



Just'

Rapport sur la solvabilité et la condition financière

Exercice 2021

Caveat

Le présent rapport a pour objet la meilleure information des adhérents et du public sur la situation organisationnelle, stratégique, financière et prudentielle de la mutuelle Just', ci-après aussi nommée « la Mutuelle » ou « Just' ».

Les éléments ici rapportés sont exacts et établis de bonne foi.

Table des matières

Synthèse du rapport	4
A. Activité et résultats.....	5
A.1. Activité	5
A.2. Résultats de souscription	9
A.3. Résultats des investissements.....	11
A.4. Résultats des autres activités	14
A.5. Autres informations	14
B. Système de gouvernance	15
B.1. Informations générales sur le système de gouvernance.....	15
B.2. Exigences de compétence et d'honorabilité	26
B.3. Système de gestion des risques, y compris ORSA.....	27
B.4. Système de contrôle interne.....	33
B.5. Fonction d'audit interne.....	40
B.6. Fonction actuarielle.....	43
B.7. Sous-traitance.....	44
B.8. Autres informations	46
C. Profil de risque	47
C.1. Risque de souscription.....	48
C.2. Risque de marché	49
C.3. Risque de crédit	50
C.4. Risque de liquidité	51
C.5. Risque opérationnel	52
C.6. Autres risques importants	53
C.7. Autres informations	53
D. Valorisation à des fins de solvabilité	54
D.1. Actifs	54
D.2. Provisions techniques	55
D.3. Autres passifs	57
D.4. Méthodes de valorisation alternatives.....	58
D.5. Autres informations	58
E. Gestion du capital	58
E.1. Fonds propres.....	58
E.2. Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis	59

E.3.	Utilisation du sous-module « risque sur actions » fondé sur la durée dans le calcul du capital de solvabilité requis	60
E.4.	Différences entre la formule standard et tout modèle interne utilisé	60
E.5.	Non-respect du minimum de capital requis et non-respect du capital de solvabilité requis 60	
E.6.	Autres informations	60
F.	Annexes	61
F.1.	S.02.01 – Bilan	61
F.2.	S.05.01 – Primes, sinistres et dépenses par ligne d’activité	63
F.3.	S.05.02 - Primes, sinistres et dépenses par pays.....	65
F.4.	S.12.01 - Provisions techniques vie.....	67
F.5.	S.17.01 - Provisions techniques non-vie.....	68
F.6.	S.19.01 - Sinistres en non-vie.....	69
F.7.	S.23.01 - Fonds propres	71
F.8.	S.25.01 - Capital de solvabilité requis – Formule standard	73
F.9.	S.28.02 - MCR.....	74

Synthèse du rapport

L'année 2021 s'est déroulée, comme 2020, sous le signe de l'épidémie de Covid19, qui a fortement perturbé l'activité de la mutuelle.

Néanmoins, l'année s'est soldée par un résultat bien meilleur qu'attendu, puisque négatif simplement de 237.000 euros, contre 1,2 million budgété.

Le développement de la mutuelle s'est poursuivi, exclusivement sur le champ des mutuelles communales, et désormais en-dehors des Hauts de France, avec notamment la ville de Reims, où une agence Just a été mise en place.

Sur le plan technique, l'impact du 100% Santé s'est fait fortement sentir, tout comme le rattrapage des soins post Covid.

Un important chantier a été initié, la refonte du site internet, avec Wexpérience. L'espace adhérent, qui devait être revu, a fait l'objet d'évolutions fortes.

En complément des services déjà offerts aux adhérents, un service de consultations psychologiques a été mis en place.

Le nouvel univers d'expression de la mutuelle a évolué, pour être toujours plus en phase avec l'esprit des mutuelles communales.

Les équipes opérationnelles se sont renforcées, avec notamment un responsable du e-commerce, une juriste et un chargé d'études actuarielles.

Sous l'impulsion du directeur général, un pilotage précis des activités de la mutuelle ainsi qu'un suivi budgétaire rigoureux permettent d'avoir à tout moment une vision claire de l'état de la structure. La maîtrise des charges reste également une préoccupation constante.

Un nouvel ambassadeur a rejoint la mutuelle : Steeve Savidan.

Le cabinet Valmen a poursuivi son travail sur le dossier ISanté, afin de résoudre le problème.

L'année 2021 a vu la mutuelle prendre le contrôle de la société d'assurance mutuelle ACDR, et la mise en place d'une UMG regroupant Just et cette structure.

La mutuelle a investi dans le fonds d'investissement Opéra Venture, qui a porté sur les fonds baptismaux la start-up Opéra Tech, qui a pour vocation de créer et distribuer divers produits assurantiels liés à des services bancaires.

- Valorisation à des fins de solvabilité

Les fonds propres se maintiennent sur les exercices 2019 et 2020 à plus de 20,4 M€. La couverture du SCR est de 181 en 2020 (contre 182% en 2019) tandis que le MCR est couvert à plus de 550%.

- Gestion du capital

L'activité de la mutuelle se maintient sur l'exercice 2020. Le portefeuille de placements est sensiblement identique sur les deux derniers exercices. Le SCR est donc constant sur les années 2019 et 2020 : 11 327 K€ en 2020 contre 11 240 K€ en 2019.

Le MCR est égal au minimum absolu pour un organisme mixte soit 3,7 M€.

- Evaluation Interne des Risques et de la Solvabilité (ORSA)

Le rapport ORSA effectué au cours de l'exercice 2021 détaille différents scénarios de projection afin de tenir compte du profil de risque de la mutuelle.

Dans le scénario central, la couverture des exigences prudentiels (SCR, MCR et BGS) est assurée à l'horizon de projection. Concernant le SCR, il est couvert à plus de 140% en 2025.

Deux autres scénarios sont étudiés dans ce rapport : une dégradation des marchés immobiliers ainsi qu'un scénario catastrophe. Dans ce dernier scénario, malgré des hypothèses très pessimistes, le MCR reste couvert à presque 491% à l'horizon de projection.

A. Activité et résultats

A.1. Activité

A.1.1. Présentation générale

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, coassurées ou acceptées en réassurance, pour lesquelles la Mutuelle est agréée sont :

- 1. Accidents
- 2. Maladie
- 20. Vie – Décès
- 21. Natalité / Nuptialité

Au 31 décembre 2021, la Mutuelle emploie 86 salariés dont 60 femmes et 26 hommes :

- 71 contrats à durée indéterminée ;
- 9 contrats à durée déterminée ;
- 2 contrats de professionnalisation ;
- 4 apprentis ;
- 81 salariés à temps plein et / 5 salariés à temps partiel.

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

La Mutuelle est auditée par deux commissaires aux comptes afin de vérifier la sincérité et la conformité des données financières de l'entreprise avec les normes en vigueur :

- CABINET RG, 27 rue de SECLIN – 59710 AVELIN
- AUDACE EXPERTISE & CONSEIL, 16 Clos de GARDEROSE - 33500 LIBOURNE

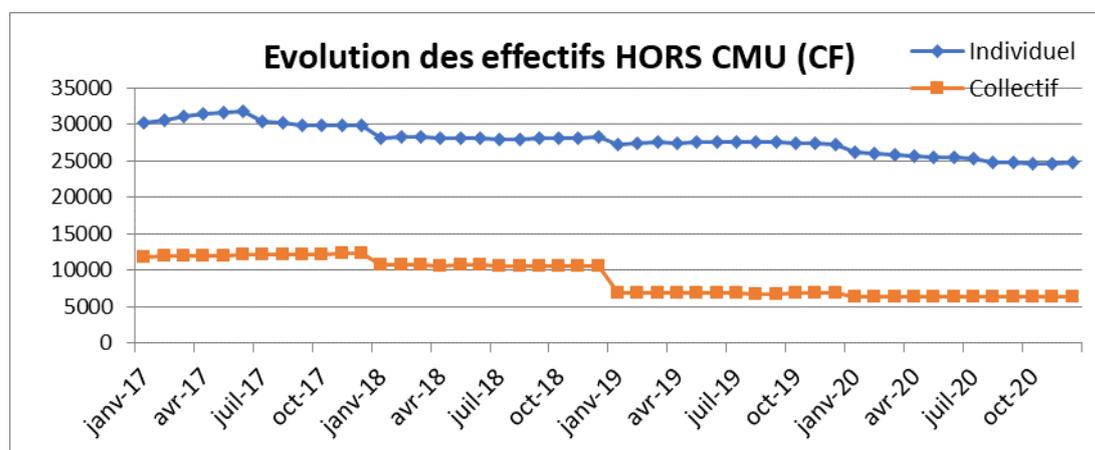
Elle dispose de 12 établissements, outre son siège social, lequel regroupe une agence commerciale et l'ensemble des services administratifs de la Mutuelle. Ces établissements sont situés à :

- 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
- 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
- ROUBAIX (59100), 25 Grand Place : 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
- ACDR (Assurance Conseil Défense Recours
Organisme d’assurance SOLVA I



A.1.2. Objectifs et stratégie

A.1.2.1. Rétrospective de l'exercice 2021

Après 3 années de bons résultats, même si pour 2020 cela s'expliquait pour beaucoup par le faible niveau de prestations servies du fait de la crise sanitaire, le résultat attendu pour 2021 était déficitaire à hauteur d'1,2 million d'euros. Cela était parfaitement assumé, et s'expliquait par les investissements significatifs programmés pour retrouver le chemin du développement et de la croissance de l'activité, et par la mise en place de nouvelles gammes qui, si elles attirent de nouveaux adhérents, dégradent traditionnellement le résultat technique. Or, grâce à la bonne maîtrise des charges, au pilotage rigoureux de l'activité et au suivi précis des budgets, le résultat est bien meilleur, puisqu'il n'est déficitaire que de 237.000 euros. Il convient néanmoins de tempérer ce résultat par le fait que si la gamme V6 démarre bien, elle n'a pas encore entamé sa période de forte consommation, qui se produira inévitablement.

Par ailleurs, la mutuelle a subi les effets du 100% santé et le rattrapage des soins non prodigués en 2020 du fait du confinement et de la crise sanitaire. Ces 2 phénomènes ont impacté significativement l'équilibre technique de la mutuelle.

Il faut noter que l'année 2021 est restée marquée par cette crise sanitaire, qui a encore beaucoup perturbé l'activité de la mutuelle et ralenti ses capacités de développement, même si l'organisation du télétravail y a été bien réussie et a permis de préserver l'indispensable qualité de service aux adhérents.

Néanmoins, la mutuelle a poursuivi sa progression sur le terrain des mutuelles communales, axe exclusif de son développement. La mutuelle est restée fidèle à sa stratégie : il n'y a plus eu de recherche de contrats collectifs d'entreprises, seules les adhésions individuelles étant sa cible, et essentiellement par le dispositif des mutuelles communales. 2021 a été l'année du début du développement de la mutuelle hors des Hauts de France, avec notamment la signature du partenariat avec Reims, où une agence a été créée. Toulouse a suivi, ainsi que la communauté de communes de Moulins, Mandelieu la Napoule notamment. La mutuelle serait-elle en train de devenir nationale ? Elle compte fin 2021 quelque 500 communes partenaires...

