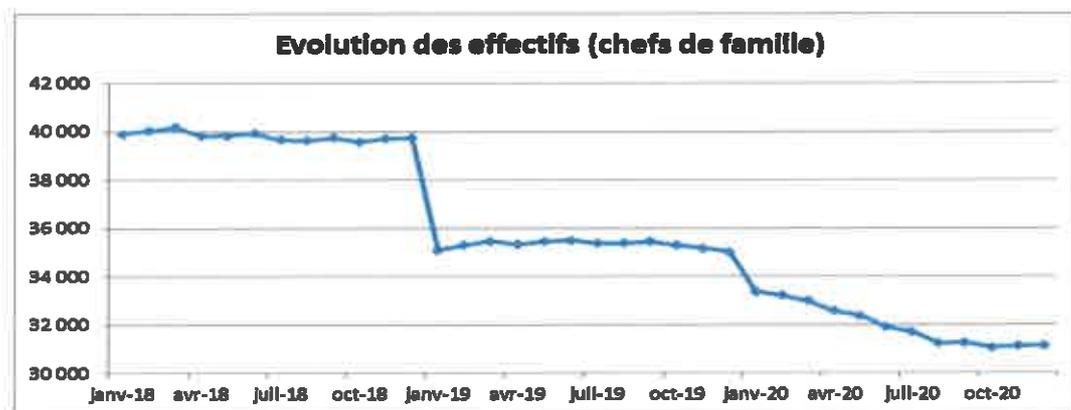
La Mutuelle, dans le cadre de ce groupe, a en charge la combinaison des comptes des entités du groupe.

Au cours de l'année 2020, les effectifs globaux de la mutuelle ont baissé de 6.7% entre janvier et décembre qui s'explique notamment par la sortie des contrats CMU et Proxime (2 139 contrats au 01/01/2020).

Sans tenir compte de ces derniers, les effectifs de la mutuelle (hors CMU- Proxime – courtage) ont ainsi peu évolué, passant de 31 176 chefs de famille au 1^{er} janvier à 31 089 chefs de famille au 31 décembre, soit un recul de 0.3 % sur l'année (perte de 87 contrats).

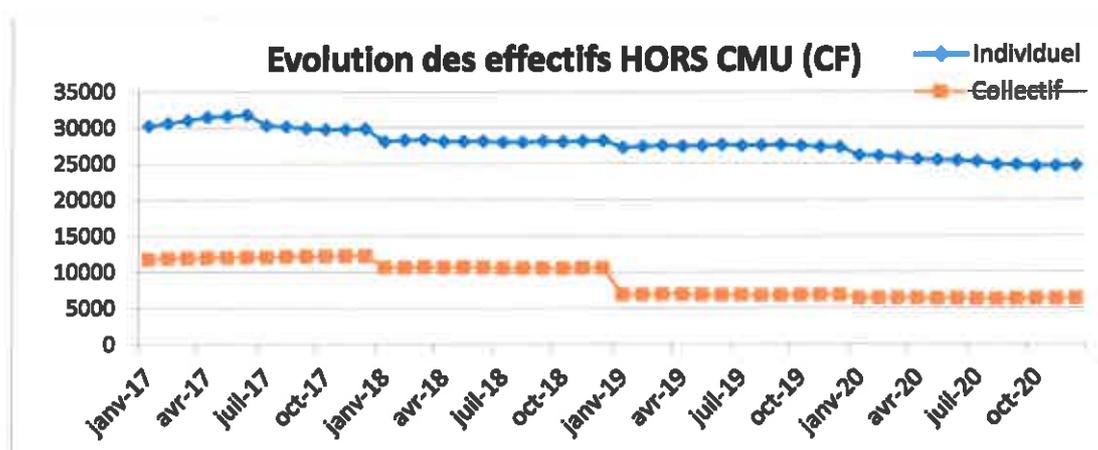
Entre décembre 2019 et janvier 2020, la Mutuelle a finalement enregistré une perte de ses effectifs de 1 641 chefs de famille, soit une perte totale de 4.7 % de ses effectifs adhérents (ou 4.2% sans tenir compte de la CMU – Proxime et courtage).

Le graphique ci-dessous représente l'évolution des effectifs sur les 3 dernières années :



Le portefeuille de la Mutuelle, composé à 80% d'adhérents issus de contrats individuels. Tendence qui reste similaire à l'année 2019.

Le graphique ci-dessous illustre ces éléments :



B) Objectifs et Stratégie

1) Rétrospective de l'année 2020

L'année 2018 était correcte, l'année 2019 très satisfaisante, et l'année 2020 l'est encore plus, puisqu'elle flirte avec le million d'euros de résultat. Avec un niveau de cotisations assez proche de celui de 2019, quoiqu'en diminution, la baisse des prestations y est pour beaucoup, et permet à la mutuelle d'afficher un taux de marge technique excellent de plus de 27%... Mais il faut prendre en compte que ce résultat est quelque peu en trompe l'œil, le faible niveau de prestations s'expliquant par l'épidémie de Covid. Car les soins non prodigués seront rattrapés pour beaucoup. Il faut donc regarder cela sur un temps long. Néanmoins, ce bon résultat 2020 a intégré la taxe Covid 2020 et 2021, pour environ 2 millions d'euros. Les charges ont été correctement maîtrisées, le pilotage de la mutuelle rigoureux, et les budgets bien gérés, ce qui joue bien sûr également un rôle important dans ce résultat, qui serait resté positif avec le niveau de prestations habituel.

La crise sanitaire a contraint la mutuelle à s'organiser en télétravail, ce qu'elle a su faire en un temps record et avec une grande efficacité, ce qui a permis de garder une très bonne qualité de service aux adhérents. Ce contexte difficile a bien sûr sérieusement handicapé le développement de la mutuelle, les réunions publiques en mairies et les rendez-vous physiques ayant été depuis mars impossibles ou très difficiles à mettre en place. Le plan santé régional, qui devait fortement occuper la mutuelle, a été ajourné.

Sur le plan institutionnel, l'assemblée générale a été repoussée en septembre. Cette assemblée a renouvelé la moitié du conseil d'administration, qui se trouve désormais rajeuni et féminisé. La composition du nouveau Bureau a suivi la même tendance. Les élus ont pu cette année renforcer leurs compétences, grâce aux formations et aux nombreux webinaires organisés par la Fnim. Les commissions et le comité d'audit ont également été recomposés.

L'équipe de direction s'est renforcée, au niveau de la gestion des risques avec Perrine Dubreu, du service juridique avec Chloé Schmitz, du développement avec le remplacement de Laurent Demain par Jérémie Kuczma, du CRM avec Amélie Sauvage. Le service développement a été largement revu, avec la réorganisation des secteurs, la redéfinition des cibles et l'optimisation des process internes.

La mutuelle a souhaité cette année renforcer significativement ses services aux adhérents. La téléconsultation, indispensable avec l'épidémie, est désormais offerte aux adhérents via Médecin direct, qui met à leur disposition des médecins généralistes et spécialistes 24h/24 et 7j/7, qui peuvent produire une ordonnance si besoin.

De même, le service d'accompagnement social et sociétal de Domplus est offert aux adhérents. Cela leur permet d'accéder à une plateforme d'écoute et de guidage en réponse à des difficultés de tous ordres, qu'il s'agisse de soucis professionnels, financiers, familiaux etc...

A destination des étudiants la mutuelle a mis en place via Heyme une assurance responsabilité civile de très haut niveau et financièrement accessible. Pour eux également mais pas seulement, une offre de prise en charge des frais de santé à l'étranger est désormais disponible.

Toujours pour améliorer ses services, la mutuelle a mis en place une application mobile très complète permettant aux adhérents de toujours avoir leur mutuelle dans la poche.

Concernant la communication de la mutuelle, après avoir travaillé avec l'agence Thag, il est apparu nécessaire de repenser son univers d'expression. Un travail de fond a été réalisé avec l'agence DPS. C'est l'adhérent qui est plus que jamais au cœur du dispositif. La mise en place d'une « boîte à outils » pour les communes partenaires a été élaborée, permettant de renforcer les liens avec la mutuelle et facilitant la communication de la commune vers ses administrés.

Concernant la propriété des marques Just, une solution amiable n'ayant pas été possible avec l'agence 360, c'est par la voie contentieuse que désormais les choses se règlent.

Autre sujet de préoccupation : iSanté. Devant l'impossibilité de trouver une solution au problème du tiers payant hospitalier, la mutuelle a mandaté le cabinet Valmen pour auditer notre partenaire et régulariser la situation. Une provision qui fluctue dans les proportions que l'on connaît sans que ce soit documenté n'est pas acceptable. Il est indispensable d'apurer les provisions litigieuses et de tout mettre en place pour que cela ne se reproduise pas.

Le développement de la mutuelle s'est essentiellement réduit à la préparation de la sortie de crise. De nombreux contacts ont été noués avec des communes et des bailleurs sociaux, qui sont nos relais dans leur public. Tous les efforts de la mutuelle sont concentrés sur cette activité. Ces contacts donneront lieu quand l'épidémie sera passée à de nouveaux partenariats. Néanmoins, il y en a qui se sont mis en place dans ces conditions difficiles, faisant que fin 2020 la mutuelle n'était pas loin de 400 communes partenaires, faisant d'elle le leader régional sur ce terrain. De plus, après une gamme V5 mise en place durant l'été, une gamme V6 a rapidement suivi, particulièrement bien positionnée en termes de prestations et de tarification. Des contacts avec des communes hors des Hauts de France se sont multipliés, ce qui prouve l'intérêt de ces « mutuelles communales ».

L'année 2020 n'a bien sûr pas permis de faire vivre les partenariats de la mutuelle comme les autres années. Les contacts ont été tant bien que mal maintenus, et de nouveaux liens ont été malgré tout initiés. La fondation la Catho et Santély en sont des exemples.

Sources d'inquiétude et de vigilance, la réforme du 100% santé et la résiliation infra-annuelle, dont on ne peut mesurer cette année les effets, seront à surveiller de près. Elles risquent en effet d'impacter significativement les équilibres de la mutuelle.

2) Perspectives 2021

Les bons résultats des trois derniers exercices vont permettre à la mutuelle d'investir significativement pour son développement, notamment en communication et en services nouveaux. De même, la mise en place de gammes « agressives » va faire croître le nombre d'adhérents de la mutuelle, mais va dégrader son résultat technique. Le résultat 2021 sera donc négatif, de l'ordre vraisemblablement d'un million et demi d'euros, mais c'est assumé par la mutuelle, qui doit désormais retrouver le chemin de la croissance. L'année suivante, l'équilibre devrait être de retour.

La mise en place de « mutuelles communales » va se poursuivre et même s'accroître, et vraisemblablement hors de nos frontières naturelles, ce qui fera peut-être créer des partenariats avec des mutuelles amies qui seraient intéressées à s'engager dans cette voie. La mutuelle va également travailler les communes partenaires dans lesquelles il n'y a pas d'adhérents, alors que l'objectif est que 3% de la population y soient.

Le renforcement de nos liens avec le monde universitaire devra faciliter l'adhésion d'étudiants. La signature prévue du partenariat de trois ans avec la fondation la Catho va dans le même sens.

Les bailleurs sociaux, désireux de proposer à leurs locataires des services nouveaux, dont une complémentaire santé, resteront un axe fort de développement, avec la même philosophie que pour les communes.

L'axe sport-santé, sur le terrain de la prévention comme sur celui du soin, demeurera essentiel pour la mutuelle et sera clairement mis en avant, comme depuis plusieurs années.

La mutuelle va accélérer sur sa stratégie en matière de « digital ». Une refonte de son site internet interviendra, avec une recomposition de l'espace adhérent, dans le but d'être toujours plus près des adhérents et de répondre à leurs préoccupations en leur facilitant la relation avec la mutuelle.

La prévoyance reste un sujet sur lequel la mutuelle a de gros progrès à faire. La cible de la fonction publique étant pour la mutuelle bien réelle, proposer une prévoyance de qualité est plus que nécessaire. La mutuelle va s'y employer.

Une source de développement devrait intervenir de façon inattendue. Des premiers contacts avec la société d'assurance mutuelle ACDR devraient aboutir à ce que la mutuelle Just en prenne le contrôle. Cette structure en manque de fonds propres ne propose que de la protection juridique, mais pourrait obtenir des extensions d'agrément lui permettant d'appréhender d'autres branches du code des assurances. Ce serait une opportunité pour la mutuelle, en renflouant ACDR et en en assurant la gouvernance, de fidéliser ses adhérents et d'élargir son offre.

De même, un projet fédéral associant les services bancaires et les services assurantiels en cours d'élaboration serait un moyen très original pour la mutuelle (et d'autres) de se développer, en disruptant la banque et l'assurance.

Car force est de constater que la banalisation des activités de la complémentaire santé, et le carcan réglementaire dans lequel elles sont emprisonnées imposent de trouver des voies de développement nouvelles. Même si, et c'est heureux, la réglementation européenne semble vouloir s'engager dans la simplification de Solva2 pour les mutuelles santé...

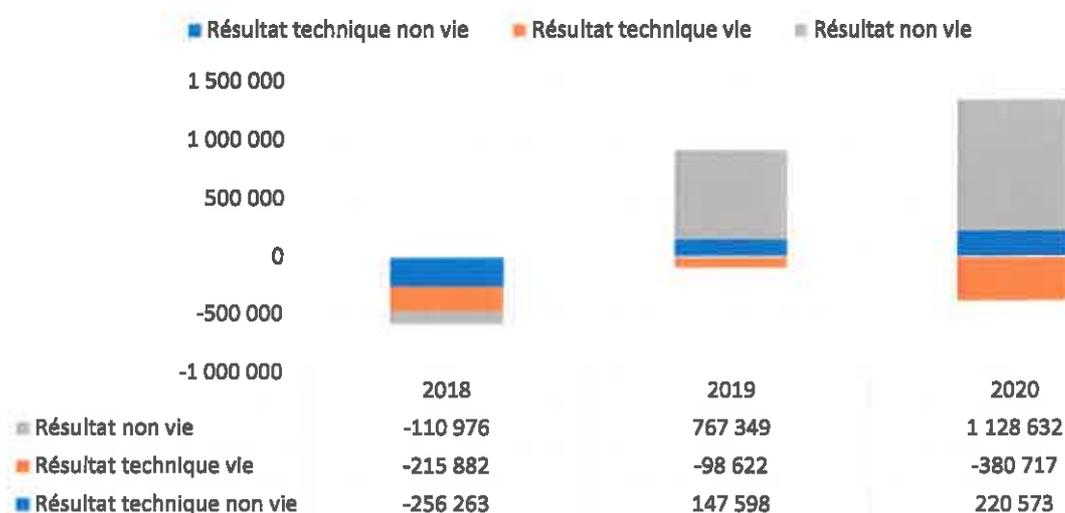
Mais il faudra voir comment pour 2021 l'épidémie de Covid évoluera et permettra à la mutuelle de suivre son chemin.

