



MUTUELLE PREVIFRANCE

Numéro RNM 776 950 669

Rapport annuel public sur la solvabilité et la situation financière 2022 (SFCR)

Collecte du 08/04/2023

Rapport approuvé par le Conseil d'Administration dans sa réunion du 06/04/2023.

Sommaire

SYNTHESE	4
PARTIE A – ACTIVITE ET RESULTATS	5
1. ACTIVITE	5
1.1. Risques couverts	5
1.2. Résultats de la Mutuelle	6
1.3. Stratégie de la Mutuelle.....	6
2. RESULTATS DE SOUSCRIPTION	11
3. RESULTATS DES INVESTISSEMENTS	11
4. RESULTATS DES AUTRES ACTIVITES	12
PARTIE B - LE SYSTEME DE GOUVERNANCE DE LA MUTUELLE	13
1. INFORMATIONS GENERALES SUR LE SYSTEME DE GOUVERNANCE	13
1.1. La Gouvernance	13
1.2. Changements survenus dans le système de gouvernance au cours de la période	18
1.3. Politique de rémunération	18
2. EXIGENCES DE COMPETENCE ET D'HONORABILITE.....	20
2.1. Principes de compétence et honorabilité	20
2.2. Notification à l'ACPR	21
3. SYSTEME DE GESTION DES RISQUES, L'ÉVALUATION INTERNE DES RISQUES ET DE LA SOLVABILITE.....	22
3.1. L'organisation du système de gestion des risques	22
3.2. Le référentiel de gestion des risques	25
4. LA POLITIQUE D'APPETENCE AUX RISQUES	27
4.1. La cartographie macro	28
4.2. L'évaluation interne des risques	28
5. LE CONTROLE INTERNE	29
5.1. Le dispositif de contrôle interne	29
5.2. Le référentiel de contrôle	29
5.3. Pilotage du dispositif de contrôle interne	29
5.4. Le dispositif de conformité.....	30
6. L'AUDIT INTERNE	31
6.1. Description de l'audit interne	31
6.2. Principes généraux et déontologie.....	31
6.3. Fonctionnement de l'Audit Interne.....	32
7. FONCTION ACTUARIELLE	34
8. SOUS-TRAITANCE	35
PARTIE C – PROFIL DE RISQUE	37
1. RISQUES DE SOUSCRIPTION	38
1.1. Appréhension du risque de souscription au sein de la Mutuelle	38
1.2. Mesure du risque de souscription et risques majeurs	38
1.3. Maitrise du risque de souscription.....	38
2. RISQUE DE MARCHE.....	39
2.1. Appréhension du risque de marché au sein de la Mutuelle.....	39
2.2. Mesure du risque de marché et risques majeurs.....	39
2.3. Maitrise du risque de marché	39
3. RISQUE DE DEFAUT DE CONTREPARTIE	39
3.1. Appréhension du risque de contrepartie au sein de la Mutuelle.....	39
3.2. Mesure du risque de crédit et risques majeurs.....	40
3.3. Maitrise du risque de défaut de contrepartie et risques majeurs.....	40
4. RISQUE DE LIQUIDITE	40
4.1. Appréhension du risque de liquidité au sein de la Mutuelle.....	40
4.2. Mesure du risque de liquidité et risques majeurs.....	40
4.3. Maitrise du risque de liquidité	40
5. RISQUE OPERATIONNEL	41
5.1. Appréhension du risque opérationnel au sein de la Mutuelle	41

5.2. Mesure du risque opérationnel et risques majeurs	41
5.3. Maitrise du risque opérationnel.....	41
6. AUTRES RISQUES IMPORTANTS.....	41
PARTIE D – VALORISATION	42
1. BILAN PRUDENTIEL	42
1.1. Présentation du bilan Actif.....	42
1.2. Présentation du bilan passif	44
2. VALORISATION DE L'ACTIF.....	45
3. VALORISATION DU PASSIF	47
3.1. <i>Provisions techniques par LoB</i>	47
3.2. Autres passifs	48
PARTIE E – GESTION DU CAPITAL.....	50
1. FONDS PROPRES	50
1.1. Fonds propres S2.....	50
1.2. Fonds propres S2 vs fonds propres sociaux	50
2. CAPITAL DE SOLVABILITE REQUIS ET MINIMUM DE CAPITAL REQUIS	50
2.1. Capital de solvabilité requis	50
2.2. Minimum de capital de requis	51
2.3. Taux de couverture SCR / MCR	51

SYNTHESE

La Mutuelle PREVIFRANCE relève du Code de la Mutualité ; elle dispose des agréments pour pratiquer les activités d'assurance relevant des branches suivantes :

- Branche 1 : Accidents,
- Branche 2 : Maladie,
- Branche 20 : Vie-Décès.

L'activité de la Mutuelle porte principalement sur la couverture :

- de garanties frais de santé,
- de garanties prévoyance : incapacité, invalidité et décès.

Les indicateurs de référence de la Mutuelle pour 2021 et 2022 ont évolué de la façon suivante :

En K€	2021	2022	Evolution	En %
Personnes protégées 31/12	327 954	335 447	7 493	2,3%
Cotisations brutes	218 849	231 716	12 867	5,9%
-dont santé	193 160	201 466	8 305	4,3%
-dont prévoyance	25 688	30 250	4 562	17,8%
Cotisations nettes de réassurance	208 484	219 382	10 898	5,2%
Résultat net d'impôt	5 361	7 025	1 665	
Fonds propres Solvabilité 2	283 316	264 541	-18 774	-6.63%
SCR	93 793	87 549	-6 244	-6.66%
MCR	23 448	21 887	-1 561	-6.66%
Taux de couverture du SCR	302,1%	302,2%		
Taux de couverture du MCR	1208,3%	1200.7%		

En 2022, le chiffre d'affaires brut s'élève à 231 716 K€, en hausse de 12 867 K€ (+5,9%). L'activité santé progresse de 4,3% avec un effectif moyen en 2022 de 335 000 personnes protégées en hausse de 2,3% par rapport à 2021. L'activité prévoyance connaît un développement soutenu de 18% lié à la croissance du portefeuille collectif.

Le résultat net 2022 s'élève à 7 025K€ en hausse de 1 665 K€ par rapport à 2021. Le résultat net représente 3% des cotisations brutes. L'amélioration du résultat s'explique par un effet positif sur la fiscalité en lien avec la diminution des plus-values latentes sur le portefeuille actions.

Le capital de solvabilité requis (SCR) s'élève à 87 549 K€ pour des fonds propres de 264 541 K€.

Avec un taux de couverture du SCR de 302% au 31/12/2022, la Mutuelle dispose d'une capacité financière lui permettant de couvrir de façon permanente les exigences de SCR / MCR. Les projections sur un horizon de 3 ans (2022-2024) réalisées dans le cadre de l'ORSA montrent par ailleurs que le taux de couverture reste très largement supérieur aux exigences et ce, y compris dans des scénarii de stress spécifiques sévères.

PARTIE A – Activité et résultats

1. Activité

1.1. Risques couverts

L'offre de la Mutuelle est ciblée autour de 4 types de clientèles :

- **les travailleurs indépendants** (commerçants, artisans, professions libérales,....)
 - Gamme santé Madelin
 - Gamme Prévoyance Madelin
- **les assurés sociaux pris à titre individuel** (adhérents relevant de la CPAM ou de la MSA notamment), et souscrivant des garanties à titre personnel,
 - gamme santé assurés sociaux
- **les assurés sociaux pris à titre collectif** (contrats d'entreprise en groupe ouvert ou fermé)
 - gamme collective santé
 - gamme collective prévoyance
- **les fonctionnaires territoriaux**
 - gamme labellisée santé territoriaux
 - gamme labellisée prévoyance

Les adhérents de la Mutuelle peuvent en outre souscrire à titre individuel les garanties suivantes :

- **Produit IJH** : indemnité journalière en cas d'hospitalisation
- **Produit capital décès de 10 K€ à 50 K€**

Les correspondances entre les domaines d'activité de la Mutuelle et les lignes d'activité S2 (LoB) sont définies de la façon suivante :

Domaine d'activité	Ligne d'activité (LoB)	LoB	Chiffre d'affaires brut 2022	Chiffre d'affaires net
Frais de santé	Santé NSLT-frais médicaux	1	201 466 k€	200 820 k€
Dommages corporels (incapacité temporaire)	Santé NSLT-perte de revenus	2	12 750 k€	7 536 k€
Dommages corporels (invalidité)	Santé SLT pour l'invalidité	33	8 484 k€	4 933 k€
Opérations en cas de décès et de vie	Autres assurances vie	32	9 017 k€	6 093 k€
Total			231 716 k€	219 382 k€

1.2. Résultats de la Mutuelle

Le tableau ci-dessous synthétise les principaux postes qui contribuent au résultat de la Mutuelle. Le détail de ces postes est repris ci-après.

Comptes de résultats en K€	2021	2022	Evolution
Résultat de souscription	8 709	6 420	-2 288
Résultat financier net	6 338	3 263	-3 075
Autres éléments non techniques et résultat exceptionnel	-3 619	-3 116	+ 503
Impôts	-6 066	458	+ 6 525
Résultat après impôt	5 361	7 025	+ 1 665

Le résultat net après IS s'élève à 7 025 K€, en hausse de 1 665 K€ par rapport à 2021.

La hausse du résultat s'explique par :

- ✓ un résultat de souscription égal à 6 420 K€ en baisse de 2 288 K€ ;
- ✓ un résultat financier net de 3 262 K€ en baisse de 3 075 K€ ;
- ✓ un résultat lié aux autres éléments non techniques de – 3 116 K€ en amélioration de 503 K€ ;
- ✓ une créance d'impôts de 458 K€ comparativement à une charge de 6 066 K€, soit une amélioration du résultat de 6 525 K€

L'amélioration du résultat net 2022 s'explique principalement par la baisse de l'impôt sur les sociétés due à la diminution des plus-values latentes sur OPCVM (imposées au fil de l'eau, conformément à l'article 209-O A du CGI).

1.3. Stratégie de la Mutuelle

L'année 2022 aura été une année complexe pour les organismes exerçant une activité dans le domaine des assurances de personnes. Ce constat s'applique aussi bien pour l'activité assurantielle à proprement parler, que pour la partie gestion des actifs qui est une composante économique essentielle pour tout acteur assurantiel, fût-il sous forme juridique mutualiste. Dans ce contexte objectivement compliqué, les résultats de la Mutuelle qui sont présentés ci-dessous témoignent de la bonne performance de Prévifrance et démontrent sa forte résilience dans un environnement 2022 qualifié de contrariant.

Seront donc analysés dans un premier temps les faits marquants et orientations stratégiques sur l'activité assurantielle pour aborder dans un second temps les caractéristiques liées à la gestion d'actifs.

- L'activité assurantielle

Le chiffre d'affaires brut réalisé par la Mutuelle au 31.12.2022, tous risques confondus, s'élève à 232 M€, en progression de 6% comparativement à 2021.

Une des particularités du modèle stratégique de la Mutuelle est d'être présente sur toutes les composantes de la chaîne de valeur, à savoir la distribution, la gestion et la prise de risque aussi bien pour la santé que la prévoyance. Ce choix très structurant emporte plusieurs constats développés ci-après.

- a. Une année 2022 commerciale soutenue tant en santé qu'en prévoyance

La Mutuelle considère que l'essentiel de la captation de la valeur et la sauvegarde des équilibres techniques reposent sur la capacité à avoir un lien direct et exclusif avec les prospects et/ou adhérents.

Cette conviction a amené, en contrepartie, la Mutuelle à avoir un dispositif commercial conséquent, qui est à l'origine de la poursuite de la croissance des effectifs des adhérents. En 2022, le portefeuille a crû de plus de 9 000 personnes protégées permettant à la Mutuelle de revendiquer, un effectif en fin d'année 2022, de 340 000 personnes protégées en santé et de 74 000 adhérents en prévoyance.

b. Une année 2022 où les ratios techniques évoluent légèrement ...en restant à des niveaux élevés

Pour le risque santé, le déploiement complet du Reste à Charge Zéro initié (RAC 0) depuis 2021 a impliqué une croissance très significative des prestations versées tout particulièrement sur les postes dentaire et audioprothèse, le poste optique évoluant peu.

Logiquement, les acteurs de la complémentaire santé s'interrogeaient pour savoir s'il convenait de considérer que ces prestations supplémentaires versées aux adhérents avaient un caractère potentiellement éphémère. Dans cette hypothèse, la croissance des prestations proviendrait d'un renoncement historique aux soins d'un public éloigné du système de santé pour lequel un effet « rattrapage », notamment pour les soins liés aux prothèses dentaires, s'exerçait.

Les ratios techniques de 2022 infirment ce raisonnement. On constate au contraire un maintien élevé de la dépense en général, avec une croissance continue sur le poste dentaire (+5,6% en 2022 à comparer à un effectif en hausse de 2,9%) dû certainement à la revalorisation des actes liés aux soins conservateurs et à une meilleure prise en charge des prothèses dentaires. Le poste audioprothèse est en légère diminution en 2022 comparativement à 2021, en restant néanmoins à des niveaux très significativement supérieurs à ceux qui prévalaient avant le dispositif RAC 0.