Parallèlement à cette nouvelle donne, la réflexion sur la réorganisation du réseau d'agences de la mutuelle a été initiée, avec des fermetures envisagées, afin d'être en cohérence avec la fréquentation qu'elles connaissent, l'organisation de permanences dans les communes partenaires étant à privilégier.

2021 a vu le site internet de la mutuelle être revu, avec Wexpérience. Cela était plus que nécessaire. L'espace adhérent a été retravaillé. La mutuelle a bien pris conscience de l'importance de la digitalisation et de la nécessité absolue d'être performant sur ce sujet.

Toujours attentive à offrir de nouveaux services à ses adhérents, c'est sur le soutien psychologique que la mutuelle a mis l'accent, en proposant des consultations de psychologues gratuites et sans limitation d'usage. C'était une nécessité avec les troubles engendrés par la crise sanitaire.

La mutuelle a poursuivi son travail avec l'agence DPS pour sa communication, en la faisant évoluer pour être toujours plus en phase avec l'actualité de son développement. Le lien de la mutuelle avec les services communication des communes partenaires étant essentiel et pouvant être piloté pour beaucoup en interne, la réflexion a été initiée pour faire encore évoluer la collaboration avec l'agence.

L'équipe opérationnelle de la mutuelle a été renforcée avec notamment l'arrivée de Loïc Pirog comme responsable du e-commerce, de Julien Telle pour l'actuariat et en tant que RFC actuariat, de Camille Deman en tant que juriste et RFC conformité.

L'important dossier ISanté a vu le cabinet Valmen auditer notre prestataire et bien avancer sur le sujet, qui est resté compliqué.

Steeve Savidan, ancien footballeur valenciennois, toujours très populaire dans le secteur, a rejoint la mutuelle en tant qu'ambassadeur, lui laissant son image et participant aux manifestations qu'elle organise.

Événement d'importance en 2021, la prise amicale de contrôle de la société d'assurance mutuelle ACDR, agréée en branche 17 (protection juridique), l'objectif étant de solliciter d'autres agréments pour entrer dans le monde de l'assurance et ainsi diversifier les activités de la mutuelle. Une UMG a été mise en place, qui regroupe Just et ACDR, afin de protéger la gouvernance des structures.

La mutuelle a en 2021 investi dans Opéra Venture, le fonds d'investissement initié par la Fnim, dont le premier rôle a été de financer le démarrage de la start-up Opéra Tech, qui crée des produits d'assurance innovants, reliés à des services bancaires. Cela participe également de la volonté de diversification des activités de la mutuelle, qui pourra distribuer, assurer, être commissionnée ou autre dans ce cadre.

A.1.2.2. Perspectives 2022

Il faut s'attendre en 2022 à un résultat déficitaire de l'ordre d'1,3 million d'euros. Ce chiffre est parfaitement assumé par la mutuelle, et s'explique par la poursuite de l'investissement dans le développement, par la consommation attendue dans le cadre de la gamme V6, et par la volonté d'investir dans l'immobilier.

Le développement de la mutuelle sur le plan national va imposer des embauches nombreuses dans tous les services, l'élargissement du parc automobile, des ouvertures d'agences etc., donc des charges importantes mais indispensables pour répondre aux nombreuses demandes de partenariats communaux.

L'investissement dans l'immobilier va également impacter notre SCR, qui devrait passer de 185% à environ 170%, avant de remonter quand cette politique sera bien établie et trouvera son équilibre.

La décision de dynamiser une partie du portefeuille de la mutuelle, dans une proportion raisonnable, permettra d'améliorer sa performance financière.

Un objectif essentiel de la mutuelle pour 2022 est l'amélioration de son CRM, qui n'est pas à la hauteur de ce qu'il doit être, alors que ce doit être un élément essentiel de la qualité de relation avec l'adhérent. Il faudra se faire accompagner pour améliorer les choses, et notre agence DPS, spécialiste du sujet, pourrait voir sa mission évoluer vers cet accompagnement.

L'évolution du site internet et de la digitalisation au sens large de la mutuelle restera essentielle. La communication avec nos adhérents, désormais pour beaucoup éloignés de Valenciennes, est primordiale, et ce canal digital est à renforcer afin de garder pour eux une qualité de service digne de ce nom.

La prévoyance, qui reste un parent pauvre de la mutuelle, devra trouver matière à être développée. Le multi-équipement de l'adhérent doit être réussi, et la prévoyance doit y contribuer. Cela participe de la diversification des activités de la mutuelle.

Concernant l'UMG Groupe Just, qui entamera son existence réelle en 2022, elle sera un élément fort de la diversification de nos activités, la santé étant de plus en plus réglementée et corsetée, dans un univers où il est donc très difficile d'être innovant ou créatif.

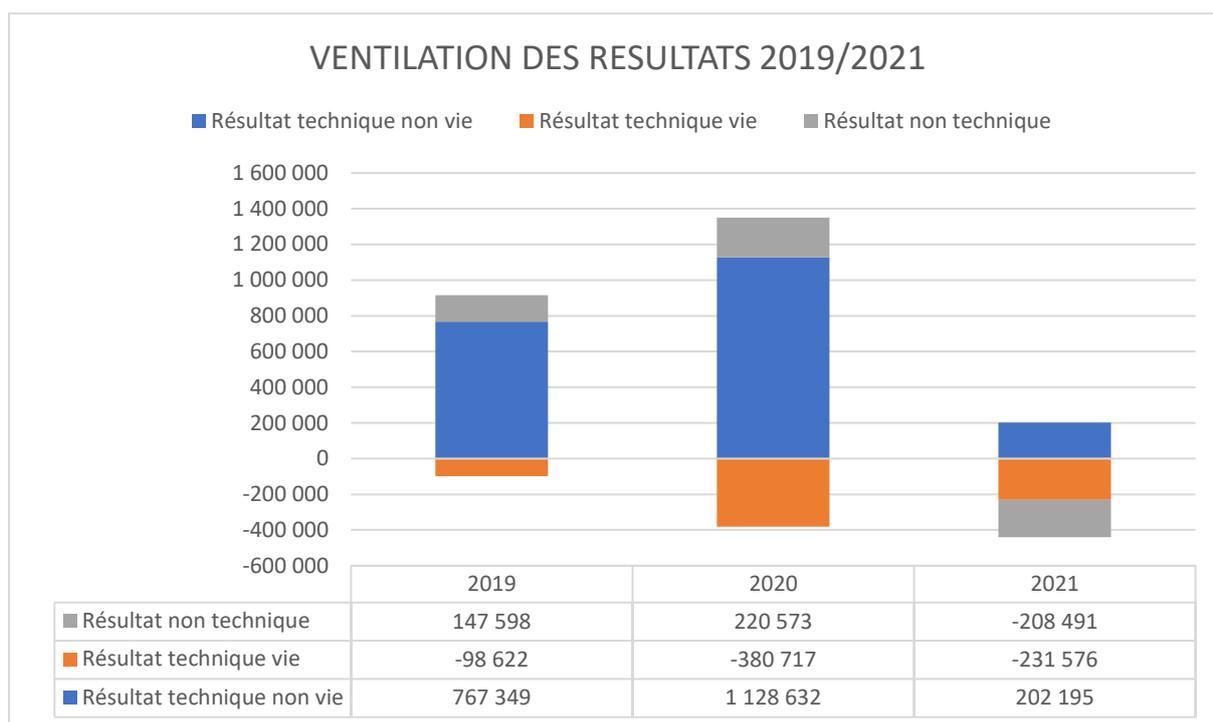
De même, avec Opéra Tech, la mutuelle pourra proposer ou faire proposer à ses adhérents toute une gamme de produits assurantiels très innovants.

Avec la poursuite résolue du développement des mutuelles communales, avec ACDR et l'UMG Groupe Just, avec Opéra Tech, avec sa gestion rigoureuse, la mutuelle se prépare un bel avenir, même si il faut rester attentif aux évolutions politiques et réglementaires de notre univers.

A.2. Résultats de souscription

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.



A.2.1. Evolution des principaux éléments constitutifs du résultat de la Mutuelle

L'analyse du compte de résultat 2021 se traduit de la façon suivante :

En Euros	2019	2020	2021	Variation 2020 / 2021	
Cotisations acquises nettes	41 638 680	39 833 699	38 735 380	-2,76%	
Non- vie	40 859 770	39 088 802	38 047 891	-2,66%	
Vie	778 910	744 897	687 490	-7,71%	
Charges de prestations	-	32 297 695 -	29 097 307 -	30 531 151	4,93%
Non- vie	-	31 502 817 -	28 206 102 -	29 745 655	5,46%
Vie	-	794 879 -	891 206 -	785 496	-11,86%
Commission de réassurances					
Marge technique brute	9 340 985	10 736 392	8 204 229	-23,58%	
Non-vie	9 356 964	10 882 700	8 302 235	-23,71%	
Vie	-	15 969 -	146 308 -	98 006	-33,01%
Frais de gestion nets des autres produits	-	9 078 318 -	10 691 098 -	8 897 182	-16,78%
Résultat de placement	510 773	531 228	532 248	0,19%	
Résultat exceptionnel	42 886	391 966	77 167	-119,69%	
Impôts					
Résultat de l'exercice	816 325	968 488 -	237 872	-125%	

A.2.1.1. La réassurance

La mutuelle s'est engagée dans le cadre d'un traité de réassurance auprès de « L'EQUITE ». Ce traité concerne deux garanties :

- Garantie frais médicaux – Plénitude (branche 1 – maladie)
- Garantie frais médicaux – Libra Santé (branche 1 – maladie)

Le montant des primes non-vie cédées en réassurance s'élève à 41 441€. Le montant des prestations cédées en réassurance s'élève à 25 535€. Le résultat net de réassurance est de 2 876€, non représentatif de notre activité.

A.3. Résultats des investissements

A.3.1. Présentation générale

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.