II) Performances des activités de souscription

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

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

VENTILATION DES RESULTATS 2018 2019 2020



➤ Evolution des principaux éléments constitutifs du résultat de la Mutuelle

L'analyse du compte de résultat 2020 se traduit de la façon suivante

En Euros	2018	2019	2020	Variation 2019 / 2020
Cotisations acquises nettes	46 624 522	41 638 680	39 833 699	-4,33%
Non-vie	45 770 015	40 859 770	39 088 802	-4,33%
Vie	854 507	778 910	744 897	-4,37%
Charges de prestations	-	37 158 091	32 297 695	-9,91%
Non-vie	-	36 246 335	31 502 817	-10,46%
Vie	-	911 756	794 879	12,12%
Commission de réassurances				
Marge technique brute	9 466 431	9 340 985	10 736 392	14,94%
Non-vie	9 523 680	9 356 964	10 882 700	16,31%
Vie	57 249	15 969	146 308	816,20%
Frais de gestion nets des autres produits	-	10 455 594	9 078 318	17,77%
Résultat de placement	292 334	510 772	511 228	4,01%
Résultat exceptionnel	113 708	42 886	191 966	813,97%
Impôts				
Résultat de l'exercice	-	583 121	816 325	19%

➤ **Les cotisations acquises**

Les cotisations acquises nettes non-vie 2020 s'élèvent à 39 833 699 euros en diminution de 4.33% par rapport à 2019

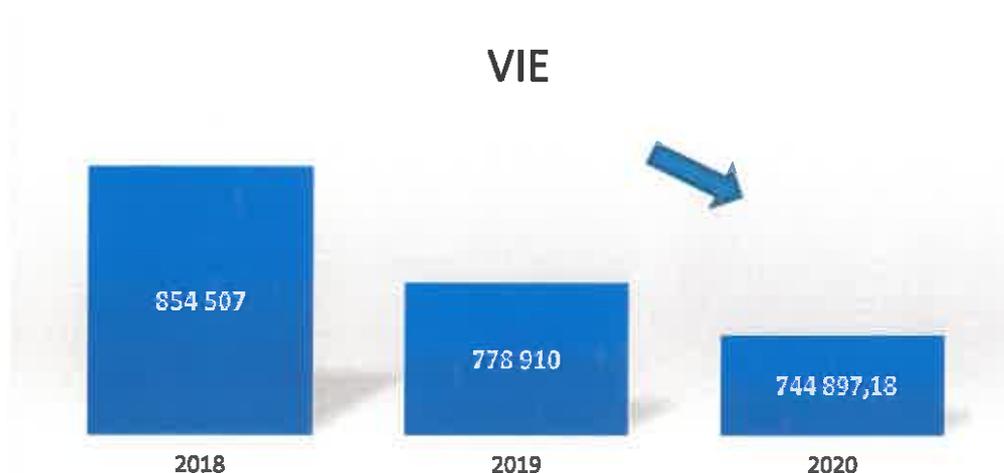
Les cotisations acquises nettes vie 2020 s'élèvent quant à elles 744 897 euros contre 778 910 euros en 2019.

Le montant net de réassurance des cotisations acquises s'élève ainsi pour l'exercice 2020 à 39 833 699 euros contre 41 638 680 euros en 2019, soit une diminution de 4.33%.

La marge technique 2020 augmente de 14.94% due notamment à une baisse du niveau de prestations qui couvre la diminution des cotisations.

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

Les Cotisations acquises vie diminuent de 4.37%



Les Cotisations acquises non vie diminuent de 4.33%



- **Les charges de prestations nettes non-vie et vie s'élèvent à 28 916K€ et comprennent :**
 - **Les prestations payées et cédées pour 29 061K€**
 - **Les variations des provisions techniques liées aux prestations – 145K€ (dotation nette).**

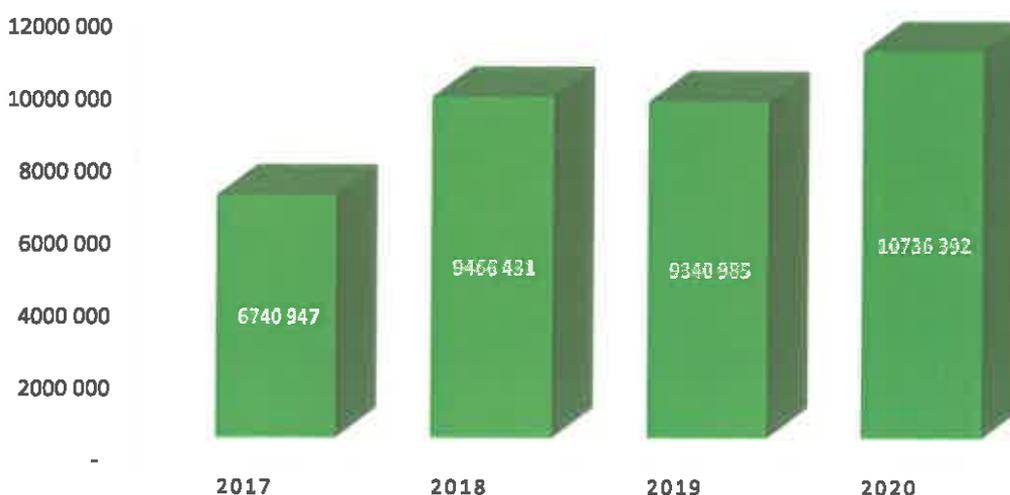
Contrairement aux états financiers, il est précisé que les frais de règlements provenant de la répartition des frais par destination sont exclus ici des charges de prestations. Ils sont intégrés dans les frais de gestion.

En K€	2019	2020	Evolution
Prestations payées Non vie	31 503	28 206	-10%
Prestations cédées non vie	76	36	-52%
Variation de provisions Prestations non vie	752	104	-114%
Variation de provisions Prestations cédées	- 6	4	-167%
Total prestations non Vie	32 173	28 070	-13%
Prestations payées Vie	795	891	12%
Variation de provision Prestations Vie	73	45	-38%
Total prestations Vie	722	846	17%

➤ Evolution du taux de marge technique

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

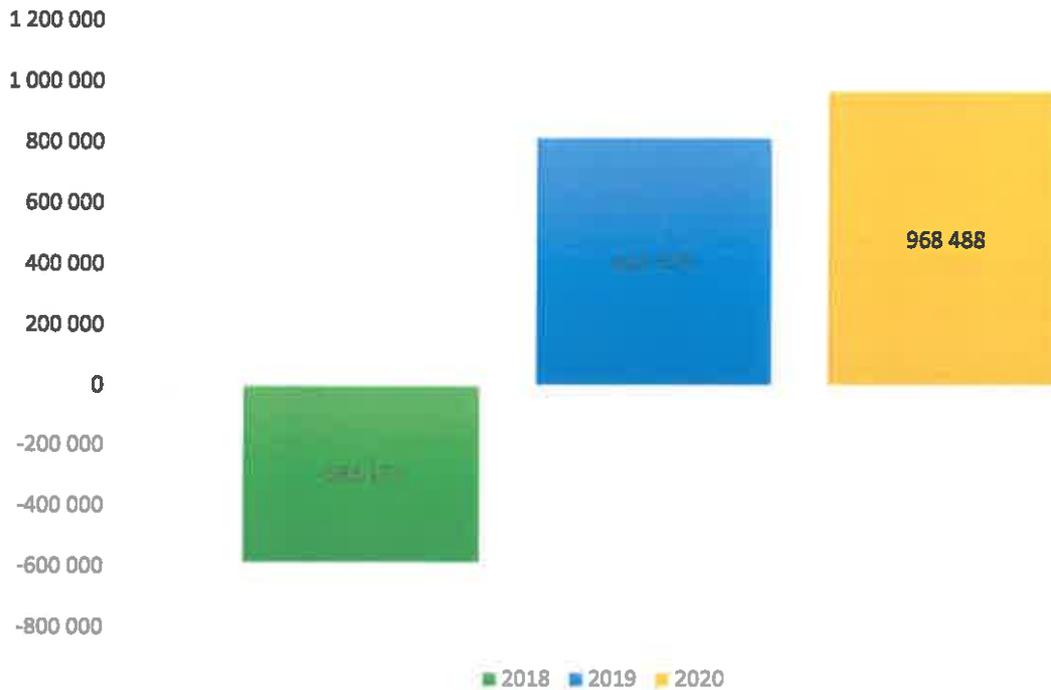
EVOLUTION DE LA MARGE TECHNIQUE



Le taux de marge technique global 2020 est de 26.95%. Ce taux est en progression par rapport à l'exercice précédent, 22.43% en 2019, 22.30% en 2018.

Le rapport prestations sur cotisations passe de 77.56 % en 2019 à 73.05 % en 2020.

EVOLUTION DU RESULTAT DE 2018 - 2020



➤ Frais de gestion

Les frais de gestion passent de à 9 245 048 euros en 2019 à 11 389 693 euros en 2020 soit une augmentation de 23%

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

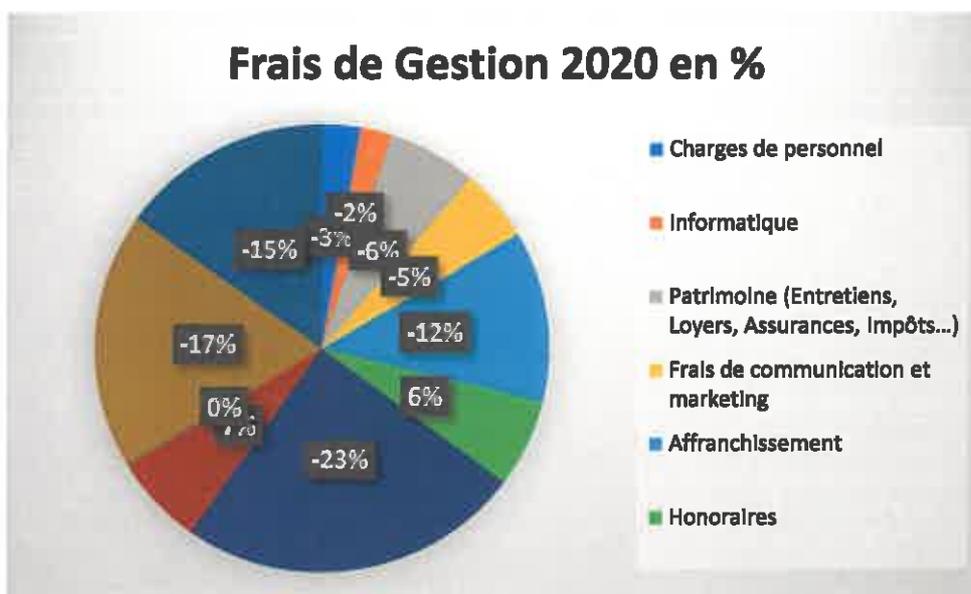
En euros	2018	2019	2020	Evolution	
Charges de personnel	3 859 492	3 554 819	4 473 026	918 207	26%
Informatique	1 209 091	1 130 748	1 226 169	95 421	8%
Patrimoine (Entretiens, Loyers, Assurances, Impôts...)	1 013 563	825 028	840 179	15 151	2%
Frais de communication et marketing	596 707	506 406	414 310	92 095	-18%
Affranchissement	179 172	114 202	127 733	13 530	12%
Honoraires	181 870	215 664	366 916	151 252	70%
Commissions	548 832	155 805	139 514	16 291	-10%
Cotisations aux unions	69 639	82 964	74 975	7 989	-10%
Amortissements	483 453	481 276	499 773	18 497	4%
Provisions créances adhérents	577 711	265 748	150 226	115 522	-43%
Autres charges	3 432 091	1 912 388	3 076 871	1 164 483	61%
Total	12 151 622	9 245 048	11 389 693	2 144 645	23%

Dont dotation aux provisions pour risques et charges

En 2020 la Mutuelle fait état d'une hausse de son niveau de charges portant principalement sur deux postes :

- En 2020 nous avons réintégré la taxe sur les salaires en charges de personnel, ce reclassement modifie donc la variation 2019/2020
- Les autres charges reprennent notamment en 2020 la contribution exceptionnelle des organismes complémentaires en santé aux dépenses liées à la gestion de l'épidémie de Covid-19 (taxe Covid) pour un montant de 1 493K€.

La répartition de ces charges en pourcentage est la suivante :



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

En euros	2018	2019	2020
- Frais d'administration	-2 309 446	-2 478 644	-2 728 432
- Frais de règlement	-1 906 014	-1 949 189	-2 353 676
- Frais d'acquisition	-3 011 862	-2 751 596	-3 552 597
- Autres charges techniques	-2 589 568	-1 323 053	-1 786 908
- Autres produits techniques	210 872	317 199	227 065
- Autres charges non techniques	-384 075	-564 436	-882 825
- Autres produits non techniques	50 537	255 662	275 865
Total	-9 939 556	-8 494 057	-10 801 507

- Les frais de règlement correspondent aux frais du service « liquidations des prestations ».
- Les frais d'acquisition sont relatifs aux frais des services chargés du développement.
- Les frais d'administration incluent notamment les frais de gestion et d'encaissement, les frais des services chargés des contrats, de la surveillance du portefeuille et les frais de contentieux liés aux cotisations.
- Les autres charges techniques intègrent les charges non affectables aux services de liquidation, d'acquisition ou d'administration (essentiellement des charges liées aux fonctions support)
- Les autres produits techniques se décomposent de la façon suivante :

En euros	2018	2019	2020
- Frais contentieux	35 551	23 535	21 411
- Produits de gestion CNP	1 019	1 133	5 525
- Produits de gestion SPHERIA	22 675	20 369	19 339
- Produits de gestion GO	83	100	0
- Produits de gestion UNMI	15 536	15 299	46 336
- Remise de gestion Proxime	52 685	57 560	16 562
- Reprise de provision	51 282	154 186	92 433
- Autres	32 041	45 017	25 458
Total	210 872	317 199	227 065

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

En euros	2018	2019	2020
- les charges à caractère social			
- Secours exceptionnels	-16 365	-17 529	-11 950
- Préventions	-171 753	-149 370	-192 579
- Les cotisations fédératives	-89 597	-82 864	-75 275
- les charges provenant de la répartition des charges par nature	-384 075	-314 673	-603 020
- Crédit d'impôts apprentissage			
- Autres Charges			
Total	-661 790	-564 436	-882 825

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

En euros	2018	2019	2020
- Refacturation Sante Just et utilisation de Prov	5 855	5 182	4 339
-Transfert de charges	44 682	250 480	271 526
Total	50 537	255 662	275 865

➤ **Résultat financier**

Le résultat financier passe de 510 772 euros en 2019 à 531 228 euros en 2020. Les produits de placements s'élèvent à 826 890 euros.

