



MUTUELLE PREVIFRANCE

Numéro RNM 776 950 669

Rapport annuel public sur la solvabilité et la situation financière 2023 (SFCR)

Collecte du 08/04/2024

Rapport approuvé par le Conseil d'Administration dans sa réunion du 04/04/2024.

Sommaire

SYNTHESE	4
PARTIE A – ACTIVITE ET RESULTATS	6
1. ACTIVITE	6
1.1. Risques couverts	6
1.2. Résultats de la Mutuelle	7
1.3. Stratégie de la Mutuelle.....	7
2. RESULTATS DE SOUSCRIPTION	11
3. RESULTATS DES INVESTISSEMENTS	13
4. RESULTATS DES AUTRES ACTIVITES	14
PARTIE B - LE SYSTEME DE GOUVERNANCE DE LA MUTUELLE	15
1. INFORMATIONS GENERALES SUR LE SYSTEME DE GOUVERNANCE	15
1.1. La Gouvernance	15
1.2. Changements survenus dans le système de gouvernance au cours de la période	20
1.3. Politique de rémunération	20
2. EXIGENCES DE COMPETENCE ET D'HONORABILITE.....	22
2.1. Principes de compétence et honorabilité	22
2.2. Notification à l'ACPR	23
3. SYSTEME DE GESTION DES RISQUES, L'ÉVALUATION INTERNE DES RISQUES ET DE LA SOLVABILITE.....	24
3.1. L'organisation du système de gestion des risques	24
3.2. Le référentiel de gestion des risques	27
3.3. La politique d'appétence aux risques.....	28
3.4. La cartographie macro	29
4. LE CONTROLE INTERNE	30
4.1. Le dispositif de contrôle interne	30
4.2. Le référentiel de contrôle	30
4.3. Pilotage du dispositif de contrôle interne	30
4.4. Le dispositif de conformité.....	31
5. L'AUDIT INTERNE	32
5.1. Description de l'audit interne	32
5.2. Principes généraux et déontologie.....	32
5.3. Fonctionnement de l'Audit Interne.....	33
6. FONCTION ACTUARIELLE	35
7. SOUS-TRAITANCE	36
PARTIE C – PROFIL DE RISQUE	38
1. RISQUES DE SOUSCRIPTION ET PROVISIONNEMENT	39
1.1. Appréhension du risque de souscription au sein de la Mutuelle	39
1.2. Mesure du risque de souscription et risques majeurs	39
1.3. Maitrise du risque de souscription.....	39
2. RISQUE DE MARCHE.....	40
2.1. Appréhension du risque de marché au sein de la Mutuelle.....	40
2.2. Mesure du risque de marché et risques majeurs	40
2.3. Maitrise du risque de marché	40
3. RISQUE DE DEFAUT DE CONTREPARTIE	41
3.1. Appréhension du risque de contrepartie au sein de la Mutuelle.....	41
3.2. Mesure du risque de crédit et risques majeurs.....	41
3.3. Maitrise du risque de défaut de contrepartie et risques majeurs.....	41
4. RISQUE DE LIQUIDITE	42
4.1. Appréhension du risque de liquidité au sein de la Mutuelle.....	42
4.2. Mesure du risque de liquidité et risques majeurs.....	42
4.3. Maitrise du risque de liquidité	42
5. RISQUE OPERATIONNEL	43
5.1. Appréhension du risque opérationnel au sein de la Mutuelle	43
5.2. Mesure du risque opérationnel et risques majeurs	43

5.3. Maitrise du risque opérationnel.....	43
6. AUTRES RISQUES IMPORTANTS.....	43
PARTIE D – VALORISATION.....	44
1. BILAN PRUDENTIEL	44
1.1. Présentation du bilan Actif.....	44
1.2. Présentation du bilan passif.....	46
2. VALORISATION DE L'ACTIF.....	47
3. VALORISATION DU PASSIF	49
3.1. <i>Provisions techniques par LoB</i>	49
3.2. Autres passifs	50
PARTIE E – GESTION DU CAPITAL.....	52
1. FONDS PROPRES	52
1.1. Fonds propres S2.....	52
1.2. Fonds propres S2 vs fonds propres sociaux	52
2. CAPITAL DE SOLVABILITE REQUIS ET MINIMUM DE CAPITAL REQUIS	53
2.1. Capital de solvabilité requis	53
2.2. Minimum de capital de requis	53
2.3. Taux de couverture SCR / MCR	54