Si on peut donc affirmer que la réforme du RAC 0 a indubitablement permis une meilleure prise en charge par les organismes complémentaires de ces deux postes alors que le régime obligatoire a vu sa contribution inchangée, 2022 démontre en fait des changements de comportement des adhérents face à ces dépenses, qui ont un caractère dorénavant structurel. En ce sens, d'un point de vue de santé publique, la réforme a produit les effets espérés par le législateur en permettant une diminution du renoncement aux soins.

Pour la Mutuelle, en 2022, les ratios techniques s'améliorent légèrement en santé, en restant à des niveaux élevés. Le choix d'un modèle de distribution internalisé et l'absence de toute délégation de gestion permet à la Mutuelle d'avoir les leviers pour piloter de manière autonome et rigoureuse la gestion de ses équilibres.

De manière plus large, ces ratios techniques plutôt élevés ne doivent pas occulter les effets bénéfiques liés à la croissance du portefeuille (cf supra) si bien que la marge santé, en valeur absolue, progresse.

Concernant le risque prévoyance, la Mutuelle a été confrontée à une situation contrastée puisque le risque arrêt de travail (incapacité et invalidité) a connu une dégradation avec une augmentation de la fréquence des arrêts de travail alors que le risque décès s'est amélioré.

c. Une année 2022 où la Mutuelle a réitéré son ambition élevée sur les sujets de digitalisation et adapté son organisation

En complément des aspects techniques mentionnés précédemment, la Mutuelle a poursuivi en 2022 le chantier de digitalisation, appelé To Do (Transformation Orientée vers le Digital et l'Organisation) initié en 2017. Ce projet transverse d'amélioration continue au sein de la Mutuelle est porté par un groupe de travail composé de membres et des directeurs des départements Développement/Gestion/Direction des Systèmes d'Information/Direction Technique auquel est associée la Direction Générale. Le groupe projet procède à la définition puis à la réalisation d'actions

qui ont pour finalité d'améliorer l'expérience adhérent notamment dans le processus de souscription mais aussi en lui donnant de l'autonomie avec des fonctionnalités continuellement enrichies (extranet adhérents ou entreprises) et une meilleure traçabilité. Un des objectifs associés est d'améliorer la productivité de la Mutuelle. Etant donné l'ampleur du projet, la Mutuelle a défini des lots et se fait accompagner par un conseil extérieur dans la conduite du projet.

Les importants moyens déployés sur ce projet ont été largement financés par la réduction du budget affranchissement, en adéquation avec les évolutions sociétales et la recherche d'une diminution de l'empreinte environnementale de la Mutuelle.

En conclusion, sur la partie assurantielle, 2022 a permis un développement soutenu dans le cadre de ratios techniques globalement stables avec une poursuite de l'amélioration digitale et organisationnelle.

- La gestion d'actifs

La gestion d'actifs constitue un moteur essentiel pour la performance économique globale de la Mutuelle, qui dispose d'un ratio de couverture de solvabilité (SCR) au 31.12.2021 de 302%.

Les actifs gérés sont donc en grande partie la représentation des fonds propres, sans contrainte de durée, mais aussi la représentation des provisions techniques, notamment du fait des provisions techniques liées au risque prévoyance.

Les encours sous gestion, pour leur composante « allocation stratégique » (obligataire coté / actions cotées / trésorerie financière), s'élevaient à 248 M€ au 31.12.2022 comparativement à 281 M€ au 31.12.2021.

- a. un contexte de marché très dégradé pour les principales classes d'actifs

L'année 2022 s'apparente pour la gestion d'actifs à une *annus horribilis*. En effet 2022 propose le triste palmarès d'un recul marqué à la fois pour la composante obligataire mais également pour la composante actions, où toutes les places financières, à l'exception de celle du Royaume-Uni, ont présenté des baisses significatives.

La très forte baisse du marché obligataire en valeur de marché s'explique par la non moins violente hausse des taux d'intérêt où les banques centrales ont dû procéder au plus fort redressement monétaire des 30 dernières années.

L'excès de liquidité, issu des politiques budgétaires et monétaires très accommodantes afin d'éviter un effondrement de l'activité lié à la pandémie, associé à la désorganisation de chaînes de production qui ont souffert d'un arrêt de l'activité pendant cette période générant un effet pénurie, cumulé à une politique zéro Covid en Chine qui a retardé le retour à la normale de l'atelier du monde ainsi que les troubles géopolitiques en Europe avec le conflit ukraino-russe ont provoqué le retour brutal de l'inflation. Cette apparition constitue un mouvement inconnu depuis plus de 20 ans et a obligé les banques centrales à prendre des mesures drastiques avec des hausses de taux régulières et marquées. Qu'on en juge par ce constat : le taux de l'OAT 10 ans a augmenté de quasiment 300 bp entre fin 2021 et fin 2022 (0.19% fin 2021 contre 3.11% fin 2022). En 2022, une obligation d'état américaine à 10 ans s'est dépréciée de près de 15%, soit la pire performance depuis 1788 !

Devant ce mouvement de taux haussier d'une ampleur inédite, la composante actions a été également sévèrement impactée du fait d'une anticipation d'un ralentissement, voire d'une récession économique liée aux restrictions monétaires. L'indice S&P 500 a perdu 18,5% en 2022 quand l'indice MSCI Europe affichait une baisse de 9,5%. On se retrouve donc dans la situation assez rare, où les composantes obligataire et actions ont été corrélées si bien que l'effet diversification n'a pu jouer le rôle d'amortisseur habituellement recherché.

- b. Un rebalancement des classes d'actifs en 2022 au profit de l'obligataire pour profiter de nouvelles conditions de marché

Dans ce contexte financier compliqué, la gestion d'actifs de la Mutuelle a bénéficié de plusieurs avantages issus de choix préalables pertinents.

La hausse des taux a généré des moins-values obligataires latentes significatives qui n'ont pas eu d'impact comptable étant donné que la gestion est exercée sous forme de mandats et non d'OPCVM. Par ailleurs, les portefeuilles en gestion sous mandats présentaient des durées plus courtes que leur indice de référence si bien que la Mutuelle a été moins impactée par la hausse des taux qu'elle n'aurait pu l'être.

Enfin la Mutuelle, qui bénéficiait au 31.12.2021 d'une poche de trésorerie financière conséquente, n'a pas hésité à initier des investissements obligataires nouveaux pour capter des taux de rémunération inconnus depuis plus de 10 ans afin d'améliorer le taux de rendement actuariel du portefeuille obligataire. Il est vraisemblable que la Mutuelle souhaitera continuer dans cette voie en 2023, afin de continuer à capter des taux d'intérêt élevés au regard de la poursuite de la remontée des taux décidée par les banques centrales.

Parallèlement à ce rebalancement entre les produits de taux, la Mutuelle a souhaité également légèrement s'alléger sur la partie actions en captant des points de sortie. Ces sorties ont généré des plus-values significatives du fait de l'ancienneté des investissements initialement réalisés (plus de 10 ans) et de la bonne performance de cette classe d'actifs dans la durée.

Ces plus-values ont été mises à disposition des gérants obligataires pour externaliser des moins-values à due concurrence et utiliser le produit des ventes pour procéder à des nouveaux achats avec des conditions de marché plus attractives permettant d'améliorer le taux de rendement actuariel du portefeuille pour les années futures.

- Conclusion

Dans une année objectivement compliquée tant pour les aspects assurantiels que de gestion d'actifs, la Mutuelle dégage un excédent de 7 M€ pour un chiffre d'affaires de 232 M€. Ce résultat a été réalisé sans avoir à externaliser des plus-values financières, qui viendraient en compensation d'un résultat technique dégradé. En ce sens les fondamentaux de la Mutuelle restent sains.

S'il est vrai que la diminution de la charge fiscale en 2022 comparativement aux exercices précédents a un impact significativement favorable sur les comptes sociaux, il convient de préciser que la Mutuelle bénéficie en fait de choix assez conservateurs, initiés les années précédentes où le mécanisme d'imposition sur les plus-values latentes générait une charge fiscale sans avoir le produit comptable.

Dans une logique Solvabilité 2 qui intègre les éléments d'impôt différés à l'actif du fait de la créance certaine vis-à-vis de l'administration fiscale, on constate que le taux de couverture reste au niveau élevé de 302%, identique à celui de 2021. En fait la diminution de la valorisation des placements, notamment la composante actions, diminue les fonds propres économiques mais aussi en parallèle le besoin en capital.

Ce niveau élevé atteste, si besoin est, de la robustesse et de la résilience de la Mutuelle. S'il est trop tôt pour avoir à cette période une tendance fiable sur les ratios techniques pour 2023, on peut souligner que la hausse des taux d'intérêt permettra mécaniquement d'améliorer, dans une vision comptes sociaux, les produits financiers de même qu'une diminution des provisions techniques par l'effet taux d'actualisation. De surcroît, la charge fiscale pour les années à venir diminuera. En parallèle,

l'augmentation du PMSS (Plafond Mensuel de Sécurité Sociale) de 6,9% en janvier 2023 devrait contribuer à augmenter mécaniquement les cotisations pour les contrats dont la prime est calculée à partir d'un pourcentage du PMSS.

A la lecture des divers éléments mentionnés ci-dessus, la Mutuelle reste raisonnablement confiante pour la poursuite de son développement et de sa rentabilité pour les années à venir.

Achévé de rédiger le 30 mars 2023.

2. Résultats de souscription

Comptes techniques en K€	2021	2022	Evolution	En %
1 - Cotisations nettes	208 484	219 382	10 898	5,2%
2 - Produits de placements alloués	1 573	810	-763	-49%
3 - Charge de sinistres*	-174 854	-185 416	-10 561	6,0%
5 - Frais d'acquisition et d'administration	-23 874	-25 441	-1 566	6,6%
6 - Autres charges techniques	-2 619	-2 915	-296	11%
Résultat technique (=1+2+3+4+5)	8 709	6 420	-2 288	

* La charge de sinistres intègre les frais payés sur prestations ainsi que la charge des provisions

Charge de sinistres / Cotisations (P/C)	83,9%	84,5%	+0,6%	
Frais et autres charges techniques / cotisations	12,7%	12,9%	+ 0,2%	

Le montant des cotisations 2022, nettes de réassurance, s'élève à 219 382 K€, en augmentation de 10 898 K€ par rapport à 2021, soit une hausse de 5,2%.

L'augmentation du chiffre d'affaires s'explique principalement par la croissance du portefeuille sur le segment obligatoire santé et prévoyance.

Parallèlement à l'augmentation des cotisations, la charge de sinistres (y compris la charge des provisions techniques) a augmenté de 10 561 K€, soit une hausse de 6% en lien avec l'augmentation du chiffre d'affaires.

La marge brute, matérialisée par l'écart entre les cotisations et la charge de sinistres, est stable en valeur entre 2021 et 2022, grâce à l'augmentation du chiffre d'affaires et ce, malgré la dégradation du ratio P/C qui passe de 83,9% en 2021 à 84,5% en 2022.

3. Résultats des investissements

Résultat financier en K€	2021	2022	Evolution
Revenus nets des placements	4 471	4 880	409
Plus-values réalisées	4 393	3 330	-1 063
Moins-values réalisées	-243	-3 497	-3 254
Charge de placements	-841	-708	134
Total résultat de placements	7 781	4 006	-3 774
Placements transférés au compte technique non vie	-1 443	-744	699
Total résultat des placements nets des placements transférés	6 338	3 263	-3 075

En 2022, le résultat financier s'élève à 3 263 K€, en baisse de 3 075 K€ par rapport à 2021.

Cette évolution s'explique principalement par le fait que les plus-values réalisées sur la poche actions ont été employées pour améliorer le taux de rendement futur des portefeuilles obligataires (en dégagant des moins-values en 2022) dans le contexte de hausse des taux qui a caractérisé 2022.

4. Résultats des autres activités

Autres activités en K€	2021	2022	Evolution
Produits non techniques	1 141	1 555	414
Charges non techniques	-4 672	-4 920	-248
Résultat exceptionnel	-88	249	338
Eléments non techniques	-3 619	-3 116	503
Impôt sur le résultat	-6 066	458	6 525
Autres éléments de résultat	-9 686	-2 658	7 028

Le résultat des autres activités est constitué des éléments non techniques, du résultat exceptionnel et de l'impôt sur les sociétés.

Les produits non techniques sont composés de récupérations de frais, de transferts de charges, et de commissions reçues. Ils s'élèvent à 1 555 K€ en 2022.

Les charges non techniques représentent 4 920 K€. Elles sont constituées de frais généraux non imputables directement aux activités d'assurance.

L'impôt sur les sociétés est pour 2022 un produit de 458 K€, alors qu'il était une charge de 6 066 K€ en 2021 : les plus-values latentes sur OPCVM (imposées au fil de l'eau) ayant diminué en 2022 de 16 MEUR, le résultat fiscal de la Mutuelle est négatif pour cet exercice et une partie de ce déficit fiscal a été reporté « en arrière » (mécanisme de carry-back).