Les charges de placements intègrent :

En euros	2018	2019	2020
Frais de gestion	-198 903	-176 690	-182 555
Autres charges des placements	-286 252	-78 649	-83 475
Pertes provenant de la réalisation des placements	-67 724	-67 724	-29 631
Total	-492 368	-323 063	-295 661

➤ Résultat exceptionnel et Impôt

Le résultat exceptionnel est de 391 966 euros, il correspond notamment aux annulations de cotisations suite à créances irrécouvrables compensées par la reprise de provisions constituée sur les exercices antérieurs.

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

➤ Résultat net

Après intégration de ces éléments, le résultat net 2020 de la Mutuelle est excédentaire de 968 488 euros

Par rapport au résultat 2019 qui était excédentaire de 816 325 euros.

La variation de 152 163 euros se justifie en partie par les chiffres de la manière suivante :

En Euros	2018	2019	2020
Evolution de la marge technique	2 725 484	-125 446	1 395 407
Variation des frais de gestion nets	-805 568	2 906 574	-2 144 645
Evolution du résultat des placements	-8 186	218 438	20 456
Evolution des éléments exceptionnels	-129 814	-70 822	349 080
Diminution de l'impôt			
Total	1 781 916	2 928 744	-379 702

B) Le bilan

Actif du bilan (en euros)	2020	2019
Actifs incorporels	516 790	563 346
Placements	31 170 201	31 146 510
Part des cessionnaires dans les provisions techniques	4 292	8 609
Créances	317 737	2 049 738
Autres actifs	6 148 762	2 963 356
Compte de régularisations - actif	974 736	1 006 154
Total de l'actif	39 132 518	37 737 713

Passif du bilan (en euros)	2020	2019
Fonds mutualistes et réserves	22 562 665	21 594 176
Provisions techniques brutes	5 681 905	5 741 287
Provisions pour risques et charges	2 013 526	1 772 246
Dettes	8 795 113	8 593 315
Comptes de régularisation- passif	79 309	36 689
Total du passif	39 132 518	37 737 713

a. Les Fonds propres

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

En 2020, les fonds propres de la Mutuelle s'élèvent à 22 562 665 euros.

➤ **Répartition des fonds propres au 31 décembre 2020**

En euros	
Réserves	35 585 830
Fonds d'établissement (sans droit de reprise)	381 100
Réserve spéciale de solvabilité	
Réserve de capitalisation	
Report à nouveau	-14 372 754
Résultat de l'exercice	968 488
Total des fonds propres	22 562 664

b. Provisions techniques

Au 31 décembre 2020, le montant total des provisions techniques brutes de réassurance inscrites au bilan s'élève à 5 681 905 euros, à rapprocher des provisions des comptes 2019 qui étaient de 5 741 287 euros.

La ventilation de ces provisions au 31/12/2020 est la suivante :

En euros	2020	2019
Provisions prestations à payer non vie	5 401 905	5 506 287
Provisions prestations à payer vie	280 000	235 000
Total des provisions techniques	5 681 905	5 741 287

➤ **Provision pour risques croissants :**

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

Pour l'année 2020, la mutuelle avait envisagé d'étudier et mesurer les enjeux sur les risques de dommages corporels du vieillissement de son portefeuille d'adhérents, pour les cotisations ne pouvant être réajustée selon l'âge de l'adhérent. Sur l'année 2020, les analyses et les calculs n'ont pas été réalisés.

III) Performance des activités d'investissement

A) Organisation

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

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

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

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

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

Pour 2020, l'allocation des actifs de la Mutuelle s'est organisée en deux parties :

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

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

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

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

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

B) Résultats

- Etat des placements de la Mutuelle au 31 décembre 2020 :

Conformément au poste A2 de l'actif du bilan 2020, les placements de la Mutuelle se décomposent au 31 décembre 2020 de la manière suivante :

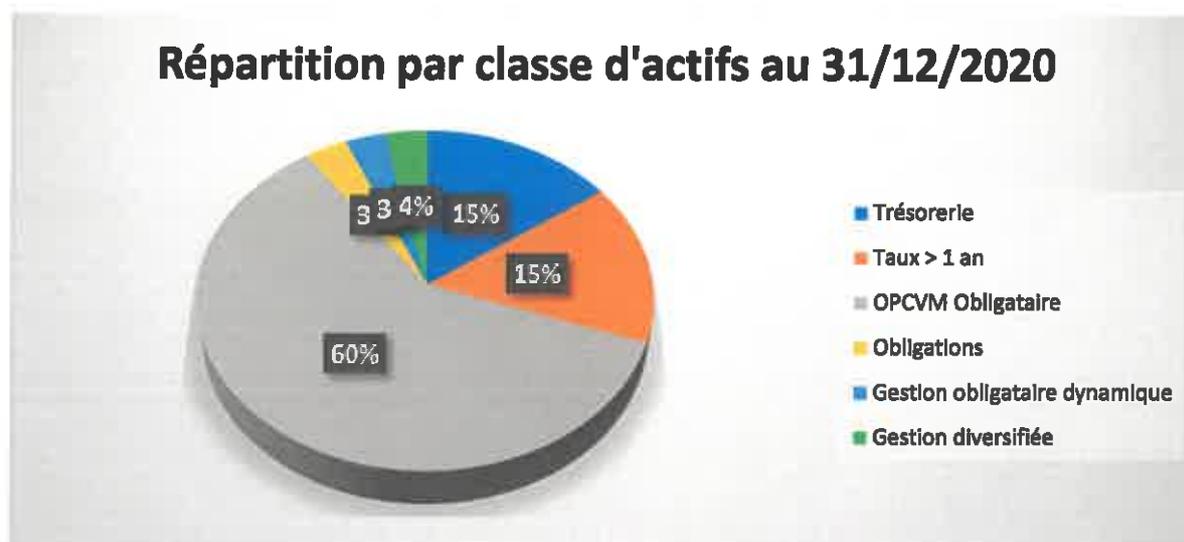
	Valeur brut Bilan 2020	Valeur nette Bilan 2020	Valeur de réalisation 31/12/2020
Terrains et construction	13 946 973	13 026 137	13 165 527
Placements dans les entreprises liées	64 980	64 980	60 980
Placements financiers	18 536 400	18 537 678	19 721 039
Total	32 548 353	31 628 795	32 947 546

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

Les placements financiers entre 2019 et 2020 augmentent de 220K€ en raison de l'amélioration du niveau de trésorerie.

Evolution 2018/2019	Valeur Nette Bilan 2020	Valeur Nette Bilan 2019
Terrain et constructions	13 026 137	12 806 175
Placement dans les entreprises liées	64 980	60 980
Placements Financiers	18 531 678	18 275 355
Total	31 628 795	31 142 510

- Répartition des placements financiers au 31 décembre 2020 :



- Résultat des placements de la Mutuelle au 31 décembre 2020 :

La performance 2020 s'élève à **1.74%** sur le portefeuille consolidé, dans un contexte financier difficile, avec un montant moyen placé de 19 137 468 Euros.

Elle est inférieure à celle de 2019 qui était de **2.18%**.

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

Ci-après, la performance par portefeuille :

	2018	2019	2020
Portefeuille court terme	0.97%	0.99%	0.14%
Portefeuille moyen terme détenu en direct	-1.78%	3.43%	1.25%
Performance moyen terme mandat	1.54%	1.89%	2.21%
Portefeuille consolidé	0.61%	2.18%	1.74%

Le portefeuille de la Mutuelle affiche une performance de 1.74 % soit une surperformance de 0.06% par rapport à l'objectif d'Eonia + 2% : 1.68%. Le portefeuille placement a généré 334 495€ euros de produits financiers.

La Mutuelle bénéficie également de revenus liés aux participations dans les SCI, les revenus s'élèvent à 49 968 euros.

Des revenus de placements pour le bâtiment de Verdun liés à la comptabilisation d'un loyer d'équivalence et la location d'une partie du rez de chaussée soit un montant de 365 748 euros.

CI-dessous, les produits et charges de placements telles qu'ils apparaissent dans l'annexe comptable 2020 (note 25) de la Mutuelle.

	Revenus et frais Financiers (entités liée)	Autres Revenus et frais Financiers	Total N	Total N-1
Revenus des participations				
Revenus des placements immobiliers	49 968	396 227	446 194	397 688
Revenus des autres placements		388 420	388 420	442 936
Autres revenus financiers (commissions, honoraires)				
Total (poste E2a et/ou F3a) du compte de résultat	49 968	784 646	834 614	840 624
Frais financiers (commissions, honoraires, intérêts et aglos)		184 260	184 260	178 129
Pour information :				
Total autres produits (plus-values, repr. amort. ou prov.) (E2 et/ou F3)			91 546	147 741
Total autres charges (moins-values, dot. amort. prov.) (E9 et/ou F5)			114 163	147 564

- Détail des produits en portefeuille et performance 2020 :

Suivi des Performances par support d'investissement							
Supports	Code ISIN	Performance mois		Performance 12D		Montant total Valeur	Pondération
		Fat	Annulé	Fat	Annulé		
PORTEFEUILLE CONSOLIDÉ						19 761 301 €	
PORTEFEUILLE COURT TERM						1 037 713 €	100,0%
COEL ASSOCIATION CE						1 037 713 €	100,0%
MANDAT EXCP						17 023 588 €	100,0%
BTP TRESORERIE						764 815 €	6,2%
ADLER REAL ESTATE 2.125 06/02/2024						201 043 €	1,8%
ADP 2.12						209 113 €	1,8%
AIRBUS GRP FIN 2.3720% 02/04/24						103 904 €	3,2%
AKADEMIE IT 2.5 29/05/24						100 171 €	0,8%
AROUNDTOWN SA 1.45 09/07/20 (1)						100 000 €	0,8%
AROUNDTOWN SA 1.45 09/07/20 (2)						100 000 €	0,8%
ATOS 1.75% 18-07/25E						100 750 €	0,8%
BLAD 1.5 14/10/24						99 999 €	0,8%
Bnpp 2.125% 5ème 2022						262 807 €	2,3%
INFORMA 1.5 % 18-05/23 (1)						204 170 €	1,8%
INFORMA 1.5 % 18-05/23 (2)						149 722 €	1,3%
INFORMA 1.5 % 18-05/23 (3)						149 916 €	1,3%
ING GRUPE 2.125% 10-01-25						298 888 €	2,4%
ITV 2% 18-01/23						90 688 €	0,8%
LOXAM 6% 15/04/25						202 055 €	1,6%
NETFLIX 3.625% 15/06/27						203 007 €	1,6%
ORANGE 1% 12/09/25						200 008 €	1,7%
ORANGE 2% 15-01-20						150 111 €	1,4%
PAPER WORLD 4% 03/2025						199 740 €	1,6%
RABOBANK 2.375% 22/05/23						302 421 €	2,4%
SG BFN EMTN 4% 18/01/22						458 882 €	3,9%
SPE SA 2.625 18/06/26						399 456 €	3,1%
SPE SA 2.625 18/06/26 2						100 000 €	0,8%
TELE IT 4% 11-04-24						100 000 €	0,8%
TELE PERFORMANCE 1.875% 02/07/2020						203 276 €	1,8%
TOTAL 2.125% 18/11/21						115 601 €	0,9%
TOTAL 2.125% 18/11/21 (2)						189 848 €	1,6%
UBISOFT 0.875% 24-11-27						100 000 €	0,8%
UNIBAIL RODAMCO 0.525% 04/05/27						198 497 €	1,6%
WIENERBLINGER 2%24						174 504 €	1,0%
WLHPF 0.25 06/18/24						196 255 €	1,6%

La Mutuelle participe également depuis juin 2016, à un fonds d'économie locale (fonds ressources 2) pour un montant de 579 636 euros au 31 décembre 2020, un premier remboursement de capital d'un montant de 233 965€ a eu lieu en 2019.

PROPOSITIONS D'ASSOULISSEMENT DES CONTRAINTES ECOFI

Mandat obligatoire Ecofi	PROPOSITION FORWARD : limites possibles	Limites possibles actuelles
Objectif de performance	Eonia + 2%	Eonia + 2%
Maturité moyenne	3 - 7 ans	Duration globale < 5ans
Maturité maximum par support	12 ans max / 7 ans max pour les titres HY et non notés	10 ans max
Profil de risque (taux, crédit, marché)	0% min / 30% max (dont 15% max en actions et 3% max en diversification)	Uniquement Instruments financiers de taux
Émission	Notation minimum BBB- 30% maximum pour les titres High Yield et non notés	20% max entre BBB+ et BBB- Inclus
Titres subordonnés remboursables	30% max pour les Titres Subordonnés Remboursables	10% max
Titres à revenu fixe	10% max	5% max
Émission	Siège social émetteur : 100% OCDE / 10% max hors ZE	100% zone euro

Partie II : Système de gouvernance

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

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

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

I) Modalités générales de gouvernance

A) Organes statutaires de la Mutuelle

1) L'assemblée Générale

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

Deux sections sont constituées :

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

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

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

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

Les délégués ont été réélus début 2017, pour un nouveau mandat de 6 années, soit jusqu'en 2023.

2) Le Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration de la Mutuelle est composé de 18 administrateurs :

- M. Philippe MIXE, Président
- M. Gérard VANELSTLANDE, 1^{er} Vice-Président
- M. Jacques MICHEL, 2nd Vice-Président
- M. Bernard DUEE, Trésorier
- M. Maxime TONNEAU, Trésorier Adjoint
- M. Jérémie GLORIEUX, Secrétaire
- Mme Soizic FABRY, Secrétaire Adjoint
- Mme Brigitte BALAVOINE,
- Mme Yasmina BOUKRAMI
- M. Marc BASSEZ
- M. Daniel BILLOIR
- M. Jean Pierre ANTOINE
- M. Jean Pierre HOT
- Mme Elodie CARON
- M. Alain DECOBECQ
- M. Régis LAURENT
- Mme Camille RYCHLAK
- Mme Rachel VAN EFFENTERRE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3) Le Bureau du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration peut confier l'exécution de certaines missions sous sa responsabilité et son contrôle au Bureau. Ce dernier se réunit sur convocation du Président, selon ce qu'exige la bonne administration de la Mutuelle. Par ailleurs, les membres du bureau se réunissent 2 fois par mois en conseil de gouvernance dont les modalités de fonctionnement sont précisées dans le règlement intérieur.