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 :

- 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 ;
- 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 liquide et court terme	0% - 100 % OPCVM Monétaires	70% - 100% Taux
					0% - 100 % Taux fixe court terme (CDN, DAT...)	
Portefeuille Moyen Terme	Marge de solvabilité + fonds propres excédentaires	Eonia + 2%	3-5 ans	65% - 100 % Taux	0% - 100 % Monétaires 0% - 100% Produits de taux moyen/long terme sécuritaires	0% - 30 % Dynamisation
				0% - 35 % Dynamisation	0% - 100 % OPCVM obligataires 0% - 100% Actions 0% - 100% Gestion alternative/diversifiée	

A.3.2. Résultats

A.3.2.1. Etat des placements de la Mutuelle au 31 décembre 2021

Conformément au poste A2 de l'actif du bilan 2021, les placements de la Mutuelle se décomposent au 31 décembre 2021 de la manière suivante :

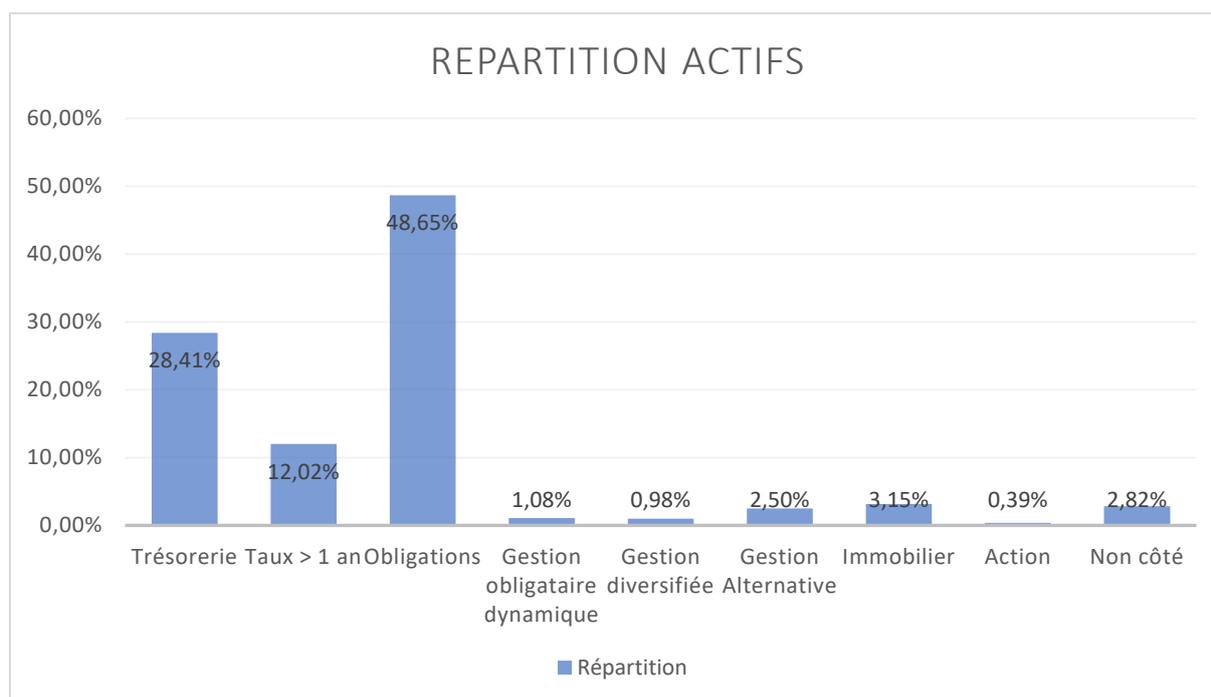
<i>(En €)</i>	Valeur brute Bilan 2021	Valeur nette Bilan 2021
Terrains et construction	13 949 823	12 815 380
Placements dans les entreprises liées	164 980	164 980
Placements financiers	16 846 991	16 833 226
Total	30 961 794	29 813 585

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 2020 et 2021 diminuent de 1 698K€ en raison de la vente de plusieurs supports non remobilisés et de la clôture de livrets. Cette diminution est compensée par l'augmentation des disponibilités.

<i>(En €)</i>	Valeur nette Bilan 2021	Valeur nette Bilan 2020
Terrains et construction	12 815 380	13 026 137
Placements dans les entreprises liées	164 980	64 980
Placements financiers	16 833 226	18 531 678
Total	29 813 585	31 628 795

La répartition des placements financiers au 31 décembre 2021 se présente comme suit.



A.3.2.2. Résultat des placements de la Mutuelle au 31 décembre 2021

La performance 2021 s'élève à 1.27% sur le portefeuille consolidé, dans un contexte financier difficile, avec un montant moyen placé de 25 925 467Euros. Elle est inférieure à celle de 2020 qui était de 1.74%. La performance du portefeuille est en dessous de taux de performance d'objectif EONIA qui était de 1.54% au 31/12/2021 Ci-après, la performance par portefeuille :

Suivi de la performance annualisée - Portefeuille consolidé												
	janv.-21	févr.-21	mars-21	avr.-21	mai-21	juin-21	juil.-21	août-21	sept.-21	oct.-21	nov.-21	déc.-21
Résultat mois	30 784 €	27 889 €	44 697 €	42 533 €	36 057 €	-10 487 €	37 326 €	25 669 €	20 673 €	17 834 €	25 507 €	31 698 €
Résultat cumulé	30 784 €	58 673 €	103 370 €	145 903 €	181 960 €	171 473 €	208 799 €	234 469 €	255 142 €	272 976 €	298 483 €	330 181 €
Montant moyen placé	24 965 425 €	25 859 283 €	26 083 397 €	25 734 148 €	25 661 568 €	25 519 267 €	27 642 957 €	27 655 951 €	27 675 117 €	25 935 974 €	25 330 657 €	25 925 467 €
Portefeuille consolidé	1,45%	1,40%	1,61%	1,72%	1,71%	1,36%	1,30%	1,27%	1,23%	1,26%	1,29%	1,27%
Performance EONIA +2%	1,44%	1,49%	1,57%	1,52%	1,53%	1,53%	1,53%	1,54%	1,54%	1,54%	1,54%	1,54%
Sur ou Sous-Performance	0,01%	-0,09%	0,10%	0,20%	0,19%	-0,18%	-0,23%	-0,26%	-0,31%	-0,28%	-0,25%	-0,27%

Le portefeuille de la Mutuelle affiche une performance de 1.27 % soit une sous surperformance de 0.27% par rapport à l'objectif d'Eonia +1.54%. Le portefeuille placement a généré 330 181€ de produits financiers.

A.4. Résultats des autres activités

Non significatif.

A.5. Autres informations

Non significatif.

B. Système de gouvernance

B.1. Informations générales sur le système de gouvernance

B.1.1. Organisation générale

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.

B.1.2. Instances politiques

B.1.2.1. 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.

B.1.2.2. Le Conseil d'administration

B.1.2.2.1. *Composition*

Le Conseil d'Administration de la Mutuelle est composé de 17 administrateurs. 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.

B.1.2.2.2. *Convocation du Conseil d'administration (article 32 du Conseil d'administration)*

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.1.2.2.3. *Tenue des réunions du Conseil d'administration*

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.

B.1.2.3. 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.

B.1.2.4. 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.

B.1.2.4.1. *Le Comité d'audit*

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.1.2.4.2. *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	COMMISSIONS
10 février 2021	Commission secours exceptionnels
11 février 2021	Commission marketing
16 février 2021	Commission prévention
180 février 2021	Commission ESS
23 mars 2021	Commission Ressources Humaines
29 mars 2021	Commission budget
30 mars 2021	Commission audit interne
03 mai 2021	Commission secours exceptionnels
04 mai 2021	Commission offres
12 mai 2021	Commission placements
02 Juin 2021	Commission audit interne
06 septembre 2021	Commission secours exceptionnels
14 octobre 2021	Commission communication
18 Octobre 2021	Commission audit interne
18 novembre 2021	Commission Budget
23 novembre 2021	Commission ESS/Ressources humaines
06 décembre 2021	Commission secours exceptionnels

B.1.3. Instances opérationnelles

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.

B.1.3.1. 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.

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.

B.1.3.2. La direction de la mutuelle

La Mutuelle est organisée en 2 grands pôles :

- Pôle développement, en charge l'ensemble du réseau commercial (centre d'appels, agences, commerciaux terrain) ainsi que le service communication/marketing ;
- Pôle financier, en charge de la comptabilité, des finances, du contrôle de gestion, de l'audit interne et la Data.

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.

B.1.4. Les fonctions clés

B.1.4.1. Attributions de la fonction clé « Vérification de la conformité »

La fonction de vérification de la conformité a notamment pour objet de conseiller le directeur général ainsi que le conseil d'administration, sur toutes les questions relatives au respect des dispositions législatives, réglementaires et administratives afférentes à l'accès aux activités de l'assurance et de la réassurance et à leur exercice. Cette fonction vise également à évaluer l'impact possible de tout changement de l'environnement juridique sur les opérations de l'entreprise concernée, ainsi qu'à identifier et évaluer le risque de conformité.

Dès lors, la fonction Vérification de la Conformité a pour mission de :

- S'assurer du respect des dispositions législatives, réglementaires et administratives uniquement dans les activités assurantielles de la mutuelle. Elle n'a pas pour objet d'intervenir dans le cadre des autres activités ;
- D'anticiper les modifications législatives, réglementaires et administratives ;
- Identifier et évaluer les risques de non-conformité à travers la cartographie des risques de non-conformité en lien avec la fonction clé Gestion des Risques ;
- Définir les sujets prioritaires et établir un plan de conformité annuel comprenant un état de la veille effectuée, un état des risques de non-conformités identifiés, un état des incidents relevant de la non-conformité, un plan de contrôle annuel, un plan d'actions annuel ;
- Avoir un rôle d'accompagnement des opérationnels dans la diffusion de la culture « risk ».

B.1.4.2. Attributions de la fonction clé « Audit interne »

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

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

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.

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.

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.

B.1.4.3. Attributions de la fonction clé « Actuariat »

Conformément à la réglementation, la fonction clé actuariat au sein de la Mutuelle a pour objectif de superviser et contrôler le calcul des provisions techniques. Elle informe l'organe de direction de la fiabilité et du caractère adéquat de ces calculs.

Dès lors, ses missions sont de :

- Coordonner le calcul des provisions techniques ;
- Apprécier le caractère approprié des méthodologies de calcul ;
- Apprécier la qualité des données ;
- Analyser et émet des avis sur la réassurance ;
- Analyser et émet des avis sur la politique de souscription ;
- Contribuer à la modélisation du risque ;
- Contribue au processus ORSA.

B.1.4.4. Attributions de la fonction clé « Gestion des risques » :

La fonction gestion des risques dispose d'une vision globale de l'ensemble des risques de la mutuelle ainsi que de leurs interactions et des mesures prises pour s'en protéger. Cette fonction doit également à conseiller le directeur général ainsi que le conseil d'administration sur les problématiques de gestion des risques.

Dès lors la fonction clés gestion des risques a pour mission de

- Coordonner les activités de gestion des risques et met en œuvre la politique de gestion des risques ;
- Assurer le suivi du profil de risque général de l'entreprise dans son ensemble ;
- Alimenter l'ORSA et le calcul du SCR ;

- Participer à l'élaboration des rapports sur les risques ;
- Rendre compte des expositions au risque de manière détaillée à l'organe d'administration, de gestion ou de contrôle sur les questions de gestion des risques.

B.1.5. Rémunérations

B.1.5.1. La rémunération des administrateurs

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, 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.

B.1.5.2. La rémunération des collaborateurs

B.1.5.2.1. *Les primes*

Des primes peuvent être versées aux salariés dans les conditions suivantes :

- Primes individuelles pour les collaborateurs ayant démontré une performance notable sur l'année compte tenu de leurs objectifs, leur capacité à travailler en mode transverse (coopération avec une autre entité que la sienne), un sens du service à l'adhérent ou en interne particulièrement développé. Ces primes sont décidées par le manager et validées par le Directeur de service dans le respect des budgets alloués ;
- Primes collectives pour les collaborateurs ayant contribué de manière significative à la réussite d'un projet ou au sein d'une équipe ayant permis une amélioration notable des délais, qualité ou résultats attendus ou pour l'ensemble des salariés en cas de performance collective. Cette mesure récompense de manière collective les efforts fournis par chacun. Ces primes sont décidées par la Direction Générale et établies en lien avec la Direction des Ressources Humaines.

Des augmentations de salaire individuelles peuvent être accordées aux collaborateurs ayant démontré de manière durable une montée en compétences ou ayant élargi leur périmètre de responsabilités dans leur fonction.