Il est également à noter que la baisse du taux d'impôt sur les sociétés a atteint sa dernière étape : le taux d'impôt sur les sociétés est désormais de 25%.

PARTIE B - Le système de gouvernance de la mutuelle

1. Informations générales sur le système de gouvernance

1.1. La Gouvernance

L'organisation de la gouvernance de la Mutuelle PréviFrance, décrite dans ses statuts, a été définie conformément aux textes en vigueur afin d'assurer nos principes et valeurs mutualistes tournés vers nos adhérents.

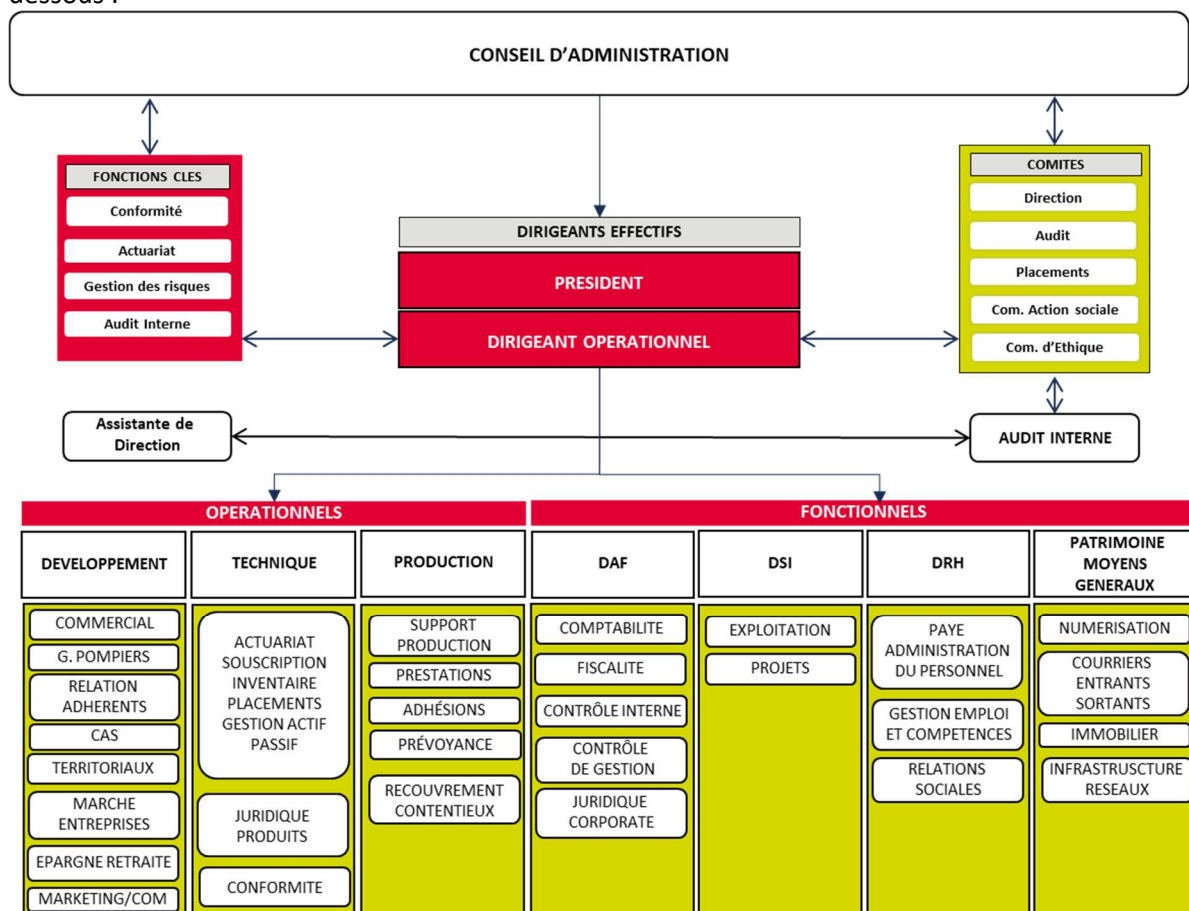
La gouvernance de la Mutuelle est fondée sur la complémentarité de ses membres et s'articule autour d'aspects politiques et opérationnels ayant pour but la réalisation des objectifs.

Ainsi, les rôles et les responsabilités sont clairement identifiés, définis, et permettent de s'assurer de la séparation des tâches, de la fiabilité des activités.

Le Conseil d'Administration définit la stratégie de la Mutuelle PréviFrance et s'assure de sa déclinaison opérationnelle.

1.1.1. Organisation générale : Organigramme de la Mutuelle PréviFrance au 31/12/2022

La gouvernance des activités de la Mutuelle PréviFrance s'organise selon la structure présentée ci-dessous :



Le Conseil d'Administration

Conformément aux statuts, le Conseil d'Administration détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application. Il opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportun et se saisit de toute

question intéressant la bonne marche de l'organisme. Plus généralement, il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux mutuelles.

Le Conseil d'Administration de la Mutuelle PréviFrance est composé de 19 Administrateurs élus.

Missions et prérogatives du Conseil d'Administration

Sans que cette énumération soit limitative, le Conseil d'Administration :

- Arrête les comptes annuels établis selon les normes et les modalités fixées par la réglementation qu'il présente à l'Assemblée Générale, à la clôture de chaque exercice et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'Assemblée Générale et dans lequel il rend compte de l'ensemble des éléments mentionnés à l'article L. 114-17 du Code de la Mutualité ;
- Etablit, chaque année, à la clôture de l'exercice, un rapport de solvabilité conforme aux dispositions de l'article L. 336-1 du Code des Assurances qu'il communique aux commissaires aux comptes et à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution ;
- Donne son autorisation préalable aux conventions réglementées visées à l'article L. 114-32 du Code de la Mutualité ;
- Etablit, chaque année, un rapport qu'il présente à l'Assemblée Générale et dans lequel il rend compte des activités de la Mutuelle, des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion ;
- Approuve, avant transmission à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, chaque année, un rapport régulier au contrôleur ainsi qu'un rapport sur l'évaluation interne des risques et de la solvabilité et, selon la périodicité fixée par le contrôleur, les états quantitatifs prévus par la réglementation ;
- Fixe les montants ou les taux de cotisation et les prestations des opérations collectives mentionnées à l'article L. 221-2 III du Code de la Mutualité dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale. Le Conseil d'Administration rend compte devant l'Assemblée Générale des décisions qu'il prend en la matière. Il peut déléguer tout ou partie de cette compétence, pour une durée maximale d'un an, au président du Conseil d'Administration ou au Dirigeant Opérationnel ;
- Entend directement et de sa propre initiative chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins annuellement les responsables des fonctions clés. Cette audition peut se dérouler hors la présence du dirigeant opérationnel si le Conseil d'Administration l'estime nécessaire. Il définit les cas dans lesquels le ou les dirigeants effectifs sont absents ou empêchés de manière à garantir la continuité de la direction effective de la Mutuelle ;
- Etablit également à la clôture de chaque exercice, les comptes consolidés ou combinés, lorsque la Mutuelle fait partie d'un groupe au sens de l'article L. 212-7 du Code de la Mutualité, ainsi qu'un rapport sur la gestion du groupe qu'il communique à l'Assemblée Générale ;
- Fixe l'appétence et les limites de tolérance générale ;
- Approuve les stratégies et politiques principales de gestion des risques ;
- Fixe les principes généraux de la politique de rémunération et supervise sa mise en œuvre ;
- Détermine les actions qui sont menées pour chacune des conclusions et recommandations de l'audit interne et veille à leur bonne application ;
- Est informé du caractère adéquat et de la fiabilité des provisions techniques ainsi que de l'avis du responsable de la fonction actuariat à travers un rapport formalisé ;
- S'assure que le système de gestion des risques est efficace ;
- Approuve et réexamine annuellement les politiques écrites ;
- Approuve les rapports sur la solvabilité et la situation financière et l'ORSA.

Les Dirigeants Effectifs

Dans le respect du principe des « quatre yeux » exigé dans la Directive Solvabilité II, les Dirigeants Effectifs sont impliqués dans les décisions significatives de la Mutuelle. Ils disposent de pouvoirs suffisants, ainsi que d'une vue complète et approfondie de l'ensemble de l'activité.

Le Conseil d'Administration du 19 novembre 2015 a nommé Monsieur Henry MATHON, Dirigeant Opérationnel.

Sa nomination a été notifiée à l'ACPR le 9 décembre 2015.

Le Conseil d'Administration du 10 février 2022 a nommé Monsieur Bernard ERNST dans sa fonction de Président de la Mutuelle. Son renouvellement a été notifié par l'envoi du formulaire à l'ACPR le 11 février 2022.

Prérogatives du Président du CA	Prérogatives du Dirigeant Opérationnel
<ul style="list-style-type: none">• Le Président dirige, effectivement, avec le dirigeant opérationnel, la Mutuelle ;• Le Président du Conseil d'Administration convoque le Conseil d'Administration et établit l'ordre du jour des réunions ;• Il organise et dirige les travaux du Conseil d'Administration dont il rend compte à l'Assemblée Générale ;• Il informe le conseil des procédures engagées par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution en application des dispositions du Code Monétaire et Financier ;• Il veille au bon fonctionnement des organes de la Mutuelle et s'assure en particulier que les Administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées ;• Il donne avis aux Commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées. Il engage les recettes et les dépenses ;• Le Président représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile sous réserve des délégations consenties au Dirigeant Opérationnel ;• Il est compétent pour décider d'agir en justice, ou de défendre la Mutuelle dans les actions intentées contre elle ;• Le Président peut sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier au Dirigeant Opérationnel de la Mutuelle, ou à des salariés, l'exécution de certaines tâches relevant de ses attributions et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés ;• En aucun cas, le Président ne peut déléguer des attributions qui lui sont spécialement attribuées par la loi.	<ul style="list-style-type: none">• Le Conseil d'Administration nomme, sur proposition de son Président, en dehors de ses membres, un Dirigeant Opérationnel auquel il consent, dans les conditions et formes prévues à l'article 31 des statuts de la Mutuelle, les pouvoirs nécessaires à l'exercice de la direction effective de la Mutuelle ;• Le Conseil d'Administration approuve les éléments du contrat de travail du Dirigeant Opérationnel ;• Le Conseil d'Administration peut mettre fin à tout moment, sur proposition de son Président, aux fonctions du Dirigeant Opérationnel sous réserve de ses droits inhérents à sa qualité de salarié ;• Le Conseil d'Administration peut également désigner comme dirigeant effectif, une ou plusieurs personnes physiques en sus de son Président et du Dirigeant Opérationnel de la Mutuelle ;• Le Dirigeant Opérationnel exerce ses attributions dans le respect des orientations définies par le Conseil d'Administration et sous son contrôle ;• Dans le cadre des pouvoirs qui lui sont délégués et sans préjudice des dispositions de l'article 31 des statuts, il peut, sous sa responsabilité, établir des subdélégations de pouvoirs à des salariés de la Mutuelle sous réserve d'en informer le Conseil d'Administration ;• Le Dirigeant Opérationnel assiste aux réunions du Conseil d'Administration et du Bureau. Il peut participer aux commissions mises en place par le Conseil d'Administration ou se faire représenter par un membre du Comité de Direction ou par tout salarié ;• Le Dirigeant Opérationnel soumet à l'approbation du Conseil d'Administration les procédures définissant les conditions selon lesquelles les responsables des fonctions clés mentionnées à l'article L. 211-12 du Code de la Mutualité peuvent informer, directement et de leur propre initiative, le Conseil d'Administration lorsque surviennent des événements de nature à le justifier.

Le Comité d'Audit

Le Comité d'Audit est placé sous la responsabilité du Conseil d'Administration. Il assure le suivi des questions relatives à l'élaboration et au contrôle de l'information comptable et financière, en application des articles 13 à 18 de l'ordonnance n°2008-1278 du 8 décembre 2008, des articles 41 et 47 de la Directive 2009/138/CE du 25 novembre 2009, de la Directive 2014/56/UE et du Règlement UE 537/2014 du 16 avril 2014.

La charte du Comité d'Audit prévoit que sa composition soit fixée par le Conseil d'Administration. La charte est mise à jour annuellement par le Contrôle Interne, qui s'assure du respect des modalités établies.

Le Comité d'Audit agit sous la responsabilité exclusive du Conseil d'Administration. Il doit rendre compte à celui-ci de l'exercice de ses missions et doit l'informer sans délai de toute difficulté rencontrée.

Le Comité d'Audit de la Mutuelle Prévoirance a été nommé par le Conseil d'Administration. La nomination de ses membres est réalisée en fonction de leurs compétences techniques. Il se compose des personnes suivantes :

- le Président du Comité, membre extérieur,
- 4 membres du Comité, dont 2 Administrateurs de la Mutuelle et 2 membres extérieurs.

Suite à la nomination de Bernard ERNST en tant que Président de la Mutuelle par le Conseil d'Administration le 10 février 2022, le Comité d'Audit est composé des personnes suivantes :

- le Président du Comité, membre extérieur,
- 4 membres du Comité, dont 2 Administrateurs de la Mutuelle et 2 membres extérieurs.