Les membres du Bureau étudient également les orientations et stratégies de la mutuelle en vue de leur présentation au Conseil d'Administration.

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

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

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

- Monsieur Philippe MIXE, Président
- Monsieur Gérard VANELSTLANDE, 1er Vice-Président
- Monsieur Jacques MICHEL, 2nd Vice-Président
- Monsieur Bernard DUEE, Trésorier Général
- Monsieur Maxime TONNEAU, Trésorier Adjoint
- Monsieur Jérémie GLORIEUX, Secrétaire Général
- Monsieur Solzic FABRY, Secrétaire Adjoint

4) Les commissions et comités

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

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

a. Le Comité d'Audit

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

- Monsieur Jean Claude WCZESNIAK, Président du Comité
- Monsieur Jan Pierre CARON

- Monsieur Jérémie GLORIEUX
- Monsieur Jean Pierre HOT
- Monsieur Hubert DE WAZIERES
- Monsieur Régis LAURENT
- Monsieur Moïse RAMEZ

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

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

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

- **Gestion des risques et contrôle interne, en collaboration étroite avec le responsable de la fonction clé « gestion des risques » et le service contrôle interne :**
 - Apprécier l'efficacité des systèmes mis en place par la direction pour identifier, évaluer, gérer et contrôler les risques financiers et non financiers.
 - Examiner les procédures relatives à la fraude et au dispositif d'alerte éthique
 - Surveiller le bon fonctionnement du contrôle interne en matière d'élaboration et de traitement de l'information comptable et financière
 - Examiner les rapports de la direction et les rapports des auditeurs internes concernant l'efficacité des systèmes de gestion du risque, de contrôle financier, de reporting financier.
 - S'assurer de l'adéquation des procédures avec la structure et l'évolution de la Mutuelle.
- **Conformité aux prescriptions légales et règlements internes, en collaboration étroite avec la fonction clé « vérification de la conformité » :**
 - S'assurer du respect des lois, des règlements et des obligations contractuelles.
- **Audit interne, en collaboration avec le responsable de la fonction clé « audit interne » :**
 - S'assurer que l'audit interne dispose de l'ensemble des éléments lui permettant d'accomplir sa mission
 - Vérifier que les conditions d'indépendance de l'audit interne sont réunies et que le responsable de la fonction clé audit interne a la possibilité de rendre compte directement au comité d'audit
 - Valider le plan d'audit interne et suivre son exécution. Evaluer et approuver les processus et procédures
 - Recevoir, de façon régulière, les rapports concernant les résultats des travaux des auditeurs internes
 - Evaluer le rôle et l'efficacité de l'audit interne
 - Le comité d'audit peut proposer la nomination ou la révocation du responsable de la fonction clé audit interne

○ **Reporting financier :**

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

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

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

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

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

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

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

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

b. Les commissions Internes

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

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

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

Le tableau ci-après reprend l'ensemble des commissions ainsi que leur activité sur l'exercice 2020 :

Date	Commission	Administrateur bénéficiaire d'indemnités statutaires présent
17 février 2020	Commission offres de la mutuelle	Monsieur Wczesniak Monsieur Glorieux
11 mars 2020	Commission secours exceptionnels	Monsieur Ramez Monsieur Wczesniak
23 avril 2020	Commission ressources humaines	Monsieur Duée Monsieur Michel Monsieur Caron Madame Boukrami Monsieur Ramez
16 avril 2020	Commission offres de la mutuelle	Monsieur Glorieux Monsieur Wczesniak Madame Caron Monsieur Laurent Monsieur A.Decobecq
6 mai 2020	Commission Statuts	Monsieur Mixe Monsieur Caron Madame Huvelle Monsieur Michel
11 mai 2020	Commission ESS	Monsieur Vanelstlande Monsieur Wczesniak Monsieur Mixe Madame Caron Madame Boukrami Monsieur Glorieux Monsieur Hot Monsieur Laurent
13 mai 2020	Commission Communication	Monsieur Vanelstlande Monsieur A.Decobecq Monsieur Michel Monsieur Bassez Monsieur Glorieux Madame Caron Monsieur Hot
2 juin 2020	Commission Communication	Monsieur Vanelstlande Monsieur A.Decobecq

		Monsieur Michel Monsieur Bassez Monsieur Glorieux Monsieur Hot
18 Juin 2020	Commission Ressources Humaines	Monsieur Duée Monsieur Michel Madame Boukrami Monsieur Ramez
30 Juin 2020	Commission Conflits	Monsieur Caron
15 juillet 2020	Commission secours exceptionnels	Monsieur Wczesniak
26 août 2020	Commission offres de la mutuelle	Monsieur Wczesniak Monsieur Laurent Monsieur Glorieux
18 septembre 2020	Commission statuts	Monsieur Caron Monsieur Michel Monsieur Mixe Madame Huvelle Madame Balavoine
24 septembre 2020	Commission secours exceptionnels	Monsieur Wczesniak Monsieur Bassez
16 novembre 2020	Commission offres de la mutuelle	Monsieur A.Decobecq Monsieur Wczesniak Monsieur Laurent Monsieur Glorieux Madame Caron
18 novembre 2020	Commission ESS	Monsieur Mixe Monsieur Vanelstlande Monsieur Glorieux Monsieur Wczesniak Monsieur Laurent
5 novembre 2020	Commission budgets	Monsieur Duée Madame Balavoine Monsieur Michel

B) Organisation opérationnelle de la Mutuelle

L'organisation opérationnelle de la Mutuelle est confiée aux dirigeants effectifs, qui s'appuient sur 2 directeurs, chacun responsables d'un domaine spécifique, sous le contrôle des responsables de fonctions clés nommés par le Conseil d'Administration.

1) Les dirigeants effectifs et responsables de fonctions clés

La gouvernance de la Mutuelle repose sur le respect du principe des « quatre yeux » supposant l'accord conjoint des deux dirigeants effectifs pour toutes décisions significatives. Ces dernières sont clairement définies au travers d'une charte de Gouvernance.

Certaines décisions font l'objet d'un contrôle du président pour qu'il soit en mesure de veiller au bon fonctionnement des organes de la mutuelle, et ce dans le respect des orientations fixées par le conseil d'administration.

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

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

Dans le cadre de leurs attributions, les fonctions clés disposent de tous les moyens nécessaires pour la remontée d'un évènement majeur auprès des dirigeants effectifs et du conseil d'administration. Ces remontées sont réalisées au travers d'un entretien à la demande de la fonction clé ou lors des commissions dédiées.

En outre, positionnées hiérarchiquement sous le dirigeant opérationnel, les responsables des fonctions clés sont en mesure d'alerter et de conseiller.

- Responsable des fonctions clés :
 - o Madame Chloé SCHMIDT, Responsable de la fonction clé « vérification de la conformité »
 - o Madame Murielle DERAÏN, Responsable de la fonction clé « Audit Interne »
 - o Madame Perrine DUBREUX, Responsable de la fonction clé « Gestion des Risques »
 - o Madame Carine DEHON, Responsable de la fonction clé « actuariat »

2) La Direction de la Mutuelle

La Mutuelle est organisée en 2 grands pôles :

- La Direction Développement, dirigée par Laurent Demain jusqu'au 31 juillet 2020 puis par Monsieur Jérémie Kuczma. Cette Direction a en charge l'ensemble du réseau commercial

(centre d'appels, agences, commerciaux terrain) ainsi que le service communication/marketing.

- La Direction Financière, dirigée par Murielle Derain. Elle a en charge le service contrôle ainsi que la comptabilité et les finances.

Les activités actuarielles, les systèmes d'information, l'ensemble des services de gestion des contrats, administration des ventes et fidélisation, les ressources humaines et le juridique sont suivis et encadrés par la direction générale elle-même.

C) Politique de rémunération

Au sein de la Mutuelle, les administrateurs ayant des sujétions permanentes peuvent obtenir le versement d'indemnités spécifiques.

Ce versement est conditionné à la production d'un rapport d'activité justifiant notamment :

- D'activités de promotion, de représentation, de valorisation de la mutuelle,
- De participation aux travaux de commissions de la mutuelle
- De participation aux activités et/ou aux instances des structures partenaires de la mutuelle.

Dans ce rapport, il ne peut être fait mention des réunions du Conseil d'administration qui ne permettent pas le versement d'une indemnité.

Chaque année, les indemnités qui leur sont servies dans le cadre des dispositions reprises ci-avant ainsi que leur remboursement de frais sont présentés en Assemblée Générale :

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

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

- Une convention de remboursement de salaires est établie entre l'employeur des administrateurs et la mutuelle (lorsque l'employeur en fait la demande) afin de permettre aux élus de s'investir au maximum dans la vie de la mutuelle, sans craindre pour leur emploi ou leur salaire. Les remboursements de salaires et de charges sont effectués à l'euro l'euro, sur présentation de facture de l'employeur et uniquement pour les réunions pour lesquelles l'administrateur reçoit une convocation.
- Par ailleurs, un rapport spécial est présenté chaque année en Assemblée Générale relatif aux sommes et avantages de toutes natures versées aux Administrateurs. Il est contrôlé et visé par le commissaire aux comptes.

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

II) Honorabilité et compétence

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

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

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

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

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

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

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

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

La Mutuelle s'assure, à chaque renouvellement de mandats, que le conseil d'administration dispose collectivement de l'ensemble des compétences nécessaires à la bonne tenue de ses fonctions.

A défaut, ou afin d'acquérir des compétences plus précises, des formations sont proposées par la FNIM.

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

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

III) Système de gestion du risque

A) Organisation

L'identification et l'analyse des risques internes et externes susceptibles d'affecter la réalisation des objectifs de la Mutuelle en 2020 a été la responsabilité de la Gestion des risques.

La mission principale de la Gestion des risques consiste en la définition et la mise en place du dispositif de maîtrise de risques auxquels la Mutuelle peut être exposée. Des cartographies de risques ont par conséquent été réalisées pour chaque processus identifié puis consolidées, pour apporter une plus grande visibilité stratégique quant à nos activités.

Le caractère progressif et itératif de la démarche est primordial. Les étapes suivantes de la démarche de gestion des risques doivent être déroulées et actualisées régulièrement.

- Identification des processus ;
- Identification et évaluation des risques bruts ;
- Identification et évaluation des moyens de maîtrise ;
- Evaluation des risques nets ;
- Choix du traitement du risque ;
- Reporting ;
- Actualisation.

Afin de fournir un appui dans le cadre de décision, la consolidation des risques a été présentée au dirigeant opérationnel ainsi qu'au Conseil d'Administration.

En outre, la responsable gestion des risques participe au comité de direction.

B) Mesure

Fin 2020, le Conseil d'administration, à travers la politique de gestion des risques, a pu déterminer ses objectifs et appétence aux risques. Sur la base d'indicateurs chiffrés, au nombre de six, cette appétence au risque est adaptée à la stratégie de la Mutuelle et reflète ses objectifs.

Elle sert de soutien concernant chaque prise de décision relevant de la stratégie d'entreprise, que ce soit au niveau général (appétence), intermédiaire (tolérance) ou réduit (limite). Alimentée par les indicateurs ci-dessous, la stratégie de la Mutuelle peut évoluer au même titre que ses appétences.

Indicateur	Zone de non-conformité	Zone d'alerte	Zone optimale	Zone de surcapitalisation
1. Ratio de couverture du SCR par les fonds propres éligibles	< à 100%	100% - 130%	130% - 200%	> à 200%
2. Ratio combiné des affaires nouvelles	> à 110%	100% - 110%	90% - 100%	< à 90%
3. Taux de croissance du portefeuille	< à 0%	0% - 5%	5% - 10%	
4. Niveau des frais global	> à 23%	20% - 23%	20% - 15%	< 15%
5. Résultat technique global (% du CA)	R < - 10%	-10% < R < 5%	R > 5%	R > 20%
6. Résultat financier global (% des réserves)	< 1 %	1% - 2%	> 2%	

Voici une courte description des différents indicateurs :

- **Ratio de couverture du SCR par les fonds propres éligibles** : le rapport entre la quantité de capitaux disponibles et le besoin de couverture relatif à la solvabilité.
- **Ratio combiné des affaires nouvelles** : rapport entre encaissements et décaissements liés aux affaires nouvelles.
- **Taux de croissance du portefeuille** : évolution nette du nombre d'adhérents sur la période étudiée.
- **Niveau des frais global** : niveau de frais en part du chiffre d'affaire (hors prestations).
- **Résultat technique global** : différence entre les différents décaissements et encaissements de la Mutuelle (incluant les prestations et cotisations, excluant les opérations financières).
- **Résultat financier global** : différence entre les opérations financières de la Mutuelle.

Le conseil d'administration, la direction générale, l'audit et le contrôle interne ainsi que les responsables des différents services suivent l'activité de la Mutuelle et adaptent leurs process à l'évolution des indicateurs et des seuils d'appétence au risque.

IV) ORSA

A) Organisation

La Mutuelle a réalisé fin 2020 son quatrième rapport ORSA, en conformité avec les dispositions de l'article 45 de la directive cadre Solvabilité 2.

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

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

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

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

B) Sur le besoin global de solvabilité :

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

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

- **Le risque souverain**

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

- **Le risque de catastrophe avérée**

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

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

- **Le risque de stratégie**

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

- **Le risque opérationnel**

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

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

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

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

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

- **Le risque de perte imminente**

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

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

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

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

C) Sur le respect permanent des exigences prudentielles :

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

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

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

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

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

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

Des scénarios de marché et d'activité future (neutre, optimiste, pessimiste) ont été définis et le modèle ORSA a fourni les projections à l'horizon 2023 en fonction.

- **Les scénarios de marché :**

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

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

Le scénario pessimiste est extrêmement conservateur et correspond à :

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

Le scénario optimiste correspond à :

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

- **Le scénario d'activité future :**

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

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

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

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

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

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

Les hypothèses de travail de projection (évolution des marchés, de l'activité, etc.) sont proposées par la Direction Générale. Le niveau de chaque paramètre est explicité dans le rapport, leur détermination intègre notamment les travaux effectués par les services en charge du suivi des placements, des études actuarielles et de l'évolution de l'activité.