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 2022 et 2023 ont évolué de la façon suivante :

En K€	2022	2023	Evolution	En %
Personnes protégées (effectif moyen)	333 031	342 313	9 282	2,8%
Cotisations brutes	231 716	251 653	19 937	8,6%
-dont santé	201 466	215 714	14 248	7,1%
-dont prévoyance	30 250	35 939	5 689	18,8%
Cotisations nettes de réassurance	219 382	241 967	22 585	10,3%

Résultat net d'impôt	7 025	7 853	828	11,8%
Résultat net en % des cotisations brutes	3,0%	3,1%		

Fonds propres Solvabilité 2	264 541	287 588	23 047	8.7%
SCR	87 549	99 980	12 431	14.2%
MCR	21 887	24 995	3 108	14.2%
Taux de couverture du SCR	302,2%	287.6%		
Taux de couverture du MCR	1200.7%	1150.6%		

En 2023, le chiffre d'affaires brut s'élève à 251 653 K€, en hausse de 19 937 K€ (+8,6%).

L'activité santé représente 86% du total des cotisations brutes en 2023 ; les cotisations associées représentent 215 714 K€ et progressent de 7% en 2023 avec un effectif moyen en 2023 de 342 000 personnes protégées en hausse de 2,8% par rapport à 2022.

L'activité prévoyance représente 14% du total des cotisations brutes en 2023 ; les cotisations associées représentent 35 939 K€ et progressent de 19% en 2023 grâce à un développement soutenu notamment sur le segment collectif.

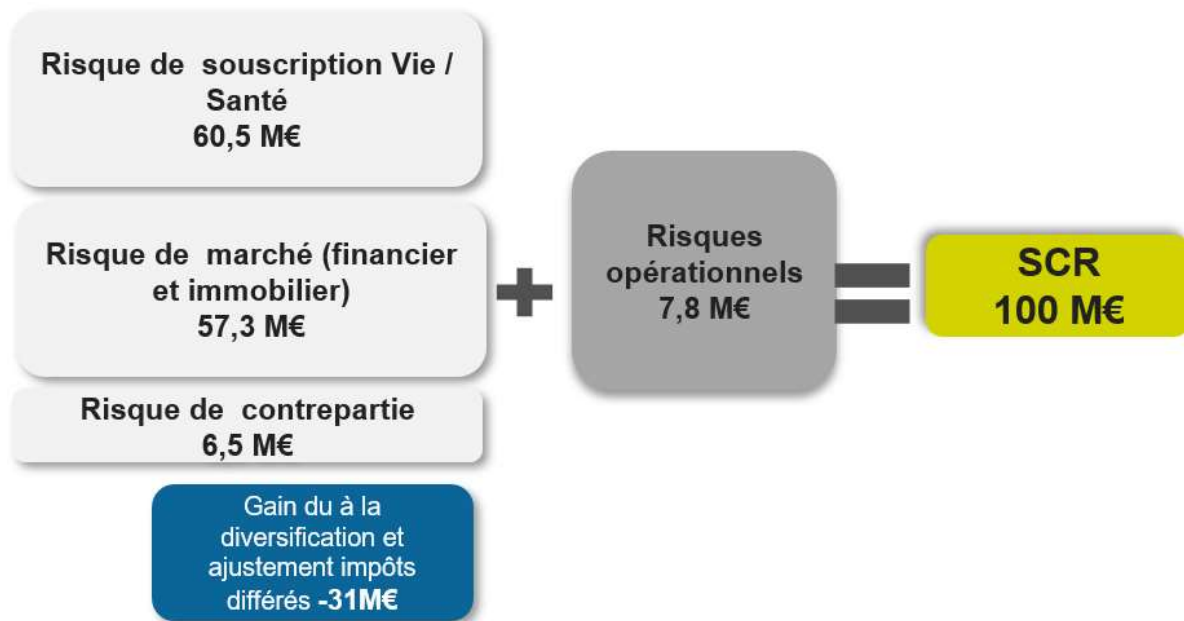
Les cotisations nettes de réassurance, toutes activités confondues s'élèvent à 241 967 K€, en hausse de 10,3% par rapport à 2022. Il est à noter que le taux de cession en quote-part de l'activité prévoyance a été revu à la baisse en 2023 avec une volonté d'augmenter la rétention de la Mutuelle et de conserver une part plus importante du résultat associé à cette activité.