B.1.5.2.2. *Encadrement des rémunérations variables*

Seuls les salariés occupant des fonctions commerciales peuvent prétendre à une rémunération variable au sein de la Mutuelle.

Afin de ne pas les inciter à s'affranchir des règles de contrôle interne, la part variable de leur rémunération est encadrée chaque année par annexes aux contrats de travail reprenant les objectifs et les critères permettant de leur verser une part variable de rémunération.

Cette part variable ne doit pas constituer une incitation ou un régime d'incitation au sens de l'article 8 du règlement délégué 2017/2359 du 21 septembre 2017.

Ainsi, est considéré comme une incitation ou un régime d'incitation une politique de rémunération ayant « *un effet négatif sur la qualité du service fourni au client, lorsqu'[elle] est d'une nature et d'une ampleur telles qu'ils incitent à réaliser les activités de distribution d'assurance d'une façon qui n'est pas conforme à l'obligation d'agir de manière honnête, équitable et professionnelle qui serve au mieux les intérêts du client.* »

Pour évaluer cet effet négatif, le règlement prévoit que l'on prenne en considération les critères suivants :

« a) la question de savoir si l'incitation ou le régime d'incitation sont susceptibles d'inciter l'intermédiaire d'assurance ou l'entreprise d'assurance à proposer ou recommander un produit d'assurance particulier ou un service particulier au client alors qu'ils pourraient proposer un autre produit d'assurance ou un autre service correspondant mieux aux besoins de ce client;

b) la question de savoir si l'incitation ou le régime d'incitation sont exclusivement ou essentiellement fondés sur des critères commerciaux quantitatifs ou s'ils prennent en compte des critères qualitatifs appropriés reflétant la conformité à la réglementation applicable, la qualité des services fournis et la satisfaction de la clientèle;

- c) la valeur de l'incitation versée ou reçue par rapport à la valeur du produit et des services fournis;*
- d) la question de savoir si l'incitation est entièrement ou principalement versée au moment de la conclusion du contrat d'assurance ou si elle s'étend sur l'ensemble de la durée de ce contrat;*
- e) l'existence d'un mécanisme approprié de restitution de l'incitation dans le cas où le produit tombe en déchéance ou s'il est résilié de manière anticipée ou bien si les intérêts du client ont été lésés;*
- f) l'existence de tout type de seuil variable ou conditionnel ou de toute autre forme d'accélérateur de valeur, que peut enclencher la réalisation d'un objectif de volume ou de valeur des ventes. »*

Des contrôles sont effectués avant paiement par le service contrôle afin d'éviter les fraudes ou les erreurs.

B.1.5.2.3. Intéressement

Un accord d'intéressement a été conclu en application des articles L 3311-1 et suivants du code du travail relatifs à l'intéressement des salariés à l'entreprise.

Il traduit la volonté de partager, entre l'entreprise et l'ensemble du personnel, les gains qui peuvent être réalisés du fait d'une meilleure efficacité du personnel et d'une meilleure organisation de l'entreprise.

B.2. Exigences de compétence et d'honorabilité

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.

B.3. Système de gestion des risques, y compris ORSA

B.3.1. L'organisation du système de gestion des risques

L'identification et l'analyse des risques internes et externes susceptibles d'affecter la réalisation des objectifs de la Mutuelle en 2021 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.3.2. Cartographie et mesure des risques

En avril 2021, 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'affaires (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.

B.3.3. Processus et procédures en place pour l'ORSA

B.3.3.1. Généralités

La Mutuelle a réalisé fin 2021 son cinquième 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 fait appel au cabinet Garcia Rochette dont l'outil « Magellan » permet d'appréhender de manière solide et fiable les différents points nécessaires à un suivi de sa solvabilité notamment :

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

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

B.3.3.2. 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.

B.3.3.3. 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.

B.3.3.4. 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 2025 en fonction.

B.3.3.5. Description du processus ORSA exceptionnel

Un ORSA exceptionnel peut être déclenché lors de la survenance d'événements particuliers significatifs et non connus lors de la réalisation d'un ORSA périodique. Les événements particuliers pouvant donner lieu à la réalisation d'un ORSA sont de deux natures :

- Des événements voulus résultant d'un choix stratégique créant une rupture avec l'appréciation du risque et la vision prospective notamment :
 - o Une opération significative de rapprochement, cession, acquisition d'une entité ou d'un portefeuille, une opération significative de fusion, de scission ou de substitution ;
 - o Une refonte significative du programme de réassurance,
 - o Une révision significative de l'allocation d'actif ;
 - o La mise en œuvre d'une nouvelle stratégie commerciale susceptible d'avoir un impact significatif sur la situation financière ;
 - o Une opération susceptible d'avoir un impact significatif sur les fonds propres.
- Des événements subis comme des chocs financiers, des changements du cadre juridique et fiscal, l'avènement d'un risque exceptionnel significatif.

L'ORSA exceptionnel peut être déclenché à la demande de la direction générale ou du conseil d'administration. Dès lors, la fonction clé gestion des risques entame le processus ORSA définit.

B.3.4. Prise en compte de l'ORSA dans les processus de gestion et de prise de décision

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.

B.4. Système de contrôle interne

B.4.1. Eléments 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.4.2. L'environnement interne

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.

B.4.3. 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.

B.4.4. Les activités de contrôle

B.4.4.1.1. *Le contrôle par les opérationnels et leurs lignes hiérarchiques*

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

- Des contrôles opérationnels :
 - o Acteurs : opérationnels des métiers ;
 - o Contrôles d'exécution réalisées 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 1er 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.

B.4.4.1.2. *Le contrôle de second niveau*

Le contrôle de second 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 meilleurs 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.

B.4.4.1.3. *Procédures d'élaboration et de vérification de l'information financière et comptable*

Le service comptable est rattaché au pôle financier de la mutuelle.

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

Il contribue également à :

- La prévention et la détection des fraudes et irrégularités ;
- La préservation des actifs ;

- L'application des instructions de la direction générale.

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

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

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

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

B.4.4.1.4. *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 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.

B.4.5. 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.

B.4.6. 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.

B.4.7. 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 :

- 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
- Sécurité financière
 - Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ;
- Ethique
 - Conflits d'intérêts ;
 - Déontologie et bonne conduite des affaires.
- Données personnelles
 - Protection des données personnelles ;
 - Protection des données médicales.
- Autres thèmes
 - Conformité juridique des conventions passées avec des tiers ;
 - Réglementation applicable aux activités délégués et/ou sous-traitées ;
 - Réglementation applicable aux activités exercées à l'étranger ;
 - Vie statutaire, agréments.

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

B.5. Fonction d'audit interne

B.5.1. 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.

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.5.2. 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.

B.5.3. Rapports d'audit interne et suivi des recommandations

Si la maîtrise du risque est insuffisante, l'auditeur effectuera les recommandations nécessaires à une rectification du niveau de risque. En 2021, la mutuelle a sollicité le cabinet Valmen Consulting en sus du cabinet Mazars afin d'auditer les spécifiquement notre prestataire tiers payant ISANTE. L'ensemble des travaux d'audit ont porté sur :

- Appeler les cotisations
 - o Contrôle des revalorisations
 - o Focus Gamme V6
 - o Flux DSN
 - o Suivi des appels
 - o Tarification
 - o Portabilité

- Audit tiers Payant :
 - Conventionnement
 - Identifications des adhérents Just
 - Gestion des prises en charges PEC
 - Gestion de la facturation
 - Rejets
 - Recouvrement
 - Contrôle et amélioration continue
 - Provisionnement
 - La gestion des risques
 - Relation contractuelle

Des manquements ont été remarqués notamment dans le cadre de la mise en œuvre du flux DSN pour les contrats collectifs et la gestion des rejets par le prestataire tiers payant ISANTE. Des plans d'action ont été mis en place et une grande majorité des anomalies sont à présent levées.

B.5.4. Plan d'audit à trois ans

Le 18/10/2021 la commission d'audit a validé le plan ci-dessous.

Proposition plan d'audit à 3 ans

Plan Audit

- Gestion :
 - Focus sur les flux tiers payant / Audit CEGEDIM
- IT :
 - Sécurité des SI
 - Revue du portefeuille des projets informatiques
 - Focus LCBFT (Anti blanchiment + RGPD)
- RH :
 - Processus RH, paye, gestion du personne, légal

Internalisation Audit Interne

- Lancement d'un recrutement pour internaliser les missions d'audits

B.6. Fonction actuarielle

B.6.1. Rôle de la fonction actuarielle

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 d'Administration. Ces travaux servent de base à la revalorisation annuelle des contrats.

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

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

B.6.2. Conclusion du rapport actuariel

Les provisions constituées à l'inventaire 2018 sont consommées à hauteur de 86%. Le calcul de la provision est bien fait en 2019 avec une liquidation de 98%. Enfin, les provisions constituées au 31/12/2020 sont consommées à 83% à l'inventaire 2021.

Concernant la meilleure estimation pour primes, elle a été valorisée à l'inventaire 2019 à 231 K€ pour l'activité non-vie pour un résultat technique de 1 128 K€. La meilleure estimation pour primes vie était estimée à 301 K€ pour un résultat technique de -381 K€.. Le calcul des meilleures estimations a donc été trop prudent et a surestimé les pertes probables futures. Un suivi du calcul à l'inventaire 2019 est donc à effectuer pour améliorer la valorisation de cette provision. Pour l'exercice 2020, les calculs des meilleures estimations pour primes ont été effectués avant la crise de la COVID-19 et n'ont donc pas pris en compte la baisse soudaine des prestations sur la fin du premier trimestre et sur le deuxième trimestre 2020.

Concernant la politique de souscription, La mutuelle a entrepris sur le dernier exercice un vaste plan de réduction de ses frais. Le gain sur ce poste entre les deux derniers inventaires est de plus de 2 M€.

Le résultat sur l'exercice 2020 est excellent du fait de la baisse de la sinistralité liée à la crise sanitaire. Le résultat 2020 est de 1,1 M€.

Sur les exercices 2018 et 2019,, il est observé un maintien du ratio de sinistralité global sur les produits non-vie aux alentours de 79%. Le résultat technique global 2019 est de 767 K€ contre un résultat de -111 K€ en 2018.

Le résultat global excédentaire est essentiellement lié aux garanties individuelles : les anciennes gammes présentent un ratio de sinistralité combiné de 84% pour un résultat de 1,1 M€ ; les nouvelles gammes sont aussi excédentaires avec un ratio de sinistralité de 90%.

Grâce à un effort sur le niveau des frais ainsi qu'à la hausse des cotisations sur l'ensemble des produits effectué sur les trois derniers exercices, la mutuelle présente un résultat excédentaire sur l'exercice 2019.

Sur l'exercice 2021, nous observons une hausse importante du chiffre d'affaires sur les versions 5 et 6 des garanties communales. Le ratio de sinistralité est de 91% sur la V5 et de 87% sur la V6.

Malgré un certain rattrapage des prestations non consommées sur l'exercice 2020, le ratio de sinistralité attendu sur l'exercice 2021 est de 80%. Les frais de la mutuelle sont à 9,5 M€. Le résultat global est donc déficitaire d'environ 1,8 M€.