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

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

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

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

V) Système de contrôle interne

A) Éléments fondamentaux du contrôle Interne

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

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

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

Au-delà des obligations réglementaires, le Contrôle interne doit être envisagé comme un levier majeur dans l'amélioration des performances de l'entreprise et être appréhendé comme la maîtrise interne des activités.

Ainsi, d'autres objectifs dans ce sens peuvent être définis :

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

Cette liste reste ouverte à la définition de nouveaux objectifs, notamment dans le cadre de l'élaboration de nouveaux processus et de nouvelles procédures ou lors de leur révision.

La mise en place d'un environnement professionnel sécurisé par des procédures, des fiches de poste, etc. permet d'exercer des responsabilités en parfaite connaissance des tenants et aboutissant de chaque activité. Le contrôle interne a donc à la fois un rôle détectif, correctif et préventif.

Afin de définir les priorités en termes de contrôle interne, la Mutuelle a défini des cartographies de risques propres à chacune de ses activités.

Pour ce faire, la Mutuelle s'est aidée de la méthodologie du COSO, référence incontournable dans le domaine du contrôle interne.

Pour chaque processus, un responsable a été nommé. Ce dernier a défini, sur la base de divers entretiens :

- Les objectifs du processus et des sous-processus ;
- La teneur des activités via la création de logigrammes ;
- Les risques auxquels sont exposés les processus ainsi définis et leur niveau de criticité.

B) Un environnement interne favorable à la maîtrise des risques

Il s'agit de l'ensemble des mesures et dispositions qui donnent à l'organisation l'assise indispensable à la réalisation des autres composantes du Contrôle Interne. Un environnement de contrôle de qualité doit réunir les conditions suivantes :

Connaissance et respect de la réglementation :

La Mutuelle est soumise aux lois, règlements français mais aussi aux textes européens applicables aux entreprises d'assurance.

La Mutuelle est à ce jour notamment soumise au Code de la Mutualité mais aussi à la directive Solvabilité II ou à la directive Distribution des Assurances, RGPD, etc.

Ainsi, les statuts, les règlements interne et mutualiste suivent le processus d'élaboration, de vérification et de validation légale.

Intégrité et éthique

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

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

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

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

Structures, pouvoirs et responsabilités

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

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

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

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

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

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

Des procédures formalisées et diffusées

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

- Gérer les cotisations ;
- Gérer l'écoute client ;
- Gérer les prestations ;
- Gérer les ressources humaines ;
- Gérer l'activité comptable ;
- Gérer le dispositif de maîtrise des risques.

La mobilisation des compétences

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

Des plans de formation et d'accompagnement sont mis en œuvre afin de s'assurer que les salariés ont et auront toutes les compétences requises pour remplir leur fonction et/ou leur apporter les compétences requises à leurs futures fonctions.

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

C) Une évaluation des risques

La démarche de gestion des risques est fondée sur le principe d'autoévaluation des risques par les différentes directions et les services de la Mutuelle.

Pour ce faire celle-ci s'appuie sur des référentiels et sur une approche dite « Bottom up » enrichie d'une approche managériale dite « Top Down ».

L'approche Bottom up est basée sur une analyse très détaillée des activités par processus. Elle fait l'objet d'une synthèse afin d'établir une présentation plus globalisée des risques et une optimisation des traitements.

Chaque risque identifié a été coté en fonction de sa probabilité et de son impact.

Les conséquences d'un risque sont appréciées en fonction des critères d'impact financier, métiers, image et légal et réglementaire.

Les évaluations de ces risques nets prennent en compte les moyens de maîtrise présents, afin d'obtenir le niveau de risque réel auquel la Mutuelle s'expose pour chaque catégorie.

Le traitement des risques critiques (« majeurs » ou « inacceptables ») a été priorisé au travers de plans d'actions préventifs.

Cette classification des risques est amenée à évoluer en cas d'évènements majeurs, tels que la sortie d'une nouvelle gamme de produits, une catastrophe naturelle ou un changement de réglementation.

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

1) Le contrôle par les opérationnels et leurs lignes hiérarchiques

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

- Des contrôles opérationnels :

- o Acteurs : opérationnels des métiers ;
- o Contrôles d'exécution réalisés au moment de l'opération ;
- o Contrôles de conformité.

- Des contrôles hiérarchiques :

- o Acteurs : Lignes hiérarchiques des métiers ;
- o Contrôles de supervision ou contrôles croisés réalisés par le management intermédiaire ;
- o Contrôle de conformité.

Ces contrôles sont identifiés dans les procédures et font partie intégrante des processus.

Ainsi, le 1^{er} niveau de contrôle contribue à l'analyse des risques liés aux activités. L'ensemble des fonctions « métier » (gestion des cotisations, prestations, réclamation, etc.) est encadré par des notes de procédures. Ces notes sont régulièrement mises à jour.

2) Le contrôle de 2nd niveau

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

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

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

Les contrôles de second niveau consistent principalement en une évaluation du respect des procédures, de la réglementation, de la culture de la Mutuelle ou de la conformité des opérations réalisées pour les adhérents. Leur réalisation est externe et indépendante des services ou activités contrôlés.

3) L'audit Interne

Présentation

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

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

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

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

Un plan d'audit pluriannuel est édité par le service, en coopération avec le cabinet d'audit qui accompagne la structure, afin de définir et prioriser les tâches de contrôle périodique.

L'audit interne se base ainsi sur :

- Les travaux réalisés par le contrôle interne de la structure
- Les éléments de maîtrise des différents processus et sous-processus
- L'évaluation des risques
- Les préconisations de la fonction clé gestion des risques.

Organisation :

La mission d'audit interne est effectuée par le cabinet Mazars pour le compte de la Mutuelle Just, en partenariat avec le responsable fonction clé audit interne et le directeur général.

Un accord de confidentialité ayant été signé avec le cabinet Mazars, celui-ci accède à l'ensemble des données qu'il juge nécessaires à l'exercice de ses missions. Il dispose par ailleurs d'un accès aux locaux de la Mutuelle sur simple demande.

Des commissions d'audit interne ont lieu de manière régulière, tous les ans, afin de suivre le plan d'audit et de participer à l'édition des rapports utiles.

Une antenne du cabinet Mazars se trouve à proximité de la Mutuelle, de manière à entretenir une relation professionnelle efficace.

Des canaux spécifiques sont mis en place afin de faciliter la communication entre la Mutuelle et le cabinet Mazars, via notamment : mail, téléphone, « Zoom » et « Microsoft Teams ».

Les collaborateurs du cabinet Mazars ont été spécifiquement sélectionnés en fonction de la connaissance du secteur d'activité de la Mutuelle de manière à élaborer, suivre et assurer le plan d'audit interne.

Les principales missions du cabinet, telles que définies au sein du contrat sont :

- Suivi de la conformité
- Remises des travaux demandés en fonction des délais requis
- Assurer les compétences des équipes en charge de l'audit
- Respect de la réglementation en vigueur au sein de la Mutuelle
- Conseiller la Mutuelle sur toute demande
- Participation à des réunions régulières

Construction du plan d'audit :

La Mutuelle et le cabinet Mazars se réunissent au moment de l'élaboration du plan d'audit pluriannuel afin d'échanger au sujet des problématiques que la Mutuelle souhaite traiter. A l'issue de cette entrevue, un plan d'audit interne est élaboré conjointement par les parties.

Celui-ci est fondé sur la classification des risques précédemment élaborée de manière à cibler les points d'attention particuliers de la Mutuelle. Sa réalisation nécessite :

- Une connaissance du cadre réglementaire ;
- Une analyse des précédents rapports d'audit ;
- Une connaissance des processus audités ;

- Les procédures associées ;
- Des objectifs et résultats attendus clairs.

Le plan d'audit interne est établi en prenant l'ensemble de ces paramètres en compte. Il a donc pour objectif principal de contrôler les zones de risques au sein de la Mutuelle et de vérifier la qualité du traitement.

Une fois les besoins en termes d'audit identifiés et les ressources documentaires réunies, le travail de terrain est réalisé en accord avec le plan d'audit interne.

Si la maîtrise du risque est insuffisante, l'auditeur effectuera les recommandations nécessaires à une rectification du niveau de risque. En 2020, les travaux d'audit ont porté sur :

- La liquidation des prestations :
 - o Processus de traitement des prestations au sein du service de gestion de la relation adhérents ;
 - o Processus de mise en paiement au sein du service comptabilité ;
 - o Cartographie des risques et contrôles de 2nd niveau ;
 - o Communication adhérent ;
 - o Liquidation de la prestation iSanté.

- L'instruction des dossiers de prestations :
 - o Processus de traitement des prestations au sein du service de gestion de la relation adhérents ;
 - o Processus de traitement des prestations au sein du service de centre d'appels ;
 - o Suivi des prestations et contrôles de 2nd niveau ;
 - o Gestion de la prestation iSanté ;
 - o Formations ;
 - o Suivi et prévention de la fraude.

Des manquements ont été remarqués notamment dans le cadre de la RGPD, de la DDA et de la loi Eckert. Des plans d'action ont néanmoins été mis en place et sont en cours de finalisation.

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

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

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

Il contribue également à :

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

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

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

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

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

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

5) Prévention de la fraude

Des contrôles ont été mis en place afin de prévenir les éventuelles fraudes internes :

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

Pour ce qui est de la fraude externe :

- la Mutuelle a adhéré à l'ALFA (agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance), lui permettant ainsi d'identifier d'éventuels fraudeurs, qu'ils soient prospects, adhérents ou professionnels de santé. La Mutuelle peut par ailleurs communiquer les informations dont elle dispose à l'ALFA dans le respect du cadre légal, notamment RGPD.
- Un contrôle sur les dates de soins et dates de contrats
- Un contrôle sur les montants anormalement élevés
- Un contrôle sur les fréquences anormalement élevées
- Un contrôle sur la qualité des pièces justificatives
- Un contrôle sur les paiements cumulés
- Etc.

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

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

Il s'agit :

- du service ressources humaines,
- du service informatique,
- du service communication,
- du service contrôle interne,
- des moyens généraux.

L'accès aux données est limité au niveau d'habilitation dont dispose chaque collaborateur, de manière à ce qu'il n'ait la possibilité d'accéder qu'aux données qui le concernent directement. Une politique de qualité des données existe au sein de la Mutuelle de manière à orienter le traitement de l'information. Les données disponibles au sein de la Mutuelle sont ainsi exactes, accessibles et à jour.

Des stratégies de sécurisation de ces données existent et sont appliquées au quotidien. Le contrôle interne relatif à la qualité des données existe afin de poursuivre cet objectif.

Par ailleurs, chaque collaborateur possède le droit d'avertir chaque responsable ou de lui faire part de toute information qu'il jugerait utile.

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

F) Le pilotage du contrôle interne

Le contrôle interne est piloté en fonction d'une série de normes et valeurs propres à la culture de la Mutuelle et en accord avec les attentes des régulateurs.

Les responsables du contrôle interne sont chargés du respect de l'éthique de la Mutuelle. Ils orientent le pilotage des activités et apportent une organisation appropriée à la réalisation des contrôles. Par ailleurs, une répartition claire des missions de contrôle est connue et diffusée sous forme de procédures formalisées.

Le contrôle interne se base de plus sur les risques préalablement identifiés en rapport à chaque activité contrôlée. Une hiérarchie, sous la forme du niveau de risque, a été établie afin d'adapter les contrôles aux besoins de la Mutuelle. La nature, la fréquence et la portée des contrôles sont donc proportionnées au niveau de risque et leur forme s'y adapte.

G) La fonction clé conformité

La fonction clé conformité travaille en lien avec le contrôle interne.

Un plan de conformité est mis à jour chaque année. Celui-ci liste l'ensemble des activités devant être menées par le service durant l'(es) année(s) à venir.

La fonction vérification de la conformité s'assure du respect des dispositions légales, réglementaires et administratives dans les activités suivantes :

1. **Protection de l'adhérent :**
 - ✓ Marketing et publicité
 - ✓ Conformité des produits et services commercialisés
 - ✓ Devoir de Conseil
 - ✓ Pratiques Commerciales, quel que soit le canal de vente utilisé
 - ✓ Réclamations

2. **Sécurité financière**
 - ✓ Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

3. **Ethique**
 - ✓ Conflits d'intérêts
 - ✓ Déontologie et bonne conduite des affaires

4. **Données personnelles**
 - ✓ Protection des données personnelles
 - ✓ Protection des données médicales

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

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

Les étapes sont les suivantes :

- **Identification des obligations** : veille réglementaire (y compris prospective) et leurs attendus.
- **Cartographie des risques** : analyse des impacts de non-conformité, mise à jour des cartographies des risques de non-conformité (risques et dispositifs de maîtrise des risques).
- **Plan annuel de la conformité** : formalisation d'un plan annuel de mise en conformité et des plans d'action associés / arbitrage / obtention des moyens nécessaires.
- **Procédures et contrôles** : formalisation des nouvelles procédures et programme de contrôle.

- **Déclinaison opérationnelle** : déclinaison des nouvelles procédures et des nouveaux contrôles au sein des lignes métiers.
- **Vérification de la conformité.**
- **Ajustement et pilotage** : sur la base de l'analyse des incidents/réclamations et des résultats des contrôles. Mise à jour de la cartographie.
- **Alerte** : gérer la relation avec les organes de supervision.

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

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

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

VI) La fonction clé d'audit interne

A) Rôle

La fonction clé de responsable Audit Interne est occupée par le directeur Comptable et Financier de la Mutuelle au vu de la taille de l'organisme.

L'objectif de la fonction clé d'audit interne est de garantir une bonne maîtrise des opérations de la Mutuelle tout en s'assurant de l'efficacité du contrôle permanent.

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

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

La fonction audit interne travaille en lien avec les autres fonctions clés tout en entretenant une collaboration étroite avec le comité d'Audit. Elle reporte directement au Conseil d'Administration.