Le Comité d'Audit rend compte de ses travaux et recommandations au Conseil d'Administration.

Le Comité des Placements

Le Comité de Placements, composé de 5 membres désignés pour leurs compétences techniques par le Conseil d'Administration, a pour mission de superviser la politique de placements, de préparer l'allocation d'actifs de la Mutuelle, de s'assurer de son respect dans sa gestion et d'en suivre l'évolution conformément aux décisions stratégiques qu'il a définies.

Le Comité d'Ethique et de Gouvernance

Selon l'article 55 des statuts mis à jour par l'Assemblée Générale du 20 juin 2019, le Comité d'Ethique et de Gouvernance veille au respect des valeurs mutualistes. Ce comité est attentif à la bonne application des règles de gouvernance de la Mutuelle.

Il se prononce sur toute question relative à d'éventuels conflits d'intérêts lors de l'élection des Délégués et examine chaque candidature au Conseil d'Administration au regard des compétences et de la moralité requise. Le Comité d'Ethique et de Gouvernance est chargé de vérifier si les nouveaux candidats aux fonctions d'Administrateurs remplissent les conditions de compétence et d'honorabilité exigées par le Code de la Mutualité.

1.1.2. Gouvernance opérationnelle

Les Fonctions Clés

Les fonctions clés forment la gouvernance des risques en relais de l'AMSB. Elles ont pour finalité d'aboutir à une gestion optimale des risques et doivent répondre aux tâches définies par la directive.

Afin d'honorer les obligations légales liées la Directive Solvabilité II, les formulaires de notifications sont transmis à l'ACPR en suivant les nominations par le Conseil d'Administration.

L'autorité de contrôle a confirmé, le 26 mai 2016, la nomination de de la Directrice Technique à l'actuariat.

L'autorité de contrôle a confirmé, le 12 juillet 2021, la nomination :

- de l'Auditeur Interne à l'audit interne,
- du Dirigeant Opérationnel à la conformité,
- du Directeur Administratif et Financier à la gestion des risques.

Chacune des fonctions est exercée par une personne physique qui doit mettre en place un dispositif, des stratégies ou des procédures nécessaires à l'atteinte des objectifs généraux. La compétence inhérente à ces fonctions peut être partagée avec des contributeurs.

Les fonctions clés disposent de certaines caractéristiques :

- le respect des règles de compétences et d'honorabilité (une expertise spécifique et/ou générale du marché combinée(s) à une totale intégrité de la personne),
- le principe d'indépendance,
- un lien direct avec les Dirigeants.

Chaque responsable d'une fonction clé, ainsi que les intervenants et les contributeurs disposent d'une définition des fonctions clés internes à la Mutuelle PréviFrance détaillant la présentation de chaque fonction (cadre réglementaire, définition et objectifs) ainsi que le fonctionnement (organisation et interaction, intervenants : périmètre et niveau de responsabilité, processus et fonctionnement).

Les responsables des fonctions clés peuvent saisir à tout moment l'AMSB. Ils peuvent faire appel à tout moment à des contributeurs internes et/ou externes pour mener à bien leurs prérogatives.

Fonctions clés	Objectifs	Missions
Gestion des risques	L'objectif de la fonction gestion des risques est de maintenir la solvabilité de la Mutuelle autour de ratios cibles définis dans le dispositif de gestion des risques. A cette fin, elle suit les risques significatifs auxquels la Mutuelle est exposée.	Pour atteindre l'objectif plusieurs missions sont essentielles : <ul style="list-style-type: none">• assurer la mesure, la surveillance et la maîtrise des risques hors conformité notamment dans le cadre du processus ORSA,• garantir la mise en œuvre d'un dispositif de maîtrise des risques objectifs et homogènes,• veiller à ce que le niveau de risque pris soit cohérent avec les orientations de l'activité, notamment les objectifs de la Mutuelle, mises en œuvre par l'AMSB.

<p>Actuariat</p>	<p>La fonction actuariat consiste à la coordination du calcul des provisions techniques, contribue à la mise en œuvre du système de gestion des risques (notamment dans le cadre du processus ORSA) et donne son avis sur la politique générale de souscription ainsi que sur l'adéquation des accords de réassurances.</p>	<p>Des différentes missions de la fonction découlent plusieurs enjeux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • coordination du calcul de provisions techniques, politique de réassurance et de souscription, • établir le rapport actuariel présentant les tâches réalisées, les défauts identifiés et les recommandations.
<p>Conformité</p>	<p>L'objectif de la fonction est de couvrir tous les sujets qui traitent de l'actualité réglementaire, du suivi des travaux en cours et des plans d'actions menés.</p>	<p>Les principales missions de cette fonction sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • recenser les incidents majeurs de non-conformité, • mise en place de plan d'action pour prévenir les risques identifiés, • mettre en place un suivi réglementaire, en collectant les principaux textes en lien avec l'activité et dont le non-respect pourrait engendrer une sanction.
<p>Audit Interne</p>	<p>La fonction clé audit interne constitue une structure de supervision indépendante. Le responsable de la fonction clé, un Administrateur, s'appuie sur les travaux de l'auditeur interne. Son rôle consiste à réaliser un diagnostic et à émettre des recommandations sur la gouvernance et l'organisation en général, les systèmes de gestion des risques et de contrôle interne.</p>	<p>Les différentes missions de la fonction sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'évaluer le fonctionnement des activités de contrôle interne, le système de gouvernance, la conformité des activités avec les stratégies, les dispositifs et les reportings, • de présenter une vue globale et consolidée du plan d'audit pluriannuel, • documenter et émettre les conclusions des travaux d'audit.

1.2. Changements survenus dans le système de gouvernance au cours de la période

Le Conseil d'Administration du 7 avril 2021 a effectué les changements dans l'attribution des fonctions clés Audit Interne, Gestion des Risques et Conformité au sein de la Mutuelle. Ces nominations ont été effectives après validation de l'ACPR le 12 juillet 2021, comme évoqué au 1.1.2. Gouvernance opérationnelle.

1.3. Politique de rémunération

La politique de rémunération, définie le 19 novembre 2015, s'applique à l'ensemble des collaborateurs de la Mutuelle PréviFrance.

La politique de rémunération, dont la dernière révision date du 1^{er} septembre 2020, définit les règles et principes régissant la rémunération des collaborateurs de la Mutuelle PréviFrance en cohérence avec les orientations stratégiques et budgétaires. Une analyse portant sur la politique de rémunération a été réalisé en 2021 par le service de contrôle interne.

A l'égard des administrateurs :

L'assemblée générale a voté le dispositif indemnitaire alloué aux administrateurs ayant des attributions permanentes conformément aux dispositions de l'article 114.26 du Code de la mutualité.

A l'égard des collaborateurs :

La politique de rémunération, revue périodiquement, définit les règles et principes régissant la rémunération des collaborateurs de la Mutuelle PréviFrance en cohérence avec les orientations stratégiques et budgétaires.

Elle est conforme à la réglementation et aux normes en vigueur et s'inscrit dans le cadre d'une recherche de compétitivité, d'équité interne et de rétentions des compétences.

La rémunération globale de l'ensemble des collaborateurs de la Mutuelle inclut une rémunération fixe, qui dépend de la fonction occupée et de l'expérience professionnelle acquise, une prime annuelle de performance, une rémunération différée (PEE, retraite supplémentaire) et des avantages sociaux (Mutuelle, CE). L'attribution de la prime annuelle, versée sur l'année n+1, est fonction de l'appréciation managériale de la performance sur l'année n et notamment du niveau d'atteinte des objectifs fixés.

S'agissant des membres du Comité de Direction, le montant de la prime annuelle s'apprécie annuellement en fonction de l'atteinte d'objectifs fixés par le Directeur Opérationnel en lien avec la stratégie de développement de la mutuelle.

S'agissant du Dirigeant Opérationnel, sa rémunération globale (salaire fixe et prime annuelle) est approuvée par le Conseil d'Administration.

La rémunération de la majorité des collaborateurs de la Direction du développement intègre en outre une rémunération variable, basée sur l'atteinte d'objectifs commerciaux fixés annuellement en fonction de la stratégie de développement.

Cette partie variable de la rémunération est assise sur des objectifs de production brute qui sont encadrés par l'application de la politique de souscription d'une part, afin d'éviter le risque de déséquilibre économique des contrats et par la nature des objectifs d'autre part, qui doivent être en accord avec l'intérêt des clients afin de conduire les commerciaux à agir dans leur meilleur intérêt.

Des primes exceptionnelles peuvent être versées à l'occasion de contributions exceptionnelles, pour l'ensemble des collaborateurs de la Mutuelle.

2. Exigences de compétence et d'honorabilité

2.1. Principes de compétence et honorabilité

Les exigences de compétences et d'honorabilité dans le cadre de Solvabilité II s'appliquent au Conseil d'Administration, au Directeur Opérationnel ainsi qu'aux responsables des quatre fonctions clés (gestion des risques, conformité, actuariat et audit interne).

A cet effet, la Mutuelle a défini une politique de compétences et d'honorabilité validée par le Conseil d'Administration qui prévoit :

- la constitution d'un dossier individuel de compétences et d'honorabilité pour les dirigeants effectifs et les responsables de fonctions clés,
- la constitution d'un dossier d'évaluation des compétences collectives du Conseil d'Administration,
- les modalités d'évaluation.

L'objet de cette la politique est de définir les principes et les diligences effectuées auprès des acteurs-clés du système de gouvernance pour attester de leur compétence et honorabilité. Dans le cadre de son fonctionnement, une charte des Administrateurs ainsi qu'une charte des fonctions clés ont également été formalisées. Elles sont actualisées annuellement et ratifiées à chaque renouvellement de mandat.

	Compétence	Honorabilité
Principes	Evaluations individuelle et collective des personnes appelées à administrer, diriger la Mutuelle ou à y exercer une des fonctions clés. Elles doivent disposer des compétences et de l'expérience nécessaires à l'exercice de leur fonction.	L'évaluation de l'honorabilité renvoie aux critères de réputation, d'honnêteté et d'intégrité d'une personne.
Personnes concernées	Conseil d'Administration, Directeur Opérationnel, Responsables des quatre fonctions clés.	
Critères d'évaluation	<p><u>Pour le Conseil d'Administration :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • la connaissance des principaux produits distribués et des risques auxquels ils exposent la Mutuelle, • l'expérience nécessaire à l'appartenance à un comité spécialisé (Comité d'Audit, Comité des Placements), • le marché de l'assurance, • les marchés financiers, • la stratégie d'entreprise et modèle économique de la Mutuelle, • le système de gouvernance de la Mutuelle, • l'analyse financière, • la tarification, • le provisionnement, • la gestion des risques, • le cadre réglementaire applicable aux attributions du poste concerné. 	<p>La Mutuelle PréviFrance juge honorable les personnes qui satisfont les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • aucune infraction disciplinaire ou administrative commise dans le cadre d'une activité du secteur financier, • casier judiciaire vierge de toutes infractions criminelles en lien avec une activité économique et financière.

	<p><u>Pour le Directeur Opérationnel et les responsables des fonctions clés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • les diplômes et qualifications professionnelles, • les connaissances et expériences pertinentes dans le secteur de l'assurance ou dans d'autres secteurs financiers ou entreprises, • les différentes tâches qui lui ont été confiées, • les compétences dans les domaines de l'assurance, de la finance, de la comptabilité, de l'actuariat et de la gestion. 	
<p>Vérification du respect des principes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Photocopie de la carte Nationale d'Identité • Curriculum Vitae à jour • Diplômes • Extrait de casier judiciaire B3 de moins de 3 mois. (à minima lors de la première nomination) • Déclaration annuelle de non condamnation relative au I et II de L.114-21 du Code de la Mutualité 	

L'évaluation de la compétence des Dirigeants Effectifs relève du Conseil d'Administration.

Pour le Conseil d'Administration, la compétence est évaluée, en partie, collectivement. La compétence collective prend en compte la diversité des parcours professionnels. Ainsi, les Administrateurs n'ont pas l'obligation de tous posséder une expertise, une connaissance et une expérience portant sur l'ensemble des domaines d'activité de la Mutuelle.

2.2. Notification à l'ACPR

Toute nouvelle prise de poste de Dirigeants Effectifs ou de responsables des fonctions clés est notifiée dans les 15 jours à l'ACPR selon l'instruction n° 2018-I-09.

3. Système de gestion des risques, l'évaluation interne des risques et de la solvabilité

3.1. L'organisation du système de gestion des risques

3.1.1. Définition et objectifs

La gestion des risques est un processus qui a pour objectifs d'identifier, d'évaluer, de hiérarchiser, de reporter et de superviser l'ensemble des risques au regard de l'activité, des orientations stratégiques, et fixer des objectifs de risques.

A ce titre, la Mutuelle PréviFrance a mis en place un dispositif de gestion des risques permettant la connaissance des risques auxquels la Mutuelle est exposée et ceux à venir. Ce dispositif, dont l'organisation est définie dans la politique de gestion de risques, a été présenté au Comité d'Audit et validé par le Conseil d'Administration.