Afin de faire face au niveau de frais (environ 10 M€) de la mutuelle et en tenant compte d'un ratio de sinistralité de 80%, le chiffre d'affaires de la mutuelle devrait être d'environ 50 M€ pour espérer un résultat excédentaire.

Enfin, concernant la politique de réassurance, Just' maîtrise ses risques, qui sont courts. Aussi a-t-elle choisi de ne pas recourir, sur la quasi-totalité de ses produits, à la réassurance. La fonction actuarielle considère que ce choix est justifié par une couverture de solvabilité suffisante et une connaissance du portefeuille de produits de la mutuelle.

Cependant, la mutuelle dispose d'un contrat de réassurance sur l'exercice 2020. Il se nomme le « POP Santé » et est signé avec L'Equité.

Le traité prévoit une cession en quote-part à hauteur de 90%. Le chiffre d'affaires réassuré est de 70 K€ sur l'exercice 2020 pour un résultat de 24 K€.

Ce contrat ne présente aucun intérêt en termes de solvabilité. De plus, il entraîne un temps de gestion important pour des bénéficiaires très faibles. La fonction actuarielle souhaite mettre fin à ce traité de réassurance.

B.7. Sous-traitance

B.7.1. Définition

L'article R. 354-7-I du code des assurances, applicable depuis le 1er janvier 2016, prévoit que :

« Sont considérées comme des activités ou fonctions opérationnelles importantes ou critiques au sens de l'article L. 354-3, les fonctions clés mentionnées à l'article L. 354-1 et celles dont l'interruption est susceptible d'avoir un impact significatif sur l'activité de l'entreprise, sur sa capacité à gérer efficacement les risques ou de remettre en cause les conditions de son agrément au regard des éléments suivants :

- a) Le coût de l'activité externalisée ;*
- b) L'impact financier, opérationnel et sur la réputation de l'entreprise de l'incapacité du prestataire de service d'accomplir sa prestation dans les délais impartis ;*
- c) La difficulté de trouver un autre prestataire ou de reprendre l'activité en direct ;*
- d) La capacité de l'entreprise à satisfaire aux exigences réglementaires en cas de problèmes avec le prestataire ;*
- e) Les pertes potentielles pour les assurés, souscripteurs ou bénéficiaires de contrats ou les entreprises réassurées en cas de défaillance du prestataire.*

II.- Ne sont pas considérées comme des activités ou fonctions opérationnelles importantes ou critiques, les tâches consistant notamment en :

a) La fourniture à l'entreprise de services de conseil et d'autres services ne faisant pas partie des activités couvertes par son agrément, y compris la fourniture de conseils juridiques, la formation de son personnel, les services de facturation et la sécurité des locaux et du personnel de l'entreprise ;

b) L'achat de prestations standards, y compris des services fournissant des informations de marché ou des flux de données sur les prix. »

B.7.2. Politique de 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.

B.7.2.1. 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.7.2.2. 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.

B.7.2.3. Fonctions sous-traitées

Dans le cadre de ses activités, la Mutuelle Just a recours à la sous-traitance pour les fonctions suivantes :

- La gestion du Tiers Payant située en Ile de France
- Les activités d'assistance située en Ile de France
- Les activités de protection juridique située en Provence Alpes-Côte d'Azur
- La gestion des actifs financiers située en Ile de France
- La réalisation des audits internes située en Ile de France
- Les calculs prudentiels située en Ile de France
- L'archivage des données de gestion située en Occitanie

B.8. Autres informations

Non significatif.

C. 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 de 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.

C.1. Risque de souscription

C.1.1. Appréhension du risque de souscription au sein de la Mutuelle

Le risque de souscription et de provisionnement de la Mutuelle correspond au risque de perte financière découlant d'une tarification ou d'un provisionnement inadapté 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.

C.1.2. Mesure du risque de souscription et risques majeurs

La Mutuelle pilote son risque de souscription et de provisionnement au travers de plusieurs indicateurs suivis régulièrement et présentés 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 100% pour l'exercice 2021 ;
- 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.1.3. 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).

C.1.4. Tests de sensibilité avec vision prospective

Le rapport ORSA tient compte d'un scénario central dépendant du prévisionnel d'activité de la mutuelle. Un scénario catastrophe est détaillé dans le rapport ORSA annuel de la mutuelle. Ce scénario tient compte d'une dérive de la sinistralité : en 2022, nous supposons une hausse de 3% du ratio de sinistralité soit un montant de prestations supplémentaires de 1 313 K€. La hausse du ratio de sinistralité est de 2% en 2023 et de 1% en 2024. Un retour à la normale est prévu en 2025.

De plus, sous ce scénario, une baisse de 25% des immeubles de la mutuelle est pris en compte.

Sous ces hypothèses pessimistes, la couverture du SCR est de 105% à l'horizon de projection.

C.2. Risque de marché

C.2.1. Appréhension du risque de marché au sein de la Mutuelle

Le risque de marché correspond à l'impact qui 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.

C.2.2. 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.2.3. Plan de maîtrise et de suivi

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% ;
- Une baisse du marché action de 40% ;
- Une baisse du marché immobilier de 20%.

C.2.4. Tests de sensibilité avec vision prospective

Les placements immobiliers constituent une part importante des investissements de la mutuelle. Un scénario tenant compte d'une baisse de 25% de la valeur de marché des immeubles est étudié dans le rapport ORSA.

Dans ce scénario, la couverture du SCR est de presque 123% à l'horizon de projection.

C.3. Risque de crédit

C.3.1. 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.

C.3.2. Mesure du risque de crédit et risques majeurs

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

- La notation des banques ;
- La 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.3.3. Plan de maîtrise et de suivi

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.

C.3.4. Tests de sensibilité avec vision prospective

Le risque de contrepartie n'est pas un risque important de la mutuelle. Aucun scénario tenant compte du défaut d'une banque n'est étudié dans le rapport ORSA.

C.4. Risque de liquidité

C.4.1. Appréhension du risque de liquidité au sein de la Mutuelle

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

C.4.2. 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.

Le chiffre d'affaires espéré sur l'exercice 2022 pour l'activité non-vie est de 43 860 K€ et le résultat espéré lié à ces cotisations est de -994 K€.

C.4.3. Maîtrise du risque de liquidité

Afin de maîtriser le risque de liquidité, la Mutuelle, dans le cadre de sa gestion des placements s'assure de disposer d'une 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.

C.4.4. Tests de sensibilité avec vision prospective

Le risque de liquidité n'est pas étudié dans le rapport ORSA.

C.5. Risque opérationnel

C.5.1. Appréhension du risque opérationnel au sein de la Mutuelle

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

- Risques de non-conformité (sanctions financières liées à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ou bien encore la protection de la clientèle) ;
- Risques juridiques (frais juridiques engagés et amendes faisant suite à des litiges) ;
- Risque de fraude interne et externe ;
- Risques d'exécution des opérations (défaillance humaine, de contrôle, d'organisation, etc.) ;
- 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).

C.5.2. Mesure du risque opérationnel et risques majeurs

Le risque opérationnel est suivi au travers de la collecte des incidents et des pertes opérationnelles, matérialisés au sein d'une cartographie des risques. Les incidents présentant un impact financier, réglementaire ou de réputation importante 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.5.3. Plan de maîtrise et de suivi

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

C.5.4. Tests de sensibilité avec vision prospective

Le SCR opérationnel est de 1 205 K€ dans le calcul du SCR à l'inventaire 2021. Ce montant semble suffisant pour couvrir les principaux risques opérationnels de la Mutuelle.

C.6. Autres risques importants

Les risques importants ont été mentionnés dans les paragraphes précédents.

C.7. Autres informations

Aucune information complémentaire n'est à apporter.

D. Valorisation à des fins de solvabilité

D.1. Actifs

D.1.1. Les placements immobiliers

Les placements immobiliers sont inscrits au bilan pour un montant total de 12 364 K€ en valeur nette comptable. Leur valeur de marché globale s'élève à 12 508 K€, permettant la reconnaissance d'une plus-value latente de 144 K€.

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 11 265 K€ (contre 10 817 K€ à l'inventaire 2020) pour une valeur de marché de 11 654 K€ (y compris coupons courus).

D.1.2. Les fonds d'investissement

La mutuelle détient des fonds d'investissement pour une valeur nette comptable de 2 782 K€ et une valeur de marché de 2 837 K€.

D.1.3. 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 2020.

D.1.4. Les autres placements

Les autres placements de Just' sont deux bons de capitalisation pour un montant de 2 791 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 29 K€, un compte sur livret pour un montant de 10 €, des dépôts pour 144 K€ et un certificat mutualiste pour un montant de 150 K€.

D.1.5. Les provisions réassurées

Un montant de provisions réassurées de 3 K€ (contre 4 K€ en 2020) 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 3 K€.

D.1.6. Les actifs incorporels

La mutuelle reconnaît un montant d'actifs incorporels dans ses comptes sociaux de 313 K€ (contre 517 K€ en 2020). La valeur de marché de ces actifs est nulle.

D.1.7. 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 675 K€ (contre 318 K€ en 2020). Il en est de même pour la trésorerie pour un montant de 3 880 K€ (contre 5 390 K€ en 2020), des actifs corporels d'exploitation pour un montant de 651 K€ (contre 759 K€ en 2020) et pour le poste « autres actifs » concernant des charges constatées d'avance pour un montant de 207 K€ (contre 249 K€ en 2020).

D.1.8. Les impôts différés actifs

Les impôts différés actifs ont été calculés, pour chaque poste concerné, par application du taux de 25% 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 2021, les postes concernées par les impôts différés actifs sont les provisions et les actifs incorporels. Le détail du calcul est présenté dans le paragraphe D.3.1.

D.2. Provisions techniques

D.2.1. Les provisions techniques sociales

D.2.1.1. Les provisions pour sinistres à payer santé

Dans les comptes sociaux, les provisions santé sont constituées des provisions pour sinistres à payer pour un montant total de 4 851 K€, lequel se décompose comme suit.

Valeur sociale (en €)	2020	2021
PSAP Santé	5 247 974	4 643 232
Frais de gestion des sinistres	153 931	207 942
Taxe COVID	1 493 080	-
Total	6 894 985	4 851 174

D.2.1.2. Les provisions vie

Les provisions vie sont des provisions pour sinistres à payer pour un montant total de 247 K€ (contre 280 K€ en 2020).

D.2.2. Les provisions techniques prudentielles

D.2.2.1. 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 4 888 K€ pour une provision pour sinistres à payer de 4 851 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 41 273 K€ de primes est pris en compte pour l'exercice 2022. Le ratio combiné de sinistralité estimé sur l'exercice 2021 est de 105,09%. La meilleure estimation pour primes se décompose comme suit.

ME pour primes (en K€)	2020	2021
Cotisations	-40 938	-41 273
Prestations	32 738	33 679
Frais	9 416	9 695
Total	1 216	2 101

La meilleure estimation pour primes, à additionner à la meilleure estimation pour sinistres, est de 2 101 K€ (contre 1 216 K€ en 2020). 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 6 988 K€ (contre 8 174 K€ en 2020), contre 4 851 K€ de provisions pour sinistres à payer comptabilisées dans les comptes sociaux. La hausse de la meilleure estimation santé s'explique par la prise en compte de la meilleure estimation pour primes (passage de 1 216 K€ à 2 100 K€).