Principaux risques liés aux conflits d'intérêts

Risque	Responsable	Maîtrise	Niveau du risque
Monitoring et reporting - Risque de résultats erronés	Directrice financière et comptable	Couvre partiellement le risque	Faible
Risques de délégation de pouvoir	Directrice financière et comptable	Couvre partiellement le risque	Faible
Risques d'ordonnement	Directrice financière et comptable	Couvre partiellement le risque	Faible
Activité non autorisée - Fausses déclarations	Directrice financière et comptable	Couvre partiellement le risque	Faible
Vol et fraude - Contrefaçon de documents	Directrice financière et comptable	Couvre partiellement le risque	Sensible

La cartographie des risques de la Mutuelle prend bien en compte l'existence possible de conflits d'intérêts issus du cumul des fonctions de responsable comptable et audit interne. En ce sens, traite les différents types de fraudes réalisables en cas de conflit d'intérêts avéré.

Face à celles-ci, la Mutuelle a mis en place un ensemble de moyens de maîtrises dont la liste complète est accessible au sein de nos cartographies, ceux-ci consistant principalement en :

- Des contrôles réalisés à priori et à posteriori (rapprochements, contrôles de niveau 2 menés par la gestion des risques, etc.)
- Une délégation des pouvoirs dont l'objectif est d'éviter une centralisation des différentes missions au sein du service comptabilité, de manière à éviter tout abus de position.
- Les rapports des commissaires aux comptes, du cabinet actuariel Garcia Rochette ainsi que du cabinet Mazars en charge des missions d'audit interne externalisées.

Une copie du contrat d'externalisation a à cet effet été transmise à l'ACPR.

B) Examen et contrôle du profil de risque de l'Audit Interne

Suite à l'analyse des risques présentés par la nomination du responsable comptabilité en tant que responsable audit interne, il a été une nouvelle fois mis en avant que :

- Les risques de fraude sont dans l'ensemble faibles
- Les moyens de maîtrise des risques sont efficaces et suffisants
- L'audit interne externalisé ainsi que le responsable fonction clé sont indépendants
- Les opportunités de fraude sont presque inexistantes (séparation des tâches)

A la lumière de cette analyse, nous estimons qu'il n'existe pas de réel conflit d'intérêt entre les fonctions de direction comptable et d'audit interne.

Le cabinet Mazars n'est en position de ne subir aucune pression du service comptabilité : il répond au directeur général en priorité.

VII) Fonction actuarielle

La fonction actuarielle a été assurée par Ghislain DECOBECQ.

Depuis le 1^{er} Juillet 2017, cette fonction est prise en charge par Carine DEHON.

Cette dernière :

- Est forte de 15 années d'ancienneté,
- Participe à la création des gammes (sauf de 2010 à 2016), la tarification des contrats individuels et collectifs, la revalorisation et le suivi du portefeuille depuis 2017.

Le travail de la fonction actuarielle repose sur 3 piliers :

- Suivi du portefeuille
- Calculs des provisions
- Travaux actuariels

Le suivi du portefeuille consiste à suivre mensuellement :

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

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

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

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

VIII) Sous-traitance

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

A) Procédure de sélection

Tout projet d'externalisation de fonction clefs ou de fonctions critiques est décidé par le Conseil d'administration. Cette décision repose notamment sur l'analyse des risques adossés à ce projet. Lorsque le projet est validé, une procédure de sélection de prestataires est engagée.

La Direction générale présélectionne ou supervise la présélection de plusieurs prestataires. A cette fin, un cahier des charges peut être rédigé.

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

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

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

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

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

B) Suivi et contrôle

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

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

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

Par ailleurs, en accord avec la politique de contrôle interne, une surveillance est menée sur les activités des prestataires. Des contrôles de qualité, conformité, de délais ou autre sont menés et inscrits au plan de contrôle de niveau 2 ainsi qu'au plan d'audit si nécessaire.

Partie III - Profil de risque

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

➤ Identification

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

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

➤ Mesure

Consécutivement à l'identification, la Mutuelle définit des critères de mesure et de quantification des risques (fréquence, impact, etc.), ceci au moyen d'outils, de règles ou d'indicateurs (cartographie des risques, formule standard, business-plan).

➤ Contrôle et gestion

Le contrôle et la gestion des risques sont assurés par l'organisation décrite dans le paragraphe précédent qui permet de surveiller et de piloter les risques afin d'en limiter leurs impacts. Enfin, dans le cadre de l'activité de contrôle, la Mutuelle prévoit des plans de redressement permettant de limiter l'exposition de la Mutuelle en cas de survenance d'un événement majeur.

➤ Déclaration

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

I) Risque de souscription

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

Le risque de souscription et de provisionnement de la Mutuelle correspond au risque de perte financière découlant d'une tarification ou d'un provisionnement inadapté à la garantie sous-jacente (les cotisations ne permettent pas de couvrir les prestations et frais de l'organisme ou les provisions ne permettent pas de couvrir les prestations afférentes).

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

- Des hypothèses de tarification et de provisionnement ;
- De la structure tarifaire du produit ;
- De la structure des garanties ;
- Du canal de distribution des produits
- Des informations sur la population, disponibles pour la tarification et le provisionnement.

B) Mesure du risque de souscription et risques majeurs

La Mutuelle pilote son risque de souscription et de provisionnement au travers de plusieurs indicateurs suivis régulièrement et présentés à la direction et au conseil d'administration. Les principaux indicateurs sont :

- L'évolution du portefeuille (nombre d'adhérents ou montant de cotisations) ;
- Le ratio combiné ((Prestations + Frais) / Cotisations) qui s'élève à 83% pour l'exercice 2018.
- Les écarts entre les provisions estimées et les prestations constatées.

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

C) Maitrise du risque de souscription

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

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

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

II) Risque de marché

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

Le risque de marché correspond à l'impact sur peut provenir :

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

B) Mesure du risque de marché et risques majeurs

La Mutuelle pilote son risque de marché au travers de plusieurs indicateurs suivis régulièrement et présentés à la direction et au conseil d'administration. Les principaux indicateurs sont :

- L'allocation stratégique des investissements validée par le conseil d'administration ;
- Le coût d'un euro de placement en termes de SCR ;
- L'évolution des plus et moins-values latentes et rendement par type d'actifs/pays/secteur ;
- L'évolution des notations des actifs en portefeuille ;
- La concentration du portefeuille sur un secteur, pays ou zone géographique.

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

C) Maîtrise du risque de marché

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

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

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

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

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

III) Risque de crédit

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

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

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

B) Mesure du risque de crédit et risques majeurs

La Mutuelle pilote son risque de marché au travers de plusieurs indicateurs suivis régulièrement et présentés à la direction et au conseil d'administration. Les principaux indicateurs sont :

- La notation des banques ;
- La notation des réassureurs ;
- La concentration du portefeuille en termes de banques et de réassureurs ;
- Le suivi du paiement des créances des adhérents et des tiers.

C) Maîtrise du risque de crédit et risques majeurs

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

IV) Risque de liquidité

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

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

B) Mesure du risque de liquidité et risques majeurs

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

- L'évolution du montant des prestations réglées et provisionnées ;
- Les délais de règlement ;
- Le niveau de trésorerie ;
- Le montant total du bénéfice attendu inclus dans les primes futures ;
- La liquidité des placements détenus en portefeuille.

C) 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 poche d'actifs de court terme pouvant être vendus immédiatement afin de faire face à une potentielle impasse de trésorerie à court terme.

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

V) Risque opérationnel

A) Appréhension du risque opérationnel au sein de la Mutuelle

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

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

B) Mesure du risque opérationnel et risques majeurs

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

Au sein de la cartographie des risques, l'identification des risques opérationnels majeurs fait l'objet d'une analyse et donne lieu à des plans d'actions visant à restreindre ou éliminer les causes sous-jacentes.

C) Maîtrise du risque opérationnel

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

Partie IV - Valorisation à des fins de solvabilité

I) Actifs

A) Les placements immobiliers

Les placements immobiliers sont inscrits au bilan pour un montant total de 12 574 K€ en valeur nette comptable. Leur valeur de marché globale s'élève à 12 580 K€, permettant la reconnaissance d'une plus-value latente de 6 K€. Ces placements se décomposent comme suit.

2020	Valeur sociale (en €)	Valeur de marché (en €)
SCI Just' Immo	777 922	777 922
SCI En Famille	2 708 200	2 708 200
SCI JEF Rue de la poste	1 369 485	1 369 485
SCI JEF Charles de Gaulle	380 000	386 081
Immeuble Avenue de Verdun	7 337 937	7 337 937
Total	12 573 544	12 579 625

Pour mémoire, en 2019, la décomposition des placements immobiliers se présentait comme suit.

2019	Valeur sociale (en €)	Valeur de marché (en €)
SCI Just' Immo	807 875	807 875
SCI En Famille	2 708 200	2 740 866
SCI JEF Rue de la poste	1 358 555	1 358 555
SCI JEF Charles de Gaulle	380 000	397 801
Immeuble Avenue de Verdun	7 551 545	7 551 545
Total	12 806 175	12 856 642

Il est à noter qu'une provision pour dépréciation durable est prise en compte pour les SCI Just'Immo (322 K€) et la SCI JEF Rue de la Poste (131 K€).

B) Les placements obligataires

Conformément aux prescriptions de l'ACPR et dans un objectif de comparabilité, les montants de placements obligataires ont été renseignés nets de surcotes et décotes dans la colonne relative aux comptes sociaux de l'état prudentiel concerné. Les obligations sont séparées entre obligations d'entreprises et obligations souveraines. La valeur brute des obligations est de 10 817 K€ pour une valeur de marché de 11 388 K€ (y compris coupons courus). La liste des obligations est la suivante.

	Valeur brute	VM	Intérêts courus
SG SFH 4% 18/01/22	397 480	434 380	15 432
RABOBANK 2.375% 22/05/23	496 140	539 778	7 418
TOTALCAPIN 2.125% 11/21	502 664	512 548	1 368
EDF 2.25% 27/04/21	497 805	511 913	7 798
BNP 2.25% 13/01/2021	498 050	511 314	11 004
CASSA DEPOSITI PRESTITI 2.75%	199 598	205 915	3 300
AIRFP 2.3750% 02/04/24	411 080	436 320	7 236
FONCIERE LYONNAISE 1.875%	199 754	203 073	411
BPCE 1,125 18/01/23	99 879	103 758	1 085
DAIMLER INTL FINANCE E3M 11/05/22	200 498	200 542	0
CMARK 1.25% 05/31/24	198 726	209 573	1 500
BFCM 1,625%	395 292	430 752	908
ADLER REA 2,125%	201 980	206 719	3 878
CABKSM 1.125% 05/17/24	199 762	209 421	1 436
ILIAD 2,125%	210 760	206 884	361
WIENERBERGER	124 129	132 537	1 699
PAPREC HOLDING 4%	303 750	304 792	4 133
CASA 2,8 16/10/25	409 800	439 272	2 458
ILIAD 1,5 14/10/24	288 600	305 090	1 023
ORANGE 1 %12/09/25	198 700	211 278	630
BVIFP 1,875% 01/06/25	199 820	216 553	3 740
ATOFFP 1,75% 05/07/25	99 633	108 577	1 165
ING GROUP 2,125 10/01/26	99 813	112 665	2 096
ORANGE 2% 15/01/29	199 694	234 772	3 891
TITIM 4% 04/11/24	202 849	227 187	6 014
ITV 2% 01/12/23	203 340	207 293	384
CNH INDUSTRIAL 1,75% 25/03/27	109 443	119 482	1 522
FNAC DARTY 2,625%	200 160	207 318	510
BANCO SAB 1,75%	200 300	209 615	2 301
SPIE 2,625%	200 070	212 753	2 891
AROUNDTOWN 1,45%	197 525	213 581	1 430
WORLDLINE 0,25%	199 000	202 134	149
BALL 0,875	299 842	300 890	29
FORD 1,744	237 000	238 257	1 925
LOXAM 6%	204 730	204 000	2 667
ADP 2,125	200 128	227 050	3 237
DAIMLER 2,625%	181 268	205 437	3 573
CAPGEMINI 1,625%	99 412	109 362	1 180
AMADEUS IT 2,5%	299 706	327 346	4 726
CELLNEX 2,875%	106 828	110 343	2 064
NETFLIX 3,625%	221 782	224 507	1 007
BELFIUS 0,375%A	199 536	202 395	257
AUCHAN HOLDING SA 3,25 23/07/27	322 650	350 748	4 434
UBISOFT 0,878%	100 000	100 746	101
URW 0,625%	198 478	199 531	110
Total	10 817 455	11 388 399	124 481

L'obligation de la Caisse des dépôts italienne est une obligation souveraine.

D) Les fonds d'investissements

La mutuelle détient des fonds d'investissement pour une valeur nette comptable de 3 266 K€ et une valeur de marché de 3 302 K€. Les fonds d'investissement sont listés ci-après.

2020 (en €)	Valeur nette comptable	Valeur de marché
BTP trésorerie	784 791	784 791
DNCA Invest	300 758	300 758
Schelcher Prince Opportunités	350 266	364 681
Alpha Bonds	299 707	305 141
Helium Fund	300 000	300 758
TARN REVERSE FLOATER	300 184	309 086
FCPI Re-Sources 2	579 636	579 636
Sycomore	350 703	356 999
Total	3 266 046	3 301 851

Pour rappel, les fonds d'investissement présents en portefeuille à l'inventaire 2019 étaient les suivants.

2019 (en €)	Valeur nette comptable	Valeur de marché
BTP trésorerie	118 563	118 563
ECOFI Convertibles Euros	398 508	398 508
DNCA Invest	305 126	311 949
Schelcher Prince Opportunités	345 521	345 521
Alpha Bonds	299 707	304 791
Helium Fund	300 184	302 562
FCPI Re-Sources 2	579 636	579 636
Sycomore	350 703	352 306
Total	2 697 948	2 713 836

E) Les actions

Des parts sociales du Crédit Mutuel sont présentes dans le bilan de Just' pour une valeur nette comptable de 22 K€, égale à leur valeur de marché, ainsi que des participations dans les entreprises UES Premia (61 K€) et Opéra Courtage (4 K€) pour une valeur nette comptable totale de 65 K€, égale à la valeur de marché. Ces placements sont identiques à ceux de 2019.

F) Les autres placements

Les autres placements de Just' sont deux bons de capitalisation pour un montant de 2 763 K€ en valeur nette comptable et en valeur de marché (y compris coupons courus), un prêt pour une valeur nette comptable, égale à la valeur de marché, de 29K, quatre comptes sur livret pour un montant de 2 093 K€ et des dépôts pour 140 K€.

La décomposition de ces placements se présente comme suit.