Ce dispositif de gestion des risques est un ensemble d'éléments, d'actions de maîtrises animé et coordonné par les acteurs-clé.

La politique détaille l'activité de gestion des risques au sein de la Mutuelle PréviFrance. A cette fin, les dispositifs de mesure, de surveillance, de pilotage, d'encadrement des risques et la manière dont la Mutuelle s'assure de la pertinence de ce système y sont successivement décrits.

L'objectif vise à maintenir la solvabilité de la Mutuelle autour d'un ratio cible en formalisant les procédures de suivi des risques ainsi que l'appétence et l'aversion aux risques. Pour ce faire, la politique catégorise les risques significatifs auxquels la Mutuelle est exposée, et indique les limites approuvées de tolérance pour chaque type de risque.

Ainsi, le système de contrôle et de gestion des risques veille à fournir une assurance raisonnable quant à :

- l'équilibre technique du portefeuille,
- l'efficacité et l'efficience des opérations,
- la fiabilité des informations financières,
- la conformité aux lois et aux réglementations en vigueur,
- la protection et la sauvegarde des actifs,
- l'application des instructions, plans et procédures de gestion fixés par les dirigeants de l'organisation,
- la qualité et la précision de l'information financière.

3.1.2. La gouvernance de la gestion des risques

L'organisation de la gestion des risques s'appuie sur les acteurs suivants :

Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration valide la politique de gestion des risques présentée par le Comité d'Audit aux Administrateurs. Il doit faire preuve d'un engagement clair en garantissant la mise à disposition des moyens nécessaires au déploiement de cette politique.

Les comptes rendus du Comité d'Audit permettent aux Administrateurs de s'assurer du suivi et des résultats de la politique menée.

Le Conseil d'Administration s'appuie sur les hypothèses et les résultats du processus ORSA présentés par la fonction gestion des risques pour s'assurer de l'impact des risques propres à la Mutuelle et à ses activités présentes ou futures.

Dirigeants Effectifs

Les Dirigeants Effectifs doivent s'assurer du déploiement des moyens nécessaires au bon fonctionnement du système global de maîtrise des risques.

Le Dirigeant Opérationnel a la responsabilité de la gestion (maîtrisée) quotidienne du risque. A ce titre, il est tenu d'évaluer, à intervalles réguliers, l'adéquation de la politique de gestion des risques, avec sa mise en œuvre et son suivi par l'ensemble du personnel de la Mutuelle.

Comité d'Audit

Le Comité d'Audit s'assure de la mise en place du dispositif de gestion des risques par le contrôle de niveau 1 et 2 et l'Audit Interne.

Il participe à :

- la définition, la formalisation et la validation de la politique de gestion des risques,
- la définition des objectifs et s'assure de leur atteinte.

Le Comité d'Audit rend compte de ses travaux au Conseil d'Administration et émet un avis sur la politique écrite de gestion des risques.

Conformément aux dispositions de la directive 2009/138/CE du 25 novembre 2009, la Mutuelle a mis en place quatre fonctions clés décrites ci-dessous :

Fonction gestion des risques

L'AMSB s'appuie sur une fonction clé de gestion des risques, afin de suivre les risques assumés par la Mutuelle. La fonction de gestion des risques, au travers du système qu'elle anime, vise à déceler, mesurer, contrôler, gérer et déclarer en permanence les risques auxquels est soumise la Mutuelle. La fonction clé a libre accès aux documents, donnés, locaux et personnes afin de mener à bien sa mission.

Le responsable de la fonction veille à ce que le niveau de risque pris soit cohérent avec les orientations de l'activité, notamment les objectifs de la Mutuelle, définies par l'AMSB.

Fonction conformité

L'AMSB s'appuie sur une fonction clé conformité, qui a pour mission principale de veiller au respect de la réglementation relative aux activités d'assurance. Son responsable élabore une politique de conformité et un plan de conformité. Cette fonction joue un rôle de conseil auprès des organes dirigeants et de surveillance quant au risque de non-conformité résultant d'éventuels changements de l'environnement juridique en s'assurant que les implications qui en découlent pour l'organisme soient identifiées.

Fonction Actuariat

L'ASMB s'appuie sur une fonction clé actuariat qui vérifie si les méthodes et hypothèses utilisées dans le calcul des provisions techniques sont adaptées aux différentes lignes d'activité de la Mutuelle et au mode de gestion de l'activité. Elle vérifie également si les systèmes informatiques servant au calcul des provisions techniques permettent une prise en charge suffisante des procédures actuarielles et statistiques. La fonction actuarielle s'assure de la qualité des données.

Fonction Audit Interne

L'ASMB s'appuie sur une fonction clé audit interne. Elle a pour mission d'évaluer l'adéquation et l'efficacité de l'ensemble du dispositif de contrôle interne et de gestion des risques. La fonction constitue une structure de supervision. Son rôle a pour finalité la réalisation d'un diagnostic et l'émission de recommandations sur la gouvernance et l'organisation en général, les systèmes de gestion des risques et de contrôle interne. Elle est aussi en charge des contrôles de 3ème niveau sur le périmètre du Contrôle Interne.

Direction Administrative et Financière

La Direction Financière garantit la fiabilité des données, de l'information comptable et financière, des outils et des processus. Elle procède à l'établissement des comptes annuels de la Mutuelle en s'assurant du respect des obligations comptables en vigueur.

Contrôle Interne

Le Contrôle interne, selon les orientations de la Direction :

- réalise et met à jour les cartographies des risques,
- suit les plans d'actions,
- formalise des procédures et points de contrôle,
- participe à la rédaction des rapports (Contrôle interne sur la LCB-FT, RSR, SFCR, ...).

Audit Interne

L'Audit Interne :

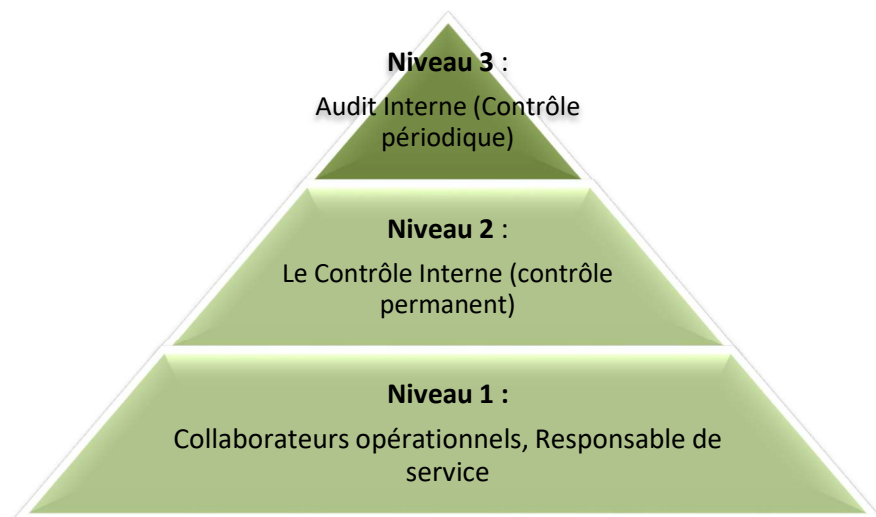
- traite de la déclinaison opérationnelle de la politique,
- analyse et suit les indicateurs de risques,
- alerte en cas de dépassement des seuils de risque,
- alerte la fonction clé audit interne de tout dysfonctionnement significatif relevé,
- a la capacité d'alerter directement les Dirigeants Effectifs et/ou tout membre du Conseil d'Administration et/ou l'ACPR,
- réalise des audits pour la fonction clé,
- réalise les missions d'audit, établit un rapport et émet des recommandations,
- relaie le compte rendu de ses missions au Comité d'Audit et à la fonction clé,
- audite les activités sous-traitées.

3.1.3. La structure de contrôle au sein de la Mutuelle PréviFrance

Afin de maîtriser les risques, le dispositif de contrôle de la Mutuelle PréviFrance s'appuie sur l'ensemble des acteurs de la Mutuelle. Chaque salarié de la Mutuelle doit être un contributeur actif de la gestion des risques.

Le dispositif de contrôle de la Mutuelle PréviFrance visant à sécuriser ses processus internes repose sur 3 lignes de maîtrise des risques (= 3 niveaux de contrôle) :

1. le **contrôle de 1er niveau** opéré par les collaborateurs opérationnels, l'encadrement des équipes et l'encadrement supérieur de la Mutuelle,
2. le **contrôle de 2ème niveau** opéré par le service de Contrôle Interne,
3. le **contrôle de 3ème niveau** est le contrôle périodique opéré par l'Audit Interne et Externe.



Le processus ORSA complète la structure de contrôle et de gouvernance des risques de la Mutuelle. Il constitue un outil de pilotage de la Mutuelle dans son développement stratégique.

Contrôle de niveau 1

Il est effectué par l'opérationnel référent dans le service concerné qui s'assure notamment :

- de la correcte application des lois, règlements, procédures et modes opératoires,
- de la conformité et de l'exhaustivité des pièces justificatives nécessaires à chaque processus,
- du respect des habilitations de la Mutuelle et du principe de séparation de fonction,
- de la mise en place d'une veille réglementaire et d'un processus de transposition au sein de PréviFrance,
- du respect du plan du contrôle interne de niveau 1.

Contrôle de niveau 2

Deux types de contrôles de niveau 2 sont mis en place au sein du dispositif de contrôle interne de la Mutuelle. Le premier type consiste à valider par sondages la réalisation des contrôles opérationnels dit de niveau 1.

Le second type de contrôles concerne des tests renforcés demandant une technicité particulière et/ou des données complexes à traiter. Ils sont établis soit d'après un planning défini et validé par le Comité d'Audit, soit d'après les différentes remontées d'anomalies constatées ou présumées (indicateurs, remontées des services opérationnels, réclamations, ...).

Contrôle de niveau 3

L'Audit Interne procède à une évaluation des mesures et des contrôles mis en œuvre par le niveau 1 et 2.

L'Audit Interne porte un diagnostic sur le dispositif global de gestion des risques et du contrôle interne.

3.2. Le référentiel de gestion des risques

Dans le cadre de la politique de gestion des risques, la Mutuelle PréviFrance s'est dotée d'un dispositif global de gestion des risques, permettant à la Mutuelle d'avoir une approche par les risques.

Le dispositif s'appuie sur un référentiel de gestion des risques venant compléter l'organisation interne de la Mutuelle. Ce référentiel regroupe l'ensemble des procédures et outils suivants :

- la procédure d'échelle de risque unique,
- le référentiel COSO,
- la procédure d'échantillonnage,
- la procédure définissant l'appétence et la tolérance aux risques,
- les indicateurs de risques,
- l'outil de gestion des risques,
- les cartographies de risques,
- le processus ORSA.

L'environnement de contrôle

La Mutuelle s'appuie sur la dernière mise à jour du référentiel COSO, où il organise la présentation des principales procédures conformément aux cinq dimensions de ce référentiel, à savoir :

- environnement de contrôle,
- évaluation des risques,
- activités de contrôle,
- information et communication,
- pilotage du processus de contrôle interne.

4. La politique d'appétence aux risques

Le processus de gestion des risques mis en place, permet la connaissance des caractéristiques et de la criticité des risques auxquels la Mutuelle PréviFrance est exposée, et précise sa capacité à les atténuer.

Pour ce faire, la politique d'appétence aux risques a été présentée au Comité d'Audit et validée au Conseil d'Administration. Elle expose le dispositif d'appétence aux risques et de profil de risque retenus par la Mutuelle pour l'aider dans la définition de ses choix stratégiques. Elle implique également l'évaluation interne des risques en termes de solvabilité. La procédure matérialise également les outils de pilotage et de gestion des risques de la Mutuelle.

Ce document a pour objet :

- de définir les notions d'appétence aux risques, de tolérance aux risques et de limite de risque,
- d'établir des profils de risque structurés à l'ensemble des activités de la Mutuelle,
- de mettre en place une série d'indicateurs pour le pilotage de la stratégie de la Mutuelle,
- de définir un processus de gestion de risque permettant de surveiller les éventuelles défaillances,
- de définir des indicateurs clés permettant au Conseil d'Administration de recevoir des informations utiles.

Notions	Description
le profil de risques	Le profil de risques regroupe l'ensemble des risques auxquels la Mutuelle est exposée, la quantification de son exposition et l'ensemble des mesures de protection face à ses risques.
l'appétence aux risques	L'appétence aux risques est <ul style="list-style-type: none">- le niveau de risques que la Mutuelle est disposée à assumer compte tenu de sa capacité globale à supporter des risques,- la mesure de ses risques est définie par différentes mesures quantitatives financières ou non-financières,- la gestion et le rapport aux risques.
la tolérance aux risques	La tolérance aux risques est le degré de risque acceptable par la Mutuelle afin de pouvoir atteindre ses stratégies et objectifs au sein d'un environnement caractérisé par son appétence au risque.
les limites de risques	Les limites de risques sont des limites opérationnelles permettant à l'entité de gérer son profil de risque, de sorte qu'elle reste dans le cadre de ses tolérances aux risques.