D.2.2.2. 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 249 K€ (contre 289 K€ en 2020).

Un ajustement pour résultat futur sur cotisations déjà émises a été pris en compte. Le montant de cotisations connues à l'inventaire 2021 pour l'exercice 2022 est de 687 K€. Le ratio combiné est estimé à 133%. La meilleure estimation pour primes est donc de 232 K€ (contre 301 K€ en 2020), à rajouter à la meilleure estimation des provisions pour sinistres à payer, pour faire un total de 481 K€ (contre 582 K€ en 2020).

D.2.2.3. 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 558 K€ décomposé comme suit.

(en €)	2020	2021
Marge de risque Santé	510 422	521 898
Marge de risque Vie	36 554	35 884
Total	546 976	557 782

D.2.3. Incertitude liée à la valorisation des meilleures estimations

Les provisions techniques sont déterminées par des méthodes prospectives définies par la consommation observée et les liquidations historiques. Ces différents paramètres ont été définis en meilleure estimation à partir de l'expérience ou des anticipations actuelles, mais la réalisation de ces paramètres dans le futur peut diverger des hypothèses retenues. Les principales sources d'incertitudes sur les provisions techniques proviennent de l'évolution de la liquidation des prestations, de l'évolution de la consommation médicale ainsi que des problèmes liés à la crise sanitaire subie sur les exercices 2020 et 2021 et par la mise en place du 100% santé. Un suivi de la liquidation des provisions est effectué chaque mois.

D.3. Autres passifs

D.3.1. Les impôts différés passifs

Les impôts différés passifs ont été calculés, pour chaque poste concerné, par application du taux de 25% 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 2021, 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.

(en €)	Valeur fiscale	Valeur de marché	Impôts différés
Actifs incorporels	313 735	-	-78 434
Provisions techniques réassurées	3 021	3 019	-
Provisions techniques	5 098 174	8 026 790	-732 154
Total impôts différés actif	-	-	-810 588
Immobilier	12 364 129	12 508 103	35 993
Actions	11 616 959	11 940 937	80 995
Total impôts différés passif	-	-	116 988

La mutuelle est en situation d'actif net d'impôts différés de 693 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.

D.3.2. Les autres dettes

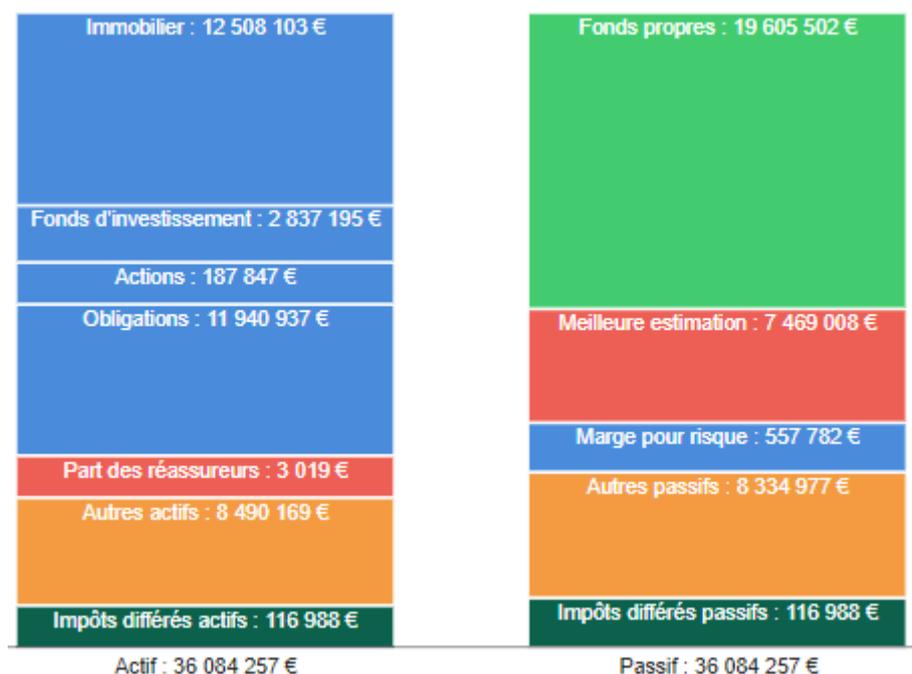
Les dettes sont supposées constantes entre les deux régimes pour un montant total de 8 335 K€ (contre 9 315 K€ en 2020). Ces dettes sont composées d'une part des provisions pour risques pour un montant de 1 292 K€ (contre 520 K€ en 2020) et d'autre part des dettes pour un montant de 7 043 K€ (contre 8 795 K€ en 2020).

D.4. Méthodes de valorisation alternatives

Just' n'utilise pas de méthode de valorisation alternative.

D.5. Autres informations

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



E. Gestion du capital

E.1. Fonds propres

E.1.1. Fonds propres actuels

Sous le régime Solvabilité II, les fonds propres économiques s'élèvent à 19 606 K€ (contre 20 454 K€ en 2020). 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 : - 13 404 265 € ;
- Résultat 2021 : - 237 872 € ;
- Non prise en compte des actifs incorporels : - 313 735 € ;
- Plus-values latentes sur placements : 523 062 € ;
- Evolution de la meilleure estimation : - 2 370 836 € ;

- Impact de la marge de risque : - 557 782 €.

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

	2020	2021
Placements	32 386 608	30 589 102
- Immobilier	12 579 625	12 508 103
- Actions	87 847	187 847
- Obligations	11 689 157	11 940 937
- Fonds d'investissement	3 001 093	2 837 195
- Dépôts autre que la trésorerie	5 028 886	3 115 021
Meilleure estimation réassurée	4 290	3 019
Trésorerie	5 390 165	3 880 475
Autres actifs	1 293 714	1 494 673
Actif d'impôts différés	-	116 988
Total actif	39 074 777	36 084 257
Provisions non-vie	8 685 088	7 510 395
- Meilleure estimation sinistres	6 958 477	4 887 827
- Meilleure estimation primes	1 215 850	2 100 670
- Marge de risque	510 761	521 898
Provisions vie	620 572	516 395
- Meilleure estimation sinistres	282 702	248 935
- Meilleure estimation primes	301 375	231 576
- Marge de risque	36 495	35 884
Autres passifs	9 315 559	8 334 977
Passif d'impôts différés	-	116 988
Total passif	18 621 219	16 478 755
Actif net	20 453 557	19 605 502

E.1.2. Plans d'actions

La situation de Just' ne nécessite pas en tant que telle la mise en œuvre d'un plan d'action. La société continue de se développer grâce à la poursuite de ses activités.

E.2. Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis

Pour 2021, en comparaison avec l'exercice 2020, la couverture des exigences réglementaires sont présentés ci-après.

	Inventaire 2020	Inventaire 2021
Risque de souscription santé	7 845	8 038
Risque de marché	4 435	131
Risque de souscription vie	56	4 762
Risque de contrepartie	524	437
Effet de diversification	-2 738	-2 865
BSCR	10 123	10 502

Risque opérationnel	1 205	1 170
Ajustement par les impôts différés	-	-
SCR	11 327	11 672
MCR	3 700	3 700
Fonds propres	20 454	19 606
Couverture du SCR	181%	168%
Couverture du MCR	553%	530%

Le SCR est donc couvert à **168%** avec 19 606 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 2 138 K€. Il est couvert à hauteur de **530%** par les fonds propres de la mutuelle. La couverture du SCR est en baisse sur l'exercice 2020.

La légère hausse du SCR s'explique par l'augmentation du SCR souscription santé est due à une hausse du chiffre d'affaires espéré sur l'exercice 2022. La hausse de la meilleure estimation pour primes entraîne une baisse des fonds propres économiques de la mutuelle Just.

E.3. Utilisation du sous-module « risque sur actions » fondé sur la durée dans le calcul du capital de solvabilité requis

Just n'utilise pas le sous-module risque sur actions fondé sur la durée.

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

Just n'utilise pas de modèle interne aux fins de calculs de ses exigences en fonds propres prudentiels.

E.5. Non-respect du minimum de capital requis et non-respect du capital de solvabilité requis

Au cours de l'exercice 2021, aucun manquement au minimum de capital requis et au capital de solvabilité requis n'a été constaté par la Mutuelle.

E.6. Autres informations

Aucune autre information significative n'est à signaler.

F. Annexes

F.1. S.02.01 – Bilan

	Valeur Solvabilité II	
	C0010	
Actifs	R0030	
Immobilisations incorporelles		
Actifs d'impôts différés	R0040	116 987.94
Excédent du régime de retraite	R0050	
Immobilisations corporelles détenues pour usage propre	R0060	13 159 205.99
Investissements (autres qu'actifs en représentation de contrats en unités de compte et indexés)	R0070	18 080 999.53
Biens immobiliers (autres que détenus pour usage propre)	R0080	0.00
Détenions dans des entreprises liées, y compris participations	R0090	164 979.61
Actions	R0100	22 867.00
Actions – cotées	R0110	0.00
Actions – non cotées	R0120	22 867.00
Obligations	R0130	11 940 936.78
Obligations d'État	R0140	153 027.00
Obligations d'entreprise	R0150	11 501 169.78
Titres structurés	R0160	286 740.00
Titres garantis	R0170	0.00
Organismes de placement collectif	R0180	2 837 195.15
Produits dérivés	R0190	0.00
Dépôts autres que les équivalents de trésorerie	R0200	3 115 020.99
Autres investissements	R0210	0.00
Actifs en représentation de contrats en unités de compte et indexés	R0220	0.00
Prêts et prêts hypothécaires	R0230	0.00
Avances sur police	R0240	0.00
Prêts et prêts hypothécaires aux particuliers	R0250	0.00
Autres prêts et prêts hypothécaires	R0260	0.00
Montants recouvrables au titre des contrats de réassurance	R0270	3 019.28
Non-vie et santé similaire à la non-vie	R0280	3 019.28
Non-vie hors santé	R0290	0.00
Santé similaire à la non-vie	R0300	3 019.28
Vie et santé similaire à la vie, hors santé, UC et indexés	R0310	0.00
Santé similaire à la vie	R0320	0.00
Vie hors santé, UC et indexés	R0330	0.00
Vie UC et indexés	R0340	0.00
Dépôts auprès des cédantes	R0350	0.00
Créances nées d'opérations d'assurance et montants à recevoir d'intermédiaires	R0360	-154 655.15
Créances nées d'opérations de réassurance	R0370	3 102.41
Autres créances (hors assurance)	R0380	826 681.05
Actions propres auto-détenues (directement)	R0390	0.00
Éléments de fonds propres ou fonds initial appelé(s), mais non encore payé(s)	R0400	0.00
Trésorerie et équivalents de trésorerie	R0410	3 880 475.22
Autres actifs non mentionnés dans les postes ci-dessus	R0420	168 441.07
Total de l'actif	R0500	36 084 257.34