2020 (en €)	Valeur nette comptable	Valeur de marché
Bon de capitalisation AXA	2 244 937	2 244 937
Bon de capitalisation One Capi	518 325	518 325
Prêt 0,45%	29 392	31 982
CSL Crédit Agricole	10	10
CSL Associatis CE	1 937 213	1 937 213
Livret A	94 743	94 743
Compte sur livret CIC	61 410	61 410
Dépôts et cautionnements	140 267	140 267
Total	5 026 297	5 028 886

Pour rappel, cette décomposition se présentait comme suit en 2019.

2019 (en €)	Valeur nette comptable	Valeur de marché
Bon de capitalisation AXA	2 216 127	2 216 127
Bon de capitalisation One Capi	512 507	512 507
Prêt 0,45%	31 982	31 982
CSL Associatis CE	1 934 473	1 934 473
Livret A	94 252	94 252
Compte sur livret CIC	61 346	61 346
Dépôts et cautionnements	140 210	140 210

G) Les provisions réassurées

Un montant de provisions réassurées de 4 K€ (contre 9 K€ en 2019) est inscrit à l'actif du bilan social. Sous le régime Solvabilité II, un ajustement permettant de tenir compte du défaut du réassureur est pris en compte. La meilleure estimation réassurée est de 4 K€.

H) Les actifs incorporels

La mutuelle reconnaît un montant d'actifs incorporels dans ses comptes sociaux de 517 K€ (contre 563 K€ en 2019). La valeur de marché de ces actifs est nulle.

I) Les autres créances et la trésorerie

Les créances sont valorisées, selon la norme prudentielle solvabilité II, à leur valeur nette comptable, soit un montant de 318 K€ (contre 2 050 K€ en 2019). Il en est de même pour la trésorerie pour un montant de 5 390 K€ (contre 2 115 K€ en 2019) et pour le poste « autres actifs » concernant des charges constatées d'avance pour un montant de 217 K€ (contre 297 K€ en 2019).

J) Les impôts différés actifs

Les impôts différés actifs ont été calculés, pour chaque poste concerné, par application du taux de 28% à la différence entre la valeur prudentielle et la valeur fiscale du poste de bilan concerné, lorsque cette différence matérialise une perte latente. A l'inventaire 2020, les postes concernées par les impôts différés actifs sont les provisions et les actifs incorporels. Le détail du calcul est présenté dans le paragraphe III. A).

VI) Provisions techniques

A) Les provisions techniques sociales

a. Les provisions pour prestations à payer santé

Dans les comptes sociaux, les provisions santé sont constituées des provisions pour sinistres à payer pour un montant total de 6 895 K€, lequel se décompose comme suit.

Valeur sociale (en €)	2020	2019
PSAP Santé	5 247 974	5 371 035
Frais de gestion des sinistres	153 931	135 252
Taxe COVID	1 493 080	-
Total	6 894 985	5 506 287

b. Les provisions vie

Les provisions vie sont des provisions pour sinistres à payer pour un montant total de 280 K€ (contre 235 K€ en 2019).

B) Les provisions techniques prudentielles

a. Calcul de la meilleure estimation santé

La principale différence entre les provisions pour sinistres à payer et la meilleure estimation pour sinistres est due à l'actualisation des flux futurs. De plus, nous appliquons à la provision un taux de frais de gestion des placements de 0,65%. La meilleure estimation pour sinistres est de 6 958 K€ pour une provision pour sinistres à payer de 6 895 K€.

Un ajustement pour primes, émises avant l'inventaire et potentiellement génératrices de résultat futur, a été pris en compte. En effet, un montant de 40 938 K€ de primes est pris en compte pour l'exercice 2021. Le ratio combiné de sinistralité estimé sur l'exercice 2021 est de 102,97%. La meilleure estimation pour primes se décompose comme suit.

Meilleure estimation pour primes	2020	2019
Cotisations	-40 938	-39 200
Prestations	32 738	30 415
Frais	9 416	9 016
Total	1 216	231

- La meilleure estimation pour primes, à additionner à la meilleure estimation pour sinistres, est de 1 216 K€ (contre 231 K€ en 2019). Les frais de gestion des prestations, les frais d'acquisition, les frais d'administration ainsi que les frais de gestion des investissements sont inclus dans le ratio combiné, donc, de fait, dans la meilleure estimation calculée.

Le total de meilleure estimation non-vie est donc de 8 174 K€ (contre 5 767 K€ en 2019), contre 6 895 K€ de provisions pour sinistres à payer comptabilisée dans les comptes sociaux. La hausse de la meilleure estimation santé s'explique par la prise en compte de la taxe COVID (1 493 K€) ainsi que par la hausse de la meilleure estimation pour primes (passage de 231 K€ à 1 216 K€).

b. Calcul de la meilleure estimation vie

La mutuelle porte des garanties décès annuelles. La meilleure estimation de ces garanties est actualisée et tient compte d'un taux de frais de gestion des placements de 0,65% et a été estimée à 281 K€ (contre 236 K€ en 2019).

Un ajustement pour résultat futur sur cotisations déjà émises a été pris en compte. Le montant de cotisations émises en 2020 pour l'exercice 2021 est de 742 K€. Le ratio combiné est estimé à 141%. La meilleure estimation pour primes est donc de 301 K€ (contre 326 K€ en 2019), à rajouter à la meilleure estimation des provisions pour sinistres à payer, pour faire un total de 582 K€ (contre 562 K€ en 2019).

c. Calcul de la marge de risque

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

Ainsi, il a été considéré qu'un an suffisait à écouler tous les contrats en cours et, donc, que la projection du SCR sur un an seulement suffisait pour le calcul de la marge de risque, les SCR futurs étant négligeables. La marge de risque globale correspond à 6% du SCR (hors risque de marché sur fonds propres) actualisé sur un an, soit 547 K€ décomposé comme suit.

(en €)	2020	2019
Marge de risque Santé	510 422	490 740
Marge de risque Vie	36 554	47 815
Total	546 976	538 555

VII) Autres passifs

A) Les Impôts différés passifs

	Valeur fiscale	Valeur de marché	Impôts différés
Actifs Incorporels	516 790	-	-144 701
Provisions techniques réassurées	4 291	4 289	-1
Provisions techniques	7 174 985	9 305 660	-596 589
Total impôts différés actif	-	-	-741 291
Immobilier	12 573 544	12 579 625	1 703
Actions	11 194 515	11 689 157	138 500
Autres placements	5 026 297	5 028 886	725
Total impôts différés passif	-	-	140 928

Les impôts différés passifs ont été calculés, pour chaque poste concerné, par application du taux de 28% à la différence entre la valeur prudentielle et la valeur fiscale du poste de bilan concerné, lorsque cette différence matérialise un gain latent. A l'inventaire 2020, aucun poste d'impôt différé passif n'a été pris en compte. En effet, la non prise en compte des actifs incorporels et l'augmentation des provisions techniques (prise en compte de la marge de risque et la provision pour primes) valorisent les fonds propres économiques à un montant inférieur aux fonds propres fiscaux. Le détail du calcul se présente comme suit.

La mutuelle est en situation d'actif net d'impôts différés de 600 K€. Cette situation, à l'avantage de la mutuelle, n'est pas comptabilisée à l'actif du bilan prudentiel et aucun poste d'impôt différé n'est reconnu.

B) Les autres dettes

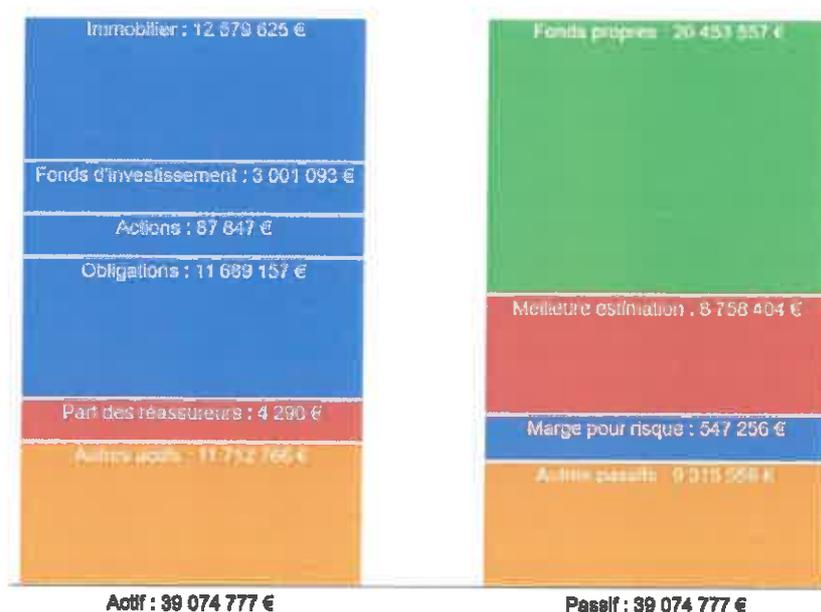
Les dettes sont supposées constantes entre les deux régimes pour un montant total de 9 315 K€ (contre 10 365 K€ en 2019). Ces dettes sont composées d'une part des provisions pour risques pour un montant de 520 K€ (contre 1 772 K€ en 2019) et d'autre part des dettes pour un montant de 8 795 K€ (contre 8 593 K€ en 2019). L'évolution de la provision pour risques et charges entre le référentiel comptable et le référentiel prudentiel s'explique par le retraitement de la taxe COVID : cette taxe est reprise en provision pour sinistres à payer sous Solvabilité II.

VIII) Méthode de valorisation alternative

Aucune méthode de valorisation alternative n'a été utilisée.

IX) Autres informations

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



Partie V : Gestion du capital

A) Fonds propres

Sous le régime Solvabilité II, les fonds propres économiques s'élèvent à **20 454 K€** (contre 20 438 K€ en 2019). Le fonds d'établissement est classé en « Fonds initial ». Les autres fonds propres sont, quant à eux, classés dans la réserve de réconciliation et relèvent du niveau 1 non restreint. En détail, les fonds propres économiques se décomposent comme suit :

- Fonds de dotation : 381 100 € ;
- Réserves libres : 35 585 830 € ;
- Report à nouveau : - 14 372 754 € ;
- Résultat 2020 : 968 488 € ;
- Non prise en compte des actifs incorporels : - 516 789 € ;
- Plus-values latentes sur placements : 538 359 € ;
- Evolution de la meilleure estimation : - 1 583 421 € ;
- Impact de la marge de risque : - 547 256 € ;

L'évolution du bilan prudentiel entre les deux derniers exercices se présente comme suit.

	2019	2020
Placements	32 352 771	32 386 608
- Immobilier	12 856 642	12 579 625
- Actions	87 847	87 847
- Obligations	11 703 550	11 689 157
- Fonds d'investissement	2 713 836	3 001 093
- Dépôts autre que la trésorerie	4 990 897	5 028 886
Meilleure estimation réassurée	8 605	4 290
Trésorerie	2 114 504	5 390 165
Autres actifs	3 195 134	1 293 714
Total actif	37 671 014	39 074 777
Provisions non-vie	6 257 529	8 685 088
- Meilleure estimation sinistres	5 535 790	6 958 477
- Meilleure estimation primes	231 000	1 215 850
- Marge de risque	490 740	510 761
Provisions vie	609 696	620 572
- Meilleure estimation sinistres	236 259	282 702
- Meilleure estimation primes	325 622	301 375
- Marge de risque	47 815	36 495
Autres passifs	10 365 561	9 315 559
Total passif	17 232 786	18 621 219
Actif net	20 438 228	20 453 557

L'évolution des fonds propres entre les deux exercices s'expliquent comme suit.

Evolution des fonds propres économiques (en €)	Inventaire 2020
Fonds propres économiques 2019	20 438 228
Evolution des fonds propres comptables	968 489
Evolution des plus-values latentes sur placements	5 020
Evolution des meilleures estimations pour primes	-960 603
Evolution des meilleures estimations pour sinistres	-35 432
Evolution de la marge de risque	-8 701
Evolution de la non prise en compte des actifs incorporels	46 557
Fonds propres économiques 2020	20 453 557

Le maintien des fonds propres économiques sur l'exercice 2020 s'explique par la compensation de deux effets :

- La reconnaissance d'un résultat excédentaire permet une hausse des fonds propres économiques de 968 K€ ;
- Les résultats espérés sur l'exercice 2021 sont déficitaires entraînant une hausse des meilleures estimations pour primes de 961 K€.

Les plus-values latentes sur placements se maintiennent sur l'exercice 2021.

B) Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis

Sept fonds d'investissement de la mutuelle ont été observés par transparence. Les parts de FCPI ne sont pas observés par transparence. Cette observation permet d'appliquer à chaque sous-jacent des fonds le choc correspondant dans le sous-module de risque correspondant. Synthétiquement, les fonds sont composés des éléments d'actifs suivants.

2020	Valeur de marché (en €)	Proportion
Obligations souveraines	480 190	16%
Obligations d'entreprises	1 250 922	42%
Actions	354 559	12%
Fonds d'Investissements	136 321	5%
Trésorerie	197 051	7%
Autre	2 414	0%
Fonds en direct	579 636	19%
Total	3 001 093	100%

Pour mémoire, les fonds d'investissement étaient composés des éléments suivants en 2019.

2019	Valeur de marché (en €)	Proportion
Obligations souveraines	473 226	17%
Obligations d'entreprises	1 076 358	40%
Actions	272 725	10%
Fonds d'Investissements	187 750	7%
Trésorerie	121 425	4%
Autre	2 714	0%
Fonds « en direct »	579 636	21%
Total	2 713 836	100%

L'observation par transparence montre une forte proportion d'obligations d'entreprises (42%). Ces obligations sont choquées dans le risque de taux et le risque de spread. Les obligations souveraines (16%) sont prises en compte dans le risque de taux seulement.

Les actions représentent 12% des fonds d'investissement et sont considérés comme des actions de type 1. Environ 7% des sous-jacents des fonds d'investissements observés par transparence sont des fonds d'investissement considérés comme des actions de type 2.

Le fonds détenu « en direct » (19%) est le FCPI dont l'observation par transparence n'est pas disponible.

C) Le risque de marché

a. *Le risque de taux et le risque de spread*

A l'actif, sont concernés par le risque de taux, l'ensemble des obligations détenues en direct (souveraines ou d'entreprises) ainsi que l'ensemble des obligations issus de l'observation des fonds d'investissements; une hausse des taux entraînant une diminution de la valeur de marché des obligations. Cette hausse est en partie compensée par la baisse des provisions techniques.

Le capital de solvabilité requis pour le risque de taux est de **385 K€** (contre 474 K€ en 2019) et se décompose comme suit.

Type de placements	SCR 2019	SCR 2020
Obligations d'entreprises issues des fonds	27 663	38 477
Obligations souveraines issues des fonds	25 452	10 994
Obligations d'entreprises détenues en direct	391 765	365 887
Obligations souveraines détenues en direct	29 377	824
Impact sur les actifs	474 257	416 182
Impact sur les provisions techniques	-	-31 278
SCR taux	474 257	384 904

Le risque de spread concerne seulement les obligations d'entreprises détenues en direct et celles issues de l'observation par transparence des fonds d'investissements.

Le capital de solvabilité requis pour le risque de spread est de **1 122 K€** (contre 1 059 K€ en 2019) et se décompose comme suit.

Type de placements	SCR 2019	SCR 2020
Obligations d'entreprises détenues en direct	983 260	1 046 067
Obligations d'entreprises issues des fonds	76 114	76 163
SCR spread	1 059 374	1 122 229

b. Le risque actions

La mutuelle Just' détient un montant de 22 K€ de parts sociales et une participation de 65 K€ en valeur de marché. Les autres actifs concernés par le risque actions sont les actions issues de l'observation par transparence ainsi que les fonds d'investissement issus de cette même observation et les fonds d'investissement qui ne sont pas observés par transparence. Enfin, l'EMTN TARN est considéré comme un produit structuré et est choqué comme une action de type 2.

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

Le choc sur les actions de type 1 est évalué à hauteur de 38,52% (39% définis par les mesures transitoires auquel est ajouté un effet asymétrique permettant de prendre en compte la position cyclique des marchés actuels de -0,48%). Le choc pour les actions de type 2 est de 48,52% (49% défini par le règlement délégué auquel est ajouté l'effet asymétrique de -0,48%).

Les actifs soumis à ce risque se décompose comme suit à l'Inventaire 2019.

Type de placements	VM 2019	VM 2020
Participations (Type 1)	64 980	64 980
Actions observées par transparence (Type 1)	272 725	354 559
Actions non cotées (Type 2)	22 867	22 867
Fonds issus de l'observation par transparence (Type 2)	187 750	136 321
Produits structurés (Type 2)	275 370	300 758
Fonds non observés par transparence (Type 1)	579 636	579 636
Total	1 403 328	1 459 121

Le capital requis pour le risque actions est de 626 K€ (contre 617 K€ en 2019) se décompose comme suit.

Type de placements	SCR 2019	SCR 2020
Actions de type 1	120 440	150 872
Actions de type 2	521 303	504 405
Effet de diversification	-24 944	-19 742
SCR actions	616 799	625 570

c. Le risque Immobilier

La valeur de marché globale de l'immobilier de la mutuelle est de 12 580 K€. Le choc sur ces actifs immobiliers est de 25%. Le capital requis pour le risque immobilier est de 3 145 K€ (contre 3 214 K€ en 2019) et se décompose comme suit.

Type de placements	SCR 2019	SCR 2020
SCI Just' Immo	201 969	194 481
SCI En Famille	685 216	677 050
SCI JEF Rue de la poste	339 639	342 371
SCI JEF Charles de Gaulle	99 450	96 520
Immeuble Avenue de Verdun	1 887 886	1 834 484
SCR Immobilier	3 214 161	3 144 906

d. Le risque de change

Le portefeuille de placement de la mutuelle ne contient pas de placements en devises. Cependant, l'observation par transparence fait apparaître des lignes de placement libellées en devises pour un montant de 9 K€ (contre 68 K€ en 2019). Le choc sur ces placements est de 25%. Le capital requis pour le risque de change est de 2 K€ (contre 16 K€ en 2019).

e. Le risque de concentration

Le risque de concentration permet de prendre en compte le manque de diversification du portefeuille de placements. La formule standard est appliquée et le capital requis pour le risque de concentration est de 661 K€ (contre 599 K€ en 2019). Le risque de concentration est essentiellement constitué par l'immeuble de l'avenue de Verdun.

Agrégation des risques et SCR marché

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

	SCR marché 2019	SCR marché 2020
SCR spread	1 059 374	1 122 229
SCR taux	474 257	384 904
SCR actions	616 799	625 570
SCR immobilier	3 214 161	3 144 906
SCR change	16 182	2 361
SCR concentration	599 101	661 053
Effet de diversification	-1 527 917	-1 506 394
SCR de marché	4 451 957	4 434 630

D) Le risque de souscription santé

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

a. *Le risque de primes et de provisions*

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

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

(en €)	2019	2020
Cotisations acquises N	40 859 770	39 088 802
Cotisations espérées N+1	39 000 000	40 821 056
Meilleure estimation santé	5 527 185	6 954 185

Le volume de primes se calcule en tenant du maximum entre les cotisations N et N+1 auquel il faut ajouter 2/12 des cotisations N+1.

En application de la formule définie par le règlement délégué, le capital de solvabilité requis pour le risque de primes et de provisions est de **7 806 K€** (contre un SCR de 7 621 K€ en 2019). La hausse du SCR souscription s'explique par une augmentation des cotisations espérées sur l'exercice N+1.

b. *Le risque catastrophe*

Le risque d'accident de masse

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

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

Just' assure le remboursement des frais de soin ainsi que le remboursement d'indemnités journalières. La mutuelle protège 31 138 personnes au 31 décembre 2020 et le coût de remboursement des frais de soin moyen a été estimé à 1 000 € en cas d'accident, par prudence. Le capital requis pour le risque d'accident de masse est de **5 K€** (contre 5 K€ en 2019).

Le risque de concentration

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

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

Le risque de pandémie

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

Le nombre de personnes protégées, comme pour le risque d'accident de masse, est de 31 138. Le coût d'une hospitalisation est estimé à 1 000 € et le coût d'une consultation à 10 €, par prudence. Le capital requis pour le risque de pandémie est de 145 K€ (contre 168 K€ en 2019).

Après application de la matrice de corrélation, le capital requis pour le risque catastrophe est de 149 K€ (contre 168 K€ en 2019) et se décompose comme suit :

(en €)	2019	2020
SCR accident de masse	5 255	4 671
SCR concentration	-	-
SCR pandémie	168 154	149 462
Effet de diversification	-5 173	-4 598
SCR Catastrophe	168 236	149 535

Agrégation des sous-modules et calcul du SCR souscription santé

En tenant compte des résultats ci-dessus, après application de la matrice de corrélation, le capital requis pour le risque de souscription santé est de 7 845 K€ (contre 7 664 K€ en 2019), décomposé comme suit.

(en €)	2019	2020
SCR primes et provisions	7 620 626	7 806 495
SCR catastrophe	168 236	149 535
Effet de diversification	-124 446	-110 815
SCR souscription santé	7 664 416	7 845 216

E) Le risque de souscription vie

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

Le risque de mortalité, défini par le règlement délégué, prévoit une augmentation de tous les taux de décès de 15%. Au cas d'espèce, le capital requis pour le risque de mortalité est de **42 K€** (contre 35 K€ en 2019).

Le risque catastrophe, défini par le règlement délégué, repose sur une hausse soudaine de 0.15 point de pourcentage des taux de mortalité au cours des 12 mois à venir. Le capital requis pour le risque catastrophe est calculé en utilisant la formule simplifiée autorisée à l'article 96 de ce même règlement et est estimé à **28 K€** (contre 31 K€ en 2019). Les capitaux sous risque sont estimés à 18 544 K€ (contre 20 516 K€ en 2019).

Après utilisation de la matrice de corrélation, le capital requis pour le risque vie est estimée à **56 K€** (contre 52 K€ en 2019) et décomposé comme suit.

(en €)	2019	2020
SCR mortalité	35 439	42 405
SCR catastrophe	30 774	27 816
Effet de diversification	-13 789	-13 992
SCR souscription vie	52 424	56 229

F) Le risque de contrepartie

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

Pour chaque contrepartie de type 1, il est nécessaire de calculer une perte en cas de défaut. Concernant les comptes à terme et les livrets, la perte en cas de défaut est égale à la valeur de marché de chaque actif. En ce qui concerne les réassureurs, la perte en cas de défaut tient compte également de la perte de couverture prudentielle. Le risque de contrepartie de type 1 se calcule en tenant compte de l'ensemble des actifs d'un même émetteur. Au cas d'espèce, les contreparties de type 1 sont, d'une part, le réassureur Générali pour une perte en cas de défaut de 4 K€ (contre 12 K€ en 2019) et, d'autre part, les éléments de trésorerie suivants.

Contrepartie 2020	Perte en cas de défaut
BPCE	2 063 057
AXA	2 244 937
CIC-CM	79 559
Prêt	31 982
CNP	518 325
BNP	27 747
Crédit Agricole	593 152
Société Générale	4 720 026
Total	10 278 784

Pour rappel, les pertes en cas de défaut des contreparties en 2019 se décomposent comme suit.

Contrepartie 2019	Perte en cas de défaut
BPCE	2 058 152
AXA	2 216 127
CIC-CM	79 145
Prêt	31 982
CNP	512 507
BNP	23 223
Crédit Agricole	307 316
Société Générale	1 693 856
Banque postale	42 882
Total	6 965 191

Les contreparties de type 2 sont les créances inscrites au bilan hors créances d'Etat. Le montant de ces créances est de 501 K€ (contre 2 050 K€ en 2019) ; elles datent toutes de moins de trois mois. Le capital requis pour le risque de contrepartie est de 524 K€ (contre 550 K€ en 2019) et se décompose comme suit.

(en €)	2019	2020
SCR contrepartie de type 1	280 862	465 758
SCR contrepartie de type 2	307 460	75 145
Effet de diversification	-37 917	-16 426
SCR contrepartie	550 405	524 477

Malgré la baisse des créances, le SCR contrepartie se maintient sur l'exercice 2020. En effet, la hausse de la trésorerie compense la diminution des créances inscrites au bilan.

G) Le SCR de base

Après le calcul de l'ensemble des sous-modules, le calcul du BSCR s'effectue en tenant compte de la matrice de corrélation définie par le règlement délégué.

Le SCR de base est estimé à 10 123 K€ (contre 9 980 K€ en 2019) et se décompose comme suit.

	BSCR 2019	BSCR 2020
SCR Marché	4 451 957	4 434 630
SCR Santé	7 664 416	7 845 216
SCR Vie	52 424	56 229
SCR Contrepartie	550 405	524 477
Effet de diversification	-2 739 412	-2 737 947
BSCR	9 979 789	10 122 605

H) Le risque opérationnel

Le risque opérationnel est le risque de perte résultant de procédures internes, de membres du personnel ou de systèmes inadéquats ou défectueux, ou d'événements extérieurs. Le SCR opérationnel est calculé par une formule linéaire dépendant des primes sur les 24 derniers mois et des provisions calculées en meilleure estimation et brute de réassurance. Il est plafonné à 30% du SCR de base. Le capital requis pour le risque opérationnel est de **1 204 K€** (contre 1 260 K€ en 2019).

I) L'ajustement pour impôts différés

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

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

Cet ajustement permet de diminuer le montant de capital requis. Il est plafonné, par prudence, par le montant d'impôts différés passif nets des impôts différés actif ; il est donc nul à l'inventaire 2020.

J) Les exigences de capital

a. *Le capital de solvabilité requis (SCR)*

Le capital de solvabilité requis correspond au capital économique dont a besoin une entreprise d'assurance ou de réassurance pour limiter la probabilité de ruine à un an à 0,5%. Son calcul utilise la méthode de la Valeur-en-Risque (« Value-at-Risk »), conformément à la formule standard ou dans le contexte d'un modèle interne. Toutes les pertes potentielles sur les 12 mois à venir, y compris celles qui découleraient d'une réévaluation défavorable des actifs et passifs, doivent être évaluées. Le capital de solvabilité requis reflète le profil de risque réel de l'entreprise, compte tenu de tous les risques quantifiables, ainsi que l'incidence nette des techniques d'atténuation des risques. Il est couvert par un montant au moins équivalent de fonds propres éligibles. A l'inventaire 2020, le SCR de Just' est égal à **11 327 K€** (contre 11 240 K€ en 2019) et se décompose comme suit.

	SCR 2019	SCR 2020
BSCR	9 979 789	10 122 605
SCR opérationnel	1 260 225	1 204 566
SCR	11 240 013	11 327 172

b. Le minimum de capital requis (MCR)

Le minimum de capital requis se calcule par une formule linéaire dépendant des primes et de la meilleure estimation santé. Ce montant doit être compris entre 25% et 45% du SCR et est au minimum égal à 3 700 K€ (minimum absolu pour une mutuelle mixte). A l'inventaire 2020, le MCR de Just' est égal à 3 700 K€ et les différents montants du MCR sont présentés dans le tableau suivant.

Eléments du MCR	MCR 2019	MCR 2020
MCR linéaire	2 217 205	2 246 412
MCR plafond (45% du SCR)	5 058 006	5 097 227
MCR plancher (25% du SCR)	2 810 003	2 831 793
MCR combiné	2 810 003	2 831 793
Minimum absolu	3 700 000	3 700 000
MCR	3 700 000	3 700 000

c. Récapitulatif et couverture des exigences

Pour 2020, la couverture des exigences réglementaires sont présentés ci-après.

	Inventaire 2019	Inventaire 2020
Risque de souscription santé	7 664	7 845
Risque de marché	4 452	4 435
Risque de souscription vie	52	56
Risque de contrepartie	550	524
Effet de diversification	-2 739	-2 738
BSCR	9 980	10 123
Risque opérationnel	1 260	1 205
SCR	11 240	11 327
MCR	3 700	3 700
Fonds propres	20 438	20 454
Couverture du SCR	182%	181%
Couverture du MCR	552%	553%

Le SCR est donc couvert à 181% avec 20 454 K€ de fonds propres relevant du niveau 1. Le MCR, quant à lui, est valorisé à 3 700 K€, soit le minimum absolu, puisque la formule linéaire donne un MCR de 2 246 K€. Il est couvert à hauteur de 553% par les fonds propres de la mutuelle. La couverture du SCR se maintient sur l'exercice 2020. La légère hausse du SCR s'explique par l'augmentation du SCR souscription santé due à une hausse du chiffre d'affaires espéré sur l'exercice 2021.

Malgré la reconnaissance d'un résultat excédentaire, les fonds propres se maintiennent aux alentours de 20,4 M€. Ce maintien est dû à l'augmentation de la meilleure estimation pour primes qui doit refléter les résultats de l'exercice N+1 et ce résultat serait déficitaire sur l'exercice 2021.

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

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

- **Différences entre la formule standard et tout modèle interne utilisée :**

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

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

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