Le résultat net 2023 s'élève à 7 853K€, en hausse de 828 K€ par rapport à 2022. Le résultat net représente 3,1% des cotisations brutes, soit un résultat en ligne avec 2022. En 2023, il est à noter que le compte de résultat de la Mutuelle a bénéficié d'une charge d'impôt sur les sociétés minorée grâce à l'imputation sur le résultat fiscal du déficit reportable constaté en 2022.

Le capital de solvabilité requis (SCR) s'élève à 99 980 K€ en 2023.

Les principaux risques auxquels la Mutuelle est exposée sont :

- ✓ Le risque de souscription liée à l'activité d'assurance et plus précisément aux risques de tarification et de provisionnement en santé et prévoyance
- ✓ Le risque de marché lié aux activités d'investissements à travers la gestion des placements de la Mutuelle



Le montant des fonds propres s'élève 287 588 K€.

Avec un taux de couverture du SCR de 288% au 31/12/2023, la Mutuelle dispose d'une capacité financière lui permettant de couvrir de façon permanente les exigences de SCR / MCR. Les projections réalisées dans le cadre de l'ORSA montrent par ailleurs que le taux de couverture reste très largement supérieur aux exigences à horizon 3 ans, 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 individuelle
- **les assurés sociaux pris à titre collectif** (contrats d'entreprise en groupe obligatoire)
 - gamme collective santé
 - gamme collective prévoyance
- **les fonctionnaires territoriaux et pompiers professionnels**
 - 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 2023	Poids cotisations brutes	Chiffre d'affaires net
Frais de santé	Santé NSLT-frais médicaux	1	215 714 K€	86%	215 265 K€
Dommages corporels (incapacité temporaire)	Santé NSLT-perte de revenus	2	15 141 K€	6%	11 077 K€
Dommages corporels (invalidité)	Santé SLT pour l'invalidité	33	10 083 K€	4%	7 308 K€
Opérations en cas de décès et de vie	Autres assurances vie	32	10 715 K€	4%	8 317 K€
Total			251 653 K€	100%	241 967 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€	2022	2023	Evolution
Résultat de souscription	6 420	6 723	303
Résultat financier net	3 263	6 494	3 231
Autres éléments non techniques et résultat exceptionnel	-3 116	-2 466	650
Impôts	458	-2 898	- 3 356
Résultat après impôt	7 025	7 853	828

Le résultat net après IS s'élève à 7 853 K€, en hausse de 828 K€ par rapport à 2022. Le résultat 2023 représente environ 3% des cotisations brutes, soit un résultat comparable à celui de 2022.

La hausse du résultat s'explique par :

- ✓ un résultat de souscription globalement stable à 6 723 K€ (+ 303 K€ par rapport à 2022); Sur le métier d'assurance, la marge brute est restée globalement stable dans un contexte où l'effet volume du chiffre d'affaires a compensé une légère dégradation du ratio P/C en lien avec la hausse du provisionnement des engagements de prévoyance.
- ✓ un résultat financier net de 6 494 K€ en hausse de 3 231 K€ ; Le résultat financier bénéficie