	Valeur Solvabilité II	
	C0010	
Passifs		
Provisions techniques non-vie	R0510	7 510 394.85
Provisions techniques non-vie (hors santé)	R0520	0.00
Provisions techniques calculées comme un tout	R0530	0.00
Meilleure estimation	R0540	0.00
Marge de risque	R0550	0.00
Provisions techniques santé (similaire à la non-vie)	R0560	7 510 394.85
Provisions techniques calculées comme un tout	R0570	0.00
Meilleure estimation	R0580	6 998 497.12
Marge de risque	R0590	521 897.73
Provisions techniques vie (hors UC et indexés)	R0600	516 395.33
Provisions techniques santé (similaire à la vie)	R0610	0.00
Provisions techniques calculées comme un tout	R0620	0.00
Meilleure estimation	R0630	0.00
Marge de risque	R0640	0.00
Provisions techniques vie (hors santé, UC et indexés)	R0650	516 395.33
Provisions techniques calculées comme un tout	R0660	0.00
Meilleure estimation	R0670	480 510.99
Marge de risque	R0680	35 884.34
Provisions techniques UC et indexés	R0690	0.00
Provisions techniques calculées comme un tout	R0700	0.00
Meilleure estimation	R0710	0.00
Marge de risque	R0720	0.00
Passifs éventuels	R0740	0.00
Provisions autres que les provisions techniques	R0750	1 291 927.75
Provisions pour retraite	R0760	0.00
Dépôts des réassureurs	R0770	0.00
Passifs d'impôts différés	R0780	116 987.94
Produits dérivés	R0790	0.00
Dettes envers des établissements de crédit	R0800	3 006 536.39
Dettes financières autres que celles envers les établissements de crédit	R0810	0.00
Dettes nées d'opérations d'assurance et montants dus aux intermédiaires	R0820	233 849.10
Dettes nées d'opérations de réassurance	R0830	3 323.49
Autres dettes (hors assurance)	R0840	3 799 340.57
Passifs subordonnés	R0850	0.00
Passifs subordonnés non inclus dans les fonds propres de base	R0860	0.00
Passifs subordonnés inclus dans les fonds propres de base	R0870	0.00
Autres dettes non mentionnées dans les postes ci-dessus	R0880	0.00
Total du passif	R0900	16 478 755.42
Excédent d'actif sur passif	R1000	19 605 501.92

F.2. S.05.01 – Primes, sinistres et dépenses par ligne d'activité

		Ligne d'activité pour : engagements d'assurance et de réassurance non-vie (assurance directe et réassurance proportionnelle acceptée)	Total
		Assurance des frais médicaux	
		C0010	C0200
Primes émises			
Brut – assurance directe	R0110	38 089 331.18	38 089 331.18
Brut – Réassurance proportionnelle acceptée	R0120	0.00	0.00
Brut – Réassurance non proportionnelle acceptée	R0130	-	
Part des réassureurs	R0140	41 440.00	41 440.00
Net	R0200	38 047 891.18	38 047 891.18
Primes acquises			
Brut – assurance directe	R0210	38 089 331.18	38 089 331.18
Brut – Réassurance proportionnelle acceptée	R0220	0.00	0.00
Brut – Réassurance non proportionnelle acceptée	R0230	-	
Part des réassureurs	R0240	41 440.00	41 440.00
Net	R0300	38 047 891.18	38 047 891.18
Charge des sinistres			
Brut – assurance directe	R0310	28 697 230.87	28 697 230.87
Brut – Réassurance proportionnelle acceptée	R0320	0.00	0.00
Brut – Réassurance non proportionnelle acceptée	R0330	-	
Part des réassureurs	R0340	24 264.17	24 264.17
Net	R0400	28 672 966.70	28 672 966.70
Variation des autres provisions techniques			-
Brut – assurance directe	R0410	0.00	0.00
Brut – Réassurance proportionnelle acceptée	R0420	0.00	0.00
Brut – Réassurance non proportionnelle acceptée	R0430	-	
Part des réassureurs	R0440	0.00	0.00
Net	R0500	0.00	0.00
Dépenses engagées	R0550	9 172 729.22	9 172 729.22
Autres dépenses	R1200	-	0.00
Total des dépenses	R1300	-	9 172 729.22

		Ligne d'activité pour : engagements d'assurance vie	Total
		Autres assurances vie	
		C0240	C0300
Primes émises			
Brut	R1410	687 489.54	687 489.54
Part des réassureurs	R1420	0.00	0.00
Net	R1500	687 489.54	687 489.54
Primes acquises			
Brut	R1510	687 489.54	687 489.54
Part des réassureurs	R1520	0.00	0.00
Net	R1600	687 489.54	687 489.54
Charge des sinistres			
Brut	R1610	752 495.54	752 495.54
Part des réassureurs	R1620	0.00	0.00
Net	R1700	752 495.54	752 495.54
Variation des autres provisions techniques			
Brut	R1710	0.00	0.00
Part des réassureurs	R1720	0.00	0.00
Net	R1800	0.00	0.00
Dépenses engagées	R1900	166 570.24	166 570.24
Autres dépenses	R2500		0.00
Total des dépenses	R2600		166 570.24

F.3. S.05.02 - Primes, sinistres et dépenses par pays

	Pays d'origine	5 principaux pays (par montant de primes brutes émises) – engagements en non-vie					Total 5 principaux pays et pays d'origine	
		C0010	C0020	C0030	C0040	C0050	C0060	C0070
R0010								
		C0080	C0090	C0100	C0110	C0120	C0130	C0140
Primes émises								
Brut – assurance directe	R0110	38 089 331.18						38 089 331.18
Brut – Réassurance proportionnelle acceptée	R0120	0.00						0.00
Brut – Réassurance non proportionnelle acceptée	R0130	0.00						0.00
Part des réassureurs	R0140	41 440.00						41 440.00
Net	R0200	38 047 891.18						38 047 891.18
Primes acquises								
Brut – assurance directe	R0210	38 089 331.18						38 089 331.18
Brut – Réassurance proportionnelle acceptée	R0220	0.00						0.00
Brut – Réassurance non proportionnelle acceptée	R0230	0.00						0.00
Part des réassureurs	R0240	41 440.00						41 440.00
Net	R0300	38 047 891.18						38 047 891.18
Charge des sinistres								
Brut – assurance directe	R0310	28 697 230.87						28 697 230.87
Brut – Réassurance proportionnelle acceptée	R0320	0.00						0.00
Brut – Réassurance non proportionnelle acceptée	R0330	0.00						0.00
Part des réassureurs	R0340	24 264.17						24 264.17
Net	R0400	28 672 966.70						28 672 966.70
Variation des autres provisions techniques								
Brut – assurance directe	R0410	0.00						0.00
Brut – Réassurance proportionnelle acceptée	R0420	0.00						0.00
Brut – Réassurance non proportionnelle acceptée	R0430	0.00						0.00
Part des réassureurs	R0440	0.00						0.00
Net	R0500	0.00						0.00
Dépenses engagées	R0550	9 172 729.22						9 172 729.22
Autres dépenses	R1200							0,00
Total des dépenses	R1300							9 172 729.22

	Pays d'origine	5 principaux pays (par montant de primes brutes émises) – engagements en vie					Total 5 principaux pays et pays d'origine	
		C0150	C0160	C0170	C0180	C0190	C0200	C0210
R1400								
		C0220	C0230	C0240	C0250	C0260	C0270	C0280
Primes émises								
Brut	R1410	7687 489.54						7687 489.54
Part des réassureurs	R1420	0.00						0.00
Net	R1500	687 489.54						687 489.54
Primes acquises								
Brut	R1510	687 489.54						687 489.54
Part des réassureurs	R1520	0.00						0.00
Net	R1600	687 489.54						687 489.54
Charge des sinistres								
Brut	R1610	752 495.54						752 495.54
Part des réassureurs	R1620	0.00						0.00
Net	R1700	752 495.54						752 495.54
Variation des autres provisions techniques								
Brut	R1710	0.00						0.00
Part des réassureurs	R1720	0.00						0.00
Net	R1800	0.00						0.00
Dépenses engagées	R1900	166 570.24						166 570.24
Autres dépenses	R2500							
Total des dépenses	R2600							166 570.24

F.4. S.12.01 - Provisions techniques vie

	Autres assurances vie		Total (vie hors santé, y compris UC) C0150
	Contrats sans options ni garanties C0060	Contrats avec options ou garanties C0080	
Provisions techniques calculées comme un tout	R0010		
Total des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finite, après l'ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie, correspondant aux provisions techniques calculées comme un tout	R0020		
Provisions techniques calculées comme la somme de la meilleure estimation et de la marge de risque			
Meilleure estimation			
Meilleure estimation brute	R0030	480 510,99	480 510,99
Total des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finite, après ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie	R0080	0,00	0,00
Meilleure estimation nette des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finite	R0090	516 395,33	516 395,33
Marge de risque	R0100	35 884,34	35 884,34
Montant de la déduction transitoire sur les provisions techniques			
Provisions techniques calculées comme un tout	R0110		
Meilleure estimation	R0120	516 395,33	516 395,33
Marge de risque	R0130	35 884,34	35 884,34
Provisions techniques – Total	R0200	620 572,36	620 572,36

F.5. S.17.01 - Provisions techniques non-vie

		Assurance directe		Total engagements en non-vie
		Assurance des frais médicaux	Assurance de protection du revenu	
		C0020	C0030	
Provisions techniques calculées comme un tout	R0010			
Total des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finite, après l'ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie, correspondant aux provisions techniques calculées comme un tout	R0050			
Provisions techniques calculées comme la somme de la meilleure estimation et de la marge de risque				
Meilleure estimation				
Provisions pour primes				
Brut	R0060	2 100 670.36	0.00	2 100 670.36
Total des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finite, après ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie	R0140	0.00	0.00	0.00
Meilleure estimation nette des provisions pour primes	R0150	2 100 670.36	0.00	2 100 670.36
Provisions pour sinistres				
Brut	R0160	4 887 826.78	0.00	4 887 826.78
Total des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finite, après ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie	R0240	3 019.28	0.00	3 019.28
Meilleure estimation nette des provisions pour sinistres	R0250	4 884 807.50	0.00	4 884 807.50
Total meilleure estimation – brut	R0260	6 988 497.14	0.00	6 988 497.14
Total meilleure estimation – net	R0270	6 985 477.86	0.00	6 985 477.86
Marge de risque	R0280	521 897.73	0.00	521 897.73
		Assurance directe		
		Assurance des frais médicaux	Assurance de protection du revenu	Total engagements en non-vie
		C0020	C0030	C0180
Provisions techniques – Total	R0320	7 510 394.87	0.00	7 510 394.87
Provisions techniques – Total				
Montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finite, après ajustement pour pertes probables pour défaut de la contrepartie – total	R0330	3 019.28	0.00	3 019.28
Provisions techniques nettes des montants recouvrables au titre de la réassurance/des véhicules de titrisation et de la réassurance finite	R0340	7 507 375.59	0.00	7 507 375.59