De plus, une base-incident a été mise en place dans le but d'améliorer la capacité à évaluer, gérer ou contrôler les risques significatifs ou jugés comme sensibles. Elle est notamment utilisée en tant que support au processus d'évaluation des risques, au dispositif de contrôle et de communication aux instances de gouvernance de la Mutuelle. Elle est régulièrement mise à jour par le responsable de la fonction clé de gestion des risques à l'aide des données fournies par les services opérationnels.

4.1. La cartographie macro

La Mutuelle dispose de différentes cartographies modélisant les processus métiers et processus fonctionnels. Elle dispose également d'une cartographie recensant les risques macro liés à son environnement et ses spécificités. Ces cartographies permettent d'identifier, d'évaluer et de hiérarchiser les principaux risques, d'assurer leur pilotage et leur mise sous surveillance.

Les 21 principaux risques pouvant impacter significativement la Mutuelle ont été répertoriés en 4 grandes familles :

- l'opérationnel,
- la gestion financière,
- l'assurance,
- l'externe/ institutionnels.

4.2. L'évaluation interne des risques

La Mutuelle PréviFrance a mis en place une méthodologie d'évaluation des risques intégrée au fonctionnement interne et s'inscrit dans le cadre du dispositif de contrôle interne et gestion des risques. La procédure d'échelle de risque a pour objet d'élaborer une cartographie des risques unique à l'ensemble des activités de la Mutuelle PréviFrance.

L'échelle de risques permet graphiquement de représenter la cartographie des risques de la Mutuelle. Cette cartographie permet de formaliser et de hiérarchiser les risques majeurs. Elle contribue à instaurer avec les responsables de services un langage commun sur les risques et facilite l'élaboration d'un plan permettant d'engager des actions immédiates ou à plus long terme en fonction des risques résiduels décelés.

Les cartographies de risques favorisent l'émergence d'une culture partagée du risque, source d'une meilleure performance et d'une plus grande prévention des défaillances.

5. Le contrôle interne

5.1. Le dispositif de contrôle interne

Le contrôle interne est une démarche d'entreprise regroupant un ensemble de règles et processus visant à fournir une assurance raisonnable relative à la réalisation des orientations stratégiques.

Dans ce contexte, la mutuelle dispose d'un dispositif de contrôle interne efficace impliquant l'ensemble des collaborateurs. En vue de se conformer à la réglementation, la mutuelle a défini une politique de contrôle interne décrivant les objectifs, responsabilités, processus et procédures de contrôle interne.

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

- la réalisation et l'optimisation des opérations,
- la fiabilité des informations financières,
- la conformité aux lois et aux règlements en vigueur.

Il repose sur :

- Un cadre de contrôle interne ou plan de contrôle organisé par direction, par processus revu annuellement. Il recense les contrôles en place en couverture des risques identifiés dans la cartographie des risques. Le dispositif est porté par un responsable contrôle interne. Les contrôles peuvent être qualifiés de premier niveau lorsqu'ils sont réalisés par les opérationnels et managers opérationnels ou de deuxième niveau lorsqu'ils sont réalisés par un membre du service de contrôle interne.
- Un plan de conformité renouvelé annuellement visant à piloter l'activité de conformité.

5.2. Le référentiel de contrôle

Le dispositif s'appuie sur un référentiel interne de contrôle et gestion des risques venant compléter l'organisation interne de la Mutuelle. Ce référentiel regroupe l'ensemble des procédures et outils suivants :

- la procédure d'échelle de risque unique,
- le référentiel COSO II,
- la procédure d'échantillonnage,
- la procédure définissant l'appétence et la tolérance aux risques,
- des indicateurs de risques,
- l'outil de gestion des risques,
- la base incidents.

5.3. Pilotage du dispositif de contrôle interne

Le dispositif de contrôle interne implique la vigilance et la collaboration de tous les acteurs et instance de la Mutuelle autour actions permanentes et périodique afin de s'assurer de son efficience et efficacité tout en garantissant la cohérence des objectifs. La structure de contrôle de la Mutuelle Prévoirance est exposée au paragraphe 3.1.3.

5.4. Le dispositif de conformité

Le risque de conformité ou non-conformité est défini par l'ACPR comme un risque de sanction judiciaire, administrative ou disciplinaire, de perte financière, d'atteinte à la réputation, du fait de l'absence de respect des dispositions législatives et réglementaires, des normes et usages professionnels et déontologiques, propres aux activités.

Le responsable de la fonction conformité mentionnée à l'article L. 354-1 du Code de la Mutualité vise à sécuriser les activités et opérations au moyen de mesures de prévention, de suivi et de contrôle des risques de non-conformité. Elle est en charge de participer à la veille réglementaire et d'évaluer l'impact de tout changement de l'environnement juridique impactant la mutuelle.

L'information est ensuite partagée tant au niveau opérationnel afin d'alimenter la mise à jour du dispositif de contrôle qu'au niveau de la direction, du comité d'audit et du conseil d'administration afin d'alerter sur les risques de non-conformité significatifs.

La fonction de vérification de la conformité est également consultée pour avis, dans le cadre des comités et à l'initiative de l'ASMB, sur toute question réglementaire ou de conformité.

6. L'audit interne

6.1. Description de l'audit interne

6.1.1. Définition, objectifs et périmètre

L'Audit Interne est une activité indépendante et objective qui donne à la Mutuelle PréviFrance une assurance raisonnable sur le degré de maîtrise de ses opérations, lui apporte ses conseils pour les améliorer, et contribue à créer de la valeur ajoutée.

L'Audit Interne aide la Mutuelle à atteindre ses objectifs en évaluant, par une approche systématique et méthodique, ses processus de management des risques, de contrôle, ainsi que de gouvernement d'entreprise en faisant des propositions pour renforcer leur efficacité.

L'Audit Interne exerce ses prérogatives sur l'ensemble des activités y compris celles déléguées à nos partenaires sous-traitants. Ces contrôles sont dénommés missions d'audit, inspections ou enquêtes. Ils sont périodiques et ciblés.

L'Audit Interne constitue le troisième niveau de contrôle et se distingue du contrôle interne car sa mission de contrôle peut porter sur les éléments suivants :

- la mise en œuvre des recommandations,
- l'évaluation de l'efficacité, la pertinence ou la suffisance des processus déployés,
- la maîtrise des activités,
- la gestion des risques.

La fonction Audit Interne est portée par un Administrateur de la Mutuelle également Président du Comité d'Audit, auprès duquel est présentée l'élaboration du plan d'audit annuel, son exécution, les observations formulées lors des missions, les recommandations et leurs suivis. Les travaux opérationnels sont conduits par l'auditeur interne.

6.1.2. Rôles et missions de l'Audit Interne

L'Audit Interne réalise un diagnostic et émet des recommandations sur la gouvernance et l'organisation en général, les systèmes de gestion des risques ainsi que le dispositif de contrôle interne. Ses différentes missions sont :

- d'évaluer le fonctionnement des activités de contrôle interne, le système de gouvernance, la conformité des activités avec les stratégies, les dispositifs et les reportings,
- de présenter une vue globale et consolidée du plan d'audit pluriannuel,
- d'apporter une assurance raisonnable sur le degré de maîtrise de ses processus et de celles déléguées aux tiers,
- d'apporter une assurance raisonnable sur la fiabilité des informations comptables, financières et opérationnelles,
- de documenter et émettre des conclusions et recommandations.

6.2. Principes généraux et déontologie

Dans la réalisation de sa mission, l'Audit Interne s'appuie sur des principes et des normes professionnelles propres à sa fonction, notamment le code de déontologie de l'IIA, les normes professionnelles de l'IFACI, et les NEP.

Cet ensemble de règles s'applique à la fois aux personnes et aux organismes qui fournissent des services d'audit interne à la Mutuelle PréviFrance. Ils ont pour but de promouvoir une culture de l'éthique au sein de la Mutuelle.

Principes retenus	Description
Indépendance	L'Audit Interne est exercé de manière indépendante des fonctions opérationnelles, supports et sous-traitées, et ne saurait se substituer à celles-ci. La structure d'audit interne est placée sous l'autorité directe du Dirigeant Opérationnel. La fonction d'audit interne est ainsi exercée en toute indépendance par rapport aux services audités et par rapport aux Dirigeants Effectifs.
Objectivité et probité	L'Audit Interne se prévaut d'un haut degré d'objectivité professionnelle en collectant, évaluant et communiquant les informations relatives à l'activité ou au processus examiné. L'Audit Interne évalue de manière équitable tous les éléments pertinents et ne se laisse pas influencer dans son jugement par son propre intérêt ou par autrui.
Intégrité	L'Audit Interne respecte la valeur et la propriété des informations qu'il reçoit. L'Audit Interne déploie, pour accomplir ses travaux, les moyens et techniques requis par la profession. Il veille, à ce titre, à respecter les normes et les pratiques.

6.3. Fonctionnement de l'Audit Interne

6.3.1. Politique d'audit interne

Le cadre du dispositif d'audit interne est défini dans une politique d'audit interne, une charte d'audit, ainsi qu'un manuel d'audit interne.

La politique d'audit interne encadre et définit l'activité d'audit interne au sein la Mutuelle PréviFrance. Cette politique est portée par la fonction Audit Interne qui est responsable de sa mise à jour et veille à son respect. La déclinaison opérationnelle de la politique est portée par l'auditeur interne.

La politique est revue annuellement, son contenu est présenté en Comité d'Audit puis validé en Conseil d'Administration.

6.3.2. Plan d'audit annuel

Le plan d'audit, revu annuellement, est fondé sur une approche par les risques et les processus (Top-down et Bottom-up). Il est établi en prenant en compte notamment des synthèses annuelles appréciant les contrôles N1 et N2, des cartographies de risques, du suivi de la conformité, des travaux d'audit réalisés, des évolutions réglementaires.

En complément des travaux et diligences précités, l'élaboration du plan d'audit intègre les recommandations des contrôleurs externes (Commissaires aux Comptes, ACPR, ...)

Le plan d'audit interne est présenté au Comité d'Audit et validé par la Conseil d'Administration. Une présentation détaillée de l'exécution du plan est présentée lors des séances du Comité d'Audit.

6.3.3. Comité d'audit

Le Comité d'Audit est une instance interne et indépendante mise en place par la Direction Générale. Ce comité est régi par la charte du Comité d'Audit. Celle-ci est un règlement, mis à jour régulièrement, qui a pour fonction de fournir un cadre de référence, aux membres du comité et aux intervenants, permettant de guider leur mission. Ce règlement est un document qui précise la mission, les pouvoirs et les responsabilités du Comité d'Audit.

Ce règlement s'applique à la fois aux membres, aux personnes et organismes qui travaillent en lien avec le Comité d'Audit. L'approbation finale du règlement intérieur du Comité d'Audit relève de la responsabilité du Conseil d'Administration.

Les réunions seront planifiées aussi souvent que nécessaire. Elles peuvent être également organisées à la demande des auditeurs s'ils le jugent opportun. Les travaux présentés lors des comités font l'objet d'une validation au Conseil d'Administration.

7. Fonction actuarielle

Le dispositif mis en place par la fonction actuarielle au sein de la Mutuelle PréviFrance lui permet de réaliser l'ensemble de ses travaux conformément à la réglementation dans une démarche d'amélioration continue et d'atteinte des objectifs. Les prérogatives de la fonction actuarielle incluent la coordination et le contrôle des provisions techniques.

Les missions de la fonction actuarielle s'articulent autour des domaines suivants :

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

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

La fonction actuarielle contribue également au système de gestion des risques de la Mutuelle.

En cela, la fonction actuarielle :

- Elabore des modèles de risques techniques, qu'il s'agisse de ceux associés au développement de produits, de ceux liés au portefeuille de contrats bruts et nets de réassurance, de risque financier, de modèle de risque opérationnel. Elle alimente ainsi le calcul des exigences de fonds propres ainsi que les évaluations prospectives du rapport ORSA.
- Emet un avis sur la politique globale de souscription.
- Emet un avis sur l'adéquation des dispositions prises en matière de réassurance.

8. Sous-traitance

L'externalisation ou la sous-traitance consiste en un accord entre la Mutuelle PréviFrance et un prestataire, par lequel le prestataire exécute un processus, un service ou une activité pour le compte de la mutuelle.

Conformément à Solvabilité II, la Mutuelle PréviFrance a formalisé une politique écrite relative à la sous-traitance de ses activités sensibles et la maîtrise des risques inhérents. Elle prévoit notamment les modalités de sélection et d'engagement, de suivi et de contrôle des prestations déléguées.

La politique de sous-traitance de PréviFrance regroupe l'ensemble des choix stratégiques faits par la Mutuelle qui définissent le périmètre de la sous-traitance et la surveillance des activités sous-traitées. Elle s'applique à l'ensemble des Directions dès lors qu'elles identifient un besoin de recourir de manière durable à un sous-traitant pour des activités qualifiées de critiques.

Les activités identifiées comme critique par la Mutuelle PréviFrance sont :

- les fonctions clés (actuariat, audit interne, conformité et gestion des risques),
- les fonctions nécessaires au bon déroulement des activités de PréviFrance,
- la conception et tarification des produits,
- la gestion de portefeuille et investissement d'actif,
- la gestion des sinistres,
- la comptabilité.

La Mutuelle PréviFrance a recours à de la sous-traitance pour la gestion sous mandat de ses actifs financiers mais également sur la gestion des prestations santé (équivalent de 4 ETP et représentant 6 % de l'activité Prestations Santé).

L'Autorité de tutelle a été informée de ce recours conformément à l'instruction 2020-I-09 relative à l'information préalable de l'ACPR en cas d'externalisation d'activités.

Le processus d'externalisation est organisé de la façon suivante :

Sous-processus	Description
Identification du besoin	Dès lors qu'une Direction identifie un besoin de recourir à un sous-traitant, une fiche de demande doit être remplie et transmise au Directeur Opérationnel pour approbation.
Cahier des charges et lancement de l'appel d'offres	Elaboration du cahier des charges Recherche du prestataire ou lancement d'un appel d'offre.

Sélection du sous-traitant	<p>1) Analyse des propositions reçues : à l'issue de l'appel d'offre, la Direction à l'origine du besoin de sous-traitance analyse les propositions reçues et présélectionne celles répondant aux critères définis. La pré-sélection motivée des offres retenues est adressée au Dirigeant Opérationnel qui valide la liste des sous-traitants.</p> <p>2) Critères de sélection du prestataire et exigences de contrôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le prestataire est doté des aptitudes, connaissances..., • absence de conflit d'intérêt manifeste entre les deux parties, • le prestataire dispose de ressources financières nécessaires pour exécuter sa mission et que les membres de son personnel sont suffisamment qualifiés et fiables, • existence d'un projet de contrat écrit et signé, définissant les droits et obligations de chacun. <p>Les conditions générales de l'accord doivent être présentées au Conseil d'Administration afin qu'il valide le choix du sous-traitant.</p>
Contractualisation	<p>Un accord formalisé est signé avec les sous-traitants. Il précise les devoirs et responsabilités des deux parties, définir les niveaux de service et de qualité attendus avec leurs limites d'acceptabilité, et peut prévoir des pénalités en cas de non atteinte de ces limites.</p>
Notification à l'ACPR	<p>La Mutuelle transmet préalablement à l'ACPR un dossier complet d'information.</p>
Contrôle	<p>La Mutuelle gère et revoit régulièrement la conformité de l'accord d'externalisation par le sous-traitant.</p> <p>Les activités critiques sous-traitées sont soumises au plan d'Audit Interne. Le résultat des contrôles sur les activités critiques sous-traitées fait l'objet d'une restitution à la Direction, au Comité d'Audit et au Conseil d'Administration.</p>

PARTIE C – Profil de risque

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

Identification

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

- **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, ...), ceci au moyen d'outils, de règles ou d'indicateurs (cartographie des risques, formule standard, outil de business-plan).

Contrôle et gestion

Le contrôle et la gestion des risques sont assurés par l'organisation décrite dans le paragraphe précédent qui permet de surveiller et de piloter les risques afin d'en limiter leurs impacts.

Enfin, dans le cadre de l'activité de contrôle, la Mutuelle prévoit des plans de redressement permettant de limiter l'exposition de la Mutuelle en cas de survenance d'un événement majeur.

De manière générale, le profil de risque de la Mutuelle est appréhendé de la manière suivante :

Type de risque	Risques techniques, financiers et réassurance	Risques opérationnels, de conformité	Risques stratégiques
Outil de mesure	Formule standard du pilier 1	Cartographie des risques	Outil de business plan

1. Risques de souscription

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 et frais associés).

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

- Des **hypothèses de tarification et de provisionnement**.
- De la **structure tarifaire du produit** : cotisation unique, par tranche d'âge. Un tarif peu segmenté est soumis à un risque d'anti sélection plus élevé.
- De la **structure des garanties** : Les gammes modulaires, ou de grandes disparités entre les niveaux de garanties, entraînent un risque d'anti sélection.
- Des **modalités d'adhésion** : Le risque d'anti sélection est fortement corrélé aux modalités d'adhésion et aux populations assurées. Pour la prévoyance facultative, l'application d'un questionnaire médical permet de diminuer ce risque.
- Des **informations sur la population, disponibles** pour la tarification et le provisionnement.

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 en nombre d'adhérents et en montant de cotisations par segment (activité et population couverte)
- Le rapport P/C (Prestations / Cotisations),
- Les écarts entre les provisions estimées et les prestations constatées.

1.3. Maitrise du risque de souscription

Afin de maîtriser les risques évoqués plus haut, la Mutuelle a défini 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 ainsi que le processus de renouvellement tarifaire sont établis par la Direction technique et validé par la fonction actuarielle.
- Le recours à la réassurance qui vise également à protéger la solvabilité de la Mutuelle.

2. Risque de marché

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

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

Ce risque de marché peut provenir :

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

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

2.3. Maitrise du risque de marché

Afin de maîtriser les risques évoqués plus haut, la Mutuelle a défini une politique d'investissement et de gestion actif-passif qui contribue au système de gestion des risques. De plus, pour la gestion de ses placements, la Mutuelle s'appuie sur l'expertise de sociétés de gestion.

La gestion des placements représentatifs des fonds propres repose sur une approche patrimoniale.

Le Conseil valide annuellement l'allocation stratégique et tactique des placements de la Mutuelle.

3. Risque de défaut de contrepartie

3.1. Appréhension du risque de contrepartie au sein de la Mutuelle

Le risque de contrepartie correspond à la mesure de l'impact sur les fonds propres de mouvements défavorables liés au défaut de tiers auprès desquels la Mutuelle présente une créance ou dispose d'une garantie.

Ce risque de défaut peut provenir :

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

3.2. Mesure du risque de crédit et risques majeurs

La Mutuelle pilote son risque 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 et les garanties financières quant au recouvrement des engagements cédés, via des opérations de nantissement au profit de la Mutuelle.
- La concentration du portefeuille en termes de contreparties bancaires.
- Le suivi du paiement des créances dues par les adhérents et les tiers.

3.3. Maitrise du risque de défaut de contrepartie et risques majeurs

Concernant tout particulièrement celui du réassureur ou des banques, la Mutuelle veille à leur qualité et leur fiabilité lors de la sélection et suit leur solidité financière.

4. Risque de liquidité

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 : la Mutuelle aurait dans ce cas besoin de céder des actifs à un moment de marché qui pourrait ne pas être optimal.

Dans le cadre de l'activité de la Mutuelle, ces engagements portent essentiellement sur la capacité à régler les prestations aux bénéficiaires.

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.

4.3. Maitrise du risque de liquidité

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

5. Risque opérationnel

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).

5.2. Mesure du risque opérationnel et risques majeurs

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

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

5.3. Maitrise du risque opérationnel

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

6. Autres risques importants

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

PARTIE D – VALORISATION

Cette partie présente les écarts de valorisation entre Solvabilité 1 et Solvabilité 2 au 31/12/2022.

Il détaille les méthodes de valorisation des actifs, des provisions techniques et autres passifs de la Mutuelle à des fins de solvabilité et les écarts avec les montants des comptes sociaux.

1. Bilan prudentiel

1.1. Présentation du bilan Actif

Le bilan actif de la Mutuelle en norme prudentielle se présente de la manière suivante :

Actif	Valorisation Solvabilité II	Valeur dans les comptes sociaux	Ecart S2 – S1
Goodwill (Écarts d'acquisitions)			
Frais d'acquisition différés			
Immobilisations incorporels		1 080	-1 080
Actifs d'impôts différés	1 750		1 750
Excédent de régime de retraite			
Immobilisations corporelles détenues pour usage propre	30 597	26 957	3 640
Investissements	292 819	277 703	15 116
. Biens Immobiliers (autre que détenus pour usage propre)			
. Détentions dans des entreprises liées, y compris participations	3 139	2 836	303
. Actions	3 152	530	2 622
. . Actions cotées			
. . Actions non cotées	3 152	530	2 622
. Obligations	147 362	159 990	-12 628
. . Obligations d'Etat	54 021	58 588	-4 567
. . Obligation d'entreprise	93 143	101 190	-8 047
. . Titres structurés	198	212	-14
. . Titres garantis			
. Organismes de placement collectif	109 261	84 664	24 597
. Produits dérivés			
. Dépôts autres que les équivalents de trésorerie	10 688	10 688	
. Autres investissements	19 217	18 995	222
Actifs en représentation de contrats en UC et indexés			
Prêts et prêts hypothécaires	798	1 096	-298
. Avances sur polices			
. Prêts et prêts hypothécaires aux particuliers			
. Autres prêts et prêts hypothécaires	798	1 096	-298
Montants recouvrables au titre des contrats de réassurance (Prov. tech. cédées)	22 821	26 836	-4 015
. Non vie et santé similaire à la non-vie	14 937	16 703	-1 766
. . Non vie hors santé			
. . Santé similaire à la non-vie	14 937	16 703	-1 766

. Vie et santé similaire à la vie, hors santé, UC et indexés	7 885	10 133	-2 248
. . Santé similaire à la vie	6 814	7 972	-1 158
. . Vie hors santé, UC et indexés	1 070	2 161	-1 091
. Vie UC et indexés			
Dépôts auprès des cédantes			
Créances nées d'opérations d'assurance et montants à recevoir d'intermédiaires	14 111	14 111	
Créances nées d'opérations de réassurance	525	525	
Autres créances (hors assurance)	9 083	9 083	
Actions propres auto-détenues (directement)			
Eléments de fonds propres ou fonds initial appelé(s), mais non encore payé(s)			
Trésorerie et équivalents de trésorerie	9 704	9 704	
Autres actifs non mentionnés dans les postes ci-dessus	990	990	
Total de l'actif	383 198	368 086	15 112

Le montant de l'actif en normes S2 s'élève à 383 198 K€ à comparer avec un total de 368 086 K€ selon la norme S1, soit un écart de 15 112 K€.

Cet écart s'explique principalement par des plus-values latentes sur les placements et l'immobilier :

- fonds d'investissement (OPCVM actions et fonds non cotés) : + 24 597 K€
- obligataire : - 12 628 K€
- immobilier d'exploitation : + 3 640 K€
- actions non cotées (parts de SCI) : + 2 622 K€

On constate également un actif d'impôts différés pour 1 750 K€, une valeur des immobilisations incorporelles ramenée à zéro (- 1080 K€ en variation S1/S2) et une diminution de la valeur des provisions cédées de 4 015 K€.

1.2. Présentation du bilan passif

Passif	Valorisation Solvabilité II	Valeur dans les comptes sociaux	Ecart S2 – S1
Provisions techniques – non-vie	60 749	60 454	295
. Provisions techniques santé (similaire à la non-vie)	60 749	60 454	295
. . Provisions techniques calculées comme un tout	-	-	
. . Meilleure estimation	55 969	-	55 969
. . Marge de risque	4 780	-	4 780
Provisions techniques - vie (hors UC et indexés)	23 416	27 460	-4 044
. Provisions techniques santé (similaire à la vie)	19 224	20 319	-1 095
. . Provisions techniques calculées comme un tout	-	-	0
. . Meilleure estimation	17 929	-	17 929
. . Marge de risque	1 295	-	1 295
. Provisions techniques vie (hors santé, UC et indexés)	4 192	7 141	-2 949
. . Provisions techniques calculées comme un tout	-	-	0
. . Meilleure estimation	3 866	-	3 866
. . Marge de risque	326	-	326
Provisions autres que les provisions techniques	533	533	
Provision pour retraite	-	-	
Dépôts des réassureurs	-	-	
Passifs d'impôts différés	-	-	
Produits dérivés	-	-	
Dettes envers les établissements de crédit	2 343	2 418	-75
Dettes financières autres que celles envers les établissements de crédit	-	-	
Dettes nées d'opérations d'assurance et montants dus aux intermédiaires	7 597	7 597	
Dettes nées d'opérations de réassurance	4 098	4 098	
Autres dettes (hors assurance)	19 524	19 524	
Passifs subordonnés	-	-	
. Passifs subordonnés non inclus dans les fonds propres de base	-	-	
. Passifs subordonnés inclus dans les fonds propres de base	-	-	
Autres dettes non mentionnées dans les postes ci-dessus	398	398	
Total du passif	118 657	122 481	-3 824

Le montant du passif en normes S2 s'élève à 118 657 K€ à comparer avec un total de 122 481 K€ dans les comptes sociaux, soit un écart de 3 824 K€.

Cet écart s'explique principalement par l'écart de valorisation des provisions techniques pour un montant de 3 749 K€.

BILAN en K€	Valorisation Solvabilité II	Valorisation Solvabilité I	Ecart
Total actif	383 198	368 086	15 112
Total passif	118 657	122 481	- 3 824
Actif moins passif	264 541	245 605	18 936

Les passifs valorisés à leur valeur prudentielle représentent 118 657 K€ pour un actif égal à 383 198 K€. Les fonds propres économiques correspondant à l'actif net s'élèvent ainsi à 264 541 K€ en norme solvabilité 2.

2. Valorisation de l'actif

Les postes d'actif du bilan sont valorisés sous le référentiel Solvabilité 2 comme suit :

- Actifs incorporels :

Les actifs incorporels sont principalement constitués de logiciels développés ou mis en œuvre à la demande de la Mutuelle sur un cahier des charges qui lui est propre. Il n'est donc pas assuré que ce type d'actif trouve un acquéreur sur le marché.

Pour cette raison, les actifs incorporels ont été inscrits au bilan prudentiel à une valeur nulle.

- Actifs d'impôts différés :

Comme chaque année, un impôt différé net a été calculé sur la base des écarts entre valorisations S2 et valeurs fiscales des actifs et des passifs.

L'exposition au marché « actions » de la Mutuelle s'effectue très principalement par le biais d'un OPCVM actions dédié auquel s'applique le principe général de l'article 209-O A du CGI : « l'écart entre la valeur liquidative à l'ouverture et à la clôture de l'exercice constaté lors de cette évaluation est compris dans le résultat imposable de l'exercice concerné ».

Les plus-values latentes de cet OPCVM ayant diminué en 2022 de 16 MEUR, c'est un impôt différé net actif, d'un montant de 1 750 K€, qui a été inscrit au bilan prudentiel. Sa recouvrabilité par imputation sur des bénéfices imposables futurs a été documentée par la Mutuelle.

Le taux d'impôt sur les sociétés retenu pour la détermination de cet impôt différé est de 25%, taux applicable à la Mutuelle à compter du 1^{er} janvier 2022 (cf. article 84 de la loi de finance pour 2018).

- Immobilisations corporelles pour usage propre :

L'immobilier d'exploitation est détenu en direct par la Mutuelle, il a été valorisé à sa valeur d'expertise quinquennale (actualisée annuellement).

Les autres actifs corporels d'exploitation (matériel informatique, de transport, matériel et mobilier de bureau) ont été valorisés à leur valeur nette comptable.

- Actions :

Les parts des SCI détenues par la Mutuelle (immobilier de placement) figurent dans ce poste et sont évaluées à leur valeur d'expertise à la clôture.

- Participations :

Ce poste comprend des parts d'une société de courtage (PREVIFRANCE Courtage) qui distribue des contrats IARD. Ces parts sont valorisées à partir de l'actif net de cette société retraité selon les normes Solvabilité 2.

Une participation a également été prise à l'été 2021 dans une société de prestations funéraires, dans un secteur géographique où le nombre de transactions sur ce type d'activité est faible : la valorisation retenue correspond au prix payé par la Mutuelle, la méthode de valorisation par les cash flows actualisés donnant un résultat très proche.

Enfin, une société de formation a été créée en 2022, sans activité pour cet exercice : la participation dans cette société a ainsi été valorisée au montant du capital apporté.

- Obligations :

Les obligations cotées (émetteurs souverains ou privés) détenues par la Mutuelle sont valorisées à leur cours de bourse coupons courus inclus, contractuellement fourni par son valorisateur.

- Fonds d'investissement :

Ce poste est constitué de parts d'OPCVM et de fonds « actions », « obligataires ou dette » et « monétaires » évaluées à leur valeur liquidative à la clôture pour celles qui sont cotées ou à leur valeur audité (transmise par les sociétés de gestion) pour celles qui ne le sont pas.

Elles ont été traitées par transparence pour les calculs de SCR dès lors que leur valorisation est d'un montant significatif, ou choquées en actions type 2 + devise dans le cas contraire.

- Dépôts autres que ceux assimilables à de la trésorerie :

Il s'agit de dépôts à terme, débloqués sous réserve d'un délai de prévenance de 32 jours et/ou moyennant d'éventuelles indemnités de rupture anticipée (variables selon les dépôts).

Ils ont été évalués comme la somme des capitaux investis initialement, coupons courus inclus. Les dépôts en compte courant effectués par la Mutuelle au bénéfice des SCI dont elle détient des parts figurent également dans cette rubrique et sont évalués à leur coût historique.

- Autres placements :

La Mutuelle a souscrit au cours de l'année 2017 un contrat de capitalisation (100% fonds euros, donc à capital garanti) pour un montant de 10 MEUR auprès d'un assureur.

Des indemnités de rupture anticipée existant pendant les quatre premières années sur ce contrat, sa valorisation correspond au capital initialement investi, uniquement augmenté des intérêts définitivement acquis.

En 2019, la Mutuelle a souscrit de nouveaux contrats de capitalisation, multi-supports car les assureurs-vie ne proposent quasiment plus de contrats 100% fonds euros. Ils sont valorisés selon le même principe que le contrat ci-dessus.

- Prêts et prêts hypothécaires :

Le montant des prêts (principalement à des organismes collecteurs de la contribution à l'effort construction) a été calculé comme la somme actualisée des flux futurs en utilisant la courbe des taux sans risque à la clôture sans « volatility adjustment ».

- Créances nées d'opérations d'assurance, de réassurance et autres créances hors assurance :

Elles figurent au bilan prudentiel à leur valeur nette comptable.

- Trésorerie et équivalents trésorerie :

Les avoirs en banques (comptes courants) ont été repris à leur valeur comptable à la clôture.

Figurent également dans ce poste les avoirs déposés sur des livrets « institutionnels », dont les fonds sont disponibles à tout moment moyennant la perte des intérêts courus depuis le début de la quinzaine en cas de sortie des fonds avant la fin de cette quinzaine. Nous n'avons pas considéré ce faible coût d'opportunité comme une réelle « pénalité » ou « restriction ».

3. Valorisation du passif

3.1. Provisions techniques par LoB

Dans le bilan S2, les provisions sont valorisées en distinguant deux composantes :

- l'estimation Best Estimate (BE),
- la marge de risque.

3.1.1. Evaluation des provisions Best Estimate (BE)

3.1.1.1. Paramètres généraux de calcul

Le calcul des provisions Best Estimate repose sur la projection des flux de trésorerie futurs actualisés sur la base de la courbe des taux sans risque sans « volatility adjustment ».

Les flux de trésorerie futurs sont constitués des composantes suivantes :

- a) Flux liés aux sinistres en cours,
- b) Flux liés à la production nouvelle.

Ces flux intègrent également une projection des frais afférents à la gestion des contrats.

Projection des prestations

La projection des flux liés aux prestations est calculée par ligne d'activité sur la base de l'écoulement prévisionnel des sinistres.

Production future

Pour le calcul de la production future, nous retenons la production de l'année N+1. Compte tenu des délais de résiliation prévus par la réglementation et du caractère renouvelable par tacite reconduction des contrats, nous considérons que la Mutuelle est engagée pour une durée d'un an pour l'ensemble des contrats présents au 01/01/ N+1.

Le calcul de la production future est basé sur :

- une prévision des cotisations pour l'année N+1,
- une hypothèse de P/C HT brut (hors frais),
- une hypothèse sur les taux de frais,

- une cadence de règlement des prestations.

Projection des frais

La méthode de projection des frais repose sur une analyse des frais constatés dans les comptes sociaux. Nous avons considéré des frais proportionnels aux flux de trésorerie, exprimés en pourcentage des cotisations et prestations futures. Les ratios sont calculés à partir des postes suivants :

- frais sur prestations : frais de gestion des sinistres
- frais sur cotisations : il s'agit des autres frais correspondant à la somme des frais d'acquisition et d'administration augmentés des autres charges (techniques et non techniques) diminués des produits techniques.

3.1.1.2. Traitement de la réassurance

L'évaluation des provisions BE cédées a été réalisée par LoB suivant la même méthode que le calcul des provisions BE brutes.

3.1.2. Marge de risque

La marge de risque correspond à une estimation du coût d'immobilisation des fonds propres nécessaires pour couvrir jusqu'à leur terme les engagements d'assurance.

La marge de risque a été calculée globalement pour l'ensemble des LoB à partir de la formule suivante :

$$RM = CoC \cdot \sum_{t \geq 0} \frac{SCR(t)}{(1 + r(t + 1))^{t+1}}$$

Avec

CoC = 6% correspondant au coût du capital

rt correspond au taux sans risque de maturité t+1

SCR(t) correspond aux SCR opérationnel, SCR Souscription et SCR défaut de contrepartie (réassurance) requis après t années

3.2. Autres passifs

Les autres passifs sont les suivants :

- a) Provisions autres que les provisions techniques :

Ce poste n'est composé que de provisions pour litiges en cours (avec des assurés ou des salariés).

- b) Dettes envers les établissements de crédit :

Les dettes à l'égard des établissements de crédit ont été évaluées sur la base des flux futurs actualisés en utilisant la courbe des taux sans risque sans « volatility adjustment » pour l'EURO fournie par l'EIOPA.

c) Dettes nées d'opérations d'assurance, de réassurance et autres dettes hors assurance :

Elles figurent au bilan prudentiel à leur valeur nette comptable, donc déduction faite de provisions pour créances douteuses.

PARTIE E – GESTION DU CAPITAL

1. Fonds propres

1.1. Fonds propres S2

Les fonds propres économiques s'élevaient à 264 541 K€ au 31/12/2022, soit une baisse de 18 774 K€ par rapport à leur valeur au 31/12/2021.

Les fonds propres de la Mutuelle sont presque intégralement affectés à la catégorie Tier 1 (fonds propres de haute qualité disponibles à tout moment pour absorber des pertes et permettre à la Mutuelle de poursuivre ses activités).

Seul l'équivalent des actifs d'impôts différés relève du Tier 3 (cf. article 76 du règlement délégué 2015/35 du 10 octobre 2014) : pour mémoire, le montant éligible des éléments de niveau 3 est inférieur à 15% du SCR ; et les éléments de niveau 3 ne sont pas éligibles à la couverture du MCR.

En K€	2021	2022	Ecart
Valeur de marché des actifs	410 670	383 198	-27 471
Fair value des passifs (net de réassurance)	127 354	118 657	-8 697
Fonds propres économiques	283 316	264 541	-18 774

1.2. Fonds propres S2 vs fonds propres sociaux

Les fonds propres prudentiels s'élevaient à 245 605 K€, à comparer à des fonds propres sociaux de 264 541 K€, soit un écart de 18 936 K€.

BILAN en K€	Valorisation Solvabilité II	Valorisation Solvabilité I	Ecart
Total actif	383 198	368 086	15 112
Total passif	118 657	122 481	- 3 824
Actif moins passif	264 541	245 605	18 936

2. Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis

2.1. Capital de solvabilité requis

La Mutuelle utilise uniquement la formule standard pour ses besoins de calcul du capital de solvabilité requis (SCR). Aucune simplification ou paramètre propre à la Mutuelle n'a été utilisé pour les besoins du calcul du SCR.

Le montant du capital de solvabilité requis (SCR) s'élève à 87 549 K€ au 31/12/2022, soit une baisse de 6 244 K€ par rapport à 2021. Cette évolution est principalement liée à la baisse du SCR de marché (liée à la baisse des marchés actions et au coefficient d'ajustement symétrique).

Les SCR relatifs aux modules souscription santé et risques de marché représentent l'essentiel du BSCR.

En K€	2021	2022	Evolution
SCR	93 793	87 549	-6 244
BSCR	88 177	80 422	-7 754
Risque de marché	61 723	49 137	-12 586
Défaut de contrepartie	7 010	7 619	609
Souscription vie	2 486	2 733	247
Souscription santé	44 848	47 930	3 083
<i>Effets de diversification</i>	-27 890	-26 998	892
Incorporels	0	0	0
Opérationnel	6 713	7 126	413
Adj. Impôts différés	-1 097	0	1 097

La baisse du SCR en 2022 est principalement liée à la diminution du SCR de marché et plus particulièrement du module actions, impacté par une baisse de valorisation des marchés actions (et donc de l'allocation actions de la Mutuelle) et de l'effet qui en découle sur le coefficient d'ajustement symétrique « dampener » (-3.02% fin 2022 contre +6.88% fin 2021). L'augmentation du SCR de souscription s'explique quant à lui par le développement du portefeuille et la croissance de l'activité prévoyance.

2.2. Minimum de capital de requis

Le minimum de capital requis (MCR) de la Mutuelle est calculé selon la formule standard.

en K€	2021	2022	Evolution
MCR global	23 448	21 887	-1 561

Le montant du MCR correspond à la valeur plancher de la formule standard (25% du SCR).

2.3. Taux de couverture SCR / MCR

Le montant du SCR 2022 s'élève à 87 549 K€ pour des fonds propres éligibles de 264 541 K€, soit un taux de couverture de 302%, stable par rapport à 2021.

En K€	2021	2022	Evolution
Fonds propres Solvabilité 2	283 316	264 541	-18 774
SCR	93 793	87 549	-6 244
MCR	23 448	21 887	-1 561
Taux de couverture du SCR	302%	302%	
Taux de couverture du MCR	1208%	1201%	

Le taux de couverture du SCR s'élève à 302% en 2022, stable par rapport à 2021. Au-delà de l'effet conjoncturel lié à l'évolution du marché actions, la croissance du chiffre d'affaires ainsi que la politique d'investissements conduisent structurellement à une baisse du taux de couverture. Celui-ci reste toutefois toujours confortable.