F.6. S.19.01 - Sinistres en non-vie

		Année de développement											Pour l'année en cours	Somme des années (cumulés)	
		Année 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 & +			
		C0010	C0020	C0030	C0040	C0050	C0060	C0070	C0080	C0090	C0100	C0110	C0170	C0180	
Précédentes	R0100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
N-14	R0110							82						82	
N-13	R0120						40	887	2 468	-				3 396	
N-12	R0130					736	11 578	9 473	7	24				21 817	
N-11	R0140				4 612	16 935	35 453	1 290	40	-				58 330	
N-10	R0150			136 306	28 620	77 023	- 207	1 450	-	-				243 191	
N-9	R0160		3 546 156	181 882	107 824	2 291	2 381	9	-	-	0			3 840 543	
N-8	R0170	26 977 796	3 538 396	155 586	6 052	1 477	17	64	798	3			3	30 680 189	
N-7	R0180	25 219 659	4 270 173	149 164	41 463	7 830	10 374	7 443	547				547	29 706 653	
N-6	R0190	26 381 631	3 007 626	241 153	107 532	61 315	48 537	5 798					5 798	29 853 591	
N-5	R0200	29 891 213	3 530 351	314 444	88 364	38 238	8 488						8 488	33 871 097	
N-4	R0210	34 998 118	3 956 760	279 920	46 442	32 510							32 510	39 313 750	
N-3	R0220	30 742 269	3 045 852	116 929	21 356								21 356	33 926 405	
N-2	R0230	26 943 013	2 695 615	129 569									129 569	29 768 196	
N-1	R0240	25 171 498	2 271 821										2 271 821	27 443 319	
N	R0250	27 378 340											27 378 340	27 378 340	
Total													R0260	29 848 431,00	29 848 431

Meilleure estimation provisions pour sinistres brutes non actualisées

(valeur absolue)

	Année	Année de développement										Fin d'année (données actualisées)		
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10 & +	C0360
		C0200	C0210	C0220	C0230	C0240	C0250	C0260	C0270	C0280	C0290	C0300		
Précédentes	R0100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		R0100	
N-9	R0160												R0160	
N-8	R0170												R0170	
N-7	R0180												R0180	
N-6	R0190												R0190	
N-5	R0200												R0200	
N-4	R0210			41 480,13									R0210	41 480,13
N-3	R0220		521 959,75	48 235,37									R0220	570 195,12
N-2	R0230	4 055 395,12	606 963,46	41 699,23									R0230	4 704 057,81
N-1	R0240	4 715 836,16	524 716,78										R0240	5 240 552,94
N	R0250	4 076 815,99											R0250	4 076 815,99
	Total												R0260	14 633 101,99

F.7. S.23.01 - Fonds propres

Fonds propres de base avant déduction pour participations dans d'autres secteurs financiers, comme prévu à l'article 68 du règlement délégué 2015/35

Capital en actions ordinaires (brut des actions propres)
 Compte de primes d'émission lié au capital en actions ordinaires
 Fonds initial, cotisations des membres ou élément de fonds propres de base équivalent pour les mutuelles et les entreprises de type mutuel
 Comptes mutualistes subordonnés
 Fonds excédentaires
 Actions de préférence
 Compte de primes d'émission lié aux actions de préférence
 Réserve de réconciliation
 Passifs subordonnés
 Montant égal à la valeur des actifs d'impôts différés nets
 Autres éléments de fonds propres approuvés par l'autorité de contrôle en tant que fonds propres de base non spécifiés supra

Fonds propres issus des états financiers qui ne devraient pas être inclus dans la réserve de réconciliation et qui ne respectent pas les critères de fonds propres de Solvabilité II

Fonds propres issus des états financiers qui ne devraient pas être inclus dans la réserve de réconciliation et qui ne respectent pas les critères de fonds propres de Solvabilité II

Déductions

Déductions pour participations dans des établissements de crédit et des établissements financiers

Total fonds propres de base après déductions

Fonds propres auxiliaires

Capital en actions ordinaires non libéré et non appelé, appelable sur demande
 Fonds initial, cotisations des membres ou élément de fonds propres de base équivalents, non libérés, non appelés et appelables sur demande, pour les mutuelles et les entreprises de type mutuel
 Actions de préférence non libérées et non appelées, appelables sur demande
 Engagements juridiquement contraignants de souscrire et de payer des passifs subordonnés sur demande
 Lettres de crédit et garanties relevant de l'article 96, paragraphe 2, de la directive 2009/138/CE
 Lettres de crédit et garanties ne relevant pas de l'article 96, paragraphe 2, de la directive 2009/138/CE
 Rappels de cotisations en vertu de l'article 96, point 3, de la directive 2009/138/CE
 Rappels de cotisations ne relevant pas de l'article 96, paragraphe 3, de la directive 2009/138/CE
 Autres fonds propres auxiliaires

Total fonds propres auxiliaires

Fonds propres éligibles et disponibles

Total des fonds propres disponibles pour couvrir le capital de solvabilité requis
 Total des fonds propres disponibles pour couvrir le minimum de capital requis
 Total des fonds propres éligibles pour couvrir le capital de solvabilité requis
 Total des fonds propres éligibles pour couvrir le minimum de capital requis

Capital de solvabilité requis

Minimum de capital requis

Ratio fonds propres éligibles sur capital de solvabilité requis

Ratio fonds propres éligibles sur minimum de capital requis

	Total	Niveau 1 – non restreint
	C0010	C0020
	-	-
R0010		
R0030		
R0040	381 100	381 100
R0050		
R0070		
R0090		
R0110		
R0130	19 224 402	19 224 402
R0140	0.00	
R0160		
R0180		
	-	-
R0220		
	-	-
R0230		
R0290	19 605 502	19 605 502
	-	-
R0300		
R0310		
R0320		
R0330		
R0340		
R0350		
R0360		
R0370		
R0390		
R0400		
	-	-
R0500	19 605 502	19 605 502
R0510	19 605 502	19 605 502
R0540	19 605 502	19 605 502
R0550	19 605 502	19 605 502
R0580	11 672 454	
R0600	3 700 000	
R0620	168%	
R0640	530%	

Réserve de réconciliation

Excédent d'actif sur passif

Actions propres (détenues directement et indirectement)

Dividendes, distributions et charges prévisibles

Autres éléments de fonds propres de base

Ajustement pour les éléments de fonds propres restreints relatifs aux portefeuilles sous ajustement égalisateur et aux fonds cantonnés

Réserve de réconciliation**Bénéfices attendus**

Bénéfices attendus inclus dans les primes futures (EPIFP) – activités vie

Bénéfices attendus inclus dans les primes futures (EPIFP) – activités non-vie

Total bénéfices attendus inclus dans les primes futures (EPIFP)

	C0060
	-
R0700	19 605 502
R0710	
R0720	
R0730	381 100
R0740	
R0760	19 224 402
	-
R0770	-231 576
R0780	-2 100 670
R0790	-2 332 246

F.8. S.25.01 - Capital de solvabilité requis – Formule standard

		Capital de solvabilité requis brut
		C0110
	-	
Risque de marché	R0010	4 762 349
Risque de défaut de la contrepartie	R0020	436 609
Risque de souscription en vie	R0030	130 594
Risque de souscription en santé	R0040	8 038 111
Risque de souscription en non-vie	R0050	
Diversification	R0060	-286 389
Risque lié aux immobilisations incorporelles	R0070	
Capital de solvabilité requis de base	R0100	10 502 274
 Calcul du capital de solvabilité requis		 C0100
Risque opérationnel	R0130	1 170 180
Capacité d'absorption des pertes des provisions techniques	R0140	
Capacité d'absorption de pertes des impôts différés	R0150	0.00
Capital requis pour les activités exercées conformément à l'article 4 de la directive 2003/41/CE	R0160	
Capital de solvabilité requis à l'exclusion des exigences de capital supplémentaire	R0200	11 672 454
Exigences de capital supplémentaire déjà définies	R0210	
Capital de solvabilité requis	R0220	11 672 454

F.9. S.28.02 - MCR

	Activités en non-vie	Activités en vie
	Résultat MCR(NL,NL)	Résultat MCR(NL,NL)
	C0010	C0020
Terme de la formule linéaire pour les engagements d'assurance et de réassurance non-vie	R0010	2 116 568
	Meilleure estimation et PT calculées comme un tout, nettes (de la réassurance / des véhicules de titrisation)	Primes émises au cours des 12 derniers mois, nettes (de la réassurance)
	C0030	C0040
Assurance frais médicaux et réassurance proportionnelle y afférente	R0020	6 985 478
Assurance de protection du revenu, y compris réassurance proportionnelle y afférente	R0030	0.00
Assurance indemnisation des travailleurs et réassurance proportionnelle y afférente	R0040	
Assurance de responsabilité civile automobile et réassurance proportionnelle y afférente	R0050	
Autre assurance des véhicules à moteur et réassurance proportionnelle y afférente	R0060	
Assurance maritime, aérienne et transport et réassurance proportionnelle y afférente	R0070	
Assurance incendie et autres dommages aux biens et réassurance proportionnelle y afférente	R0080	
Assurance de responsabilité civile générale et réassurance proportionnelle y afférente	R0090	
Assurance crédit et cautionnement et réassurance proportionnelle y afférente	R0100	
Assurance de protection juridique et réassurance proportionnelle y afférente	R0110	
Assurance assistance et réassurance proportionnelle y afférente	R0120	
Assurance pertes pécuniaires diverses et réassurance proportionnelle y afférente	R0130	
Réassurance santé non proportionnelle	R0140	
Réassurance accidents non proportionnelle	R0150	
Réassurance maritime, aérienne et transport non proportionnelle	R0160	
Réassurance dommages non proportionnelle	R0170	

Terme de la formule linéaire pour les engagements d'assurance et de réassurance vie

	Activités en vie	
	C0110	C0120
R0200	Meilleure estimation et PT calculées comme un tout, nettes (de la réassurance / des véhicules de titrisation)	Montant total du capital sous risque net (de la réassurance/ des véhicules de titrisation)
	C0110	C0120
Engagements avec participation aux bénéfices – Prestations garanties	R0210	
Engagements avec participation aux bénéfices – Prestations discrétionnaires futures	R0220	
Engagements d'assurance avec prestations indexées et en unités de compte	R0230	
Autres engagements de (ré)assurance vie et de (ré)assurance santé	R0240	480 511
Montant total du capital sous risque pour tous les engagements de (ré)assurance vie	R0250	16 691 264

Calcul du MCR global

MCR linéaire
 Capital de solvabilité requis
 Plafond du MCR
 Plancher du MCR
 MCR combiné
 Seuil plancher absolu du MCR

	C0130
R0300	2 138 343
R0310	11 672 454
R0320	5 252 604
R0330	2 918 113
R0340	2 918 113
R0350	3 700 000
R0400	3 700 000

Minimum de capital requis**Calcul du montant notionnel du MCR en non-vie et en vie**

Montant notionnel du MCR linéaire
 Montant notionnel du SCR hors capital supplémentaire (calcul annuel ou dernier calcul)
 Plafond du montant notionnel du MCR
 Plancher du montant notionnel du MCR
 Montant notionnel du MCR combiné
 Seuil plancher absolu du montant notionnel du MCR
 Montant notionnel du MCR

-	Activités en non-vie	Activités en vie
-	C0140	C0150
R0500	2 116 568	21 775
R0510	11 553 594	118 860
R0520	5 199 117	53 487
R0530	2 888 399	29 715
R0540	2 888 399	29 715
R0550	2 500 000	1 200 000
R0560	2 888 399	1 200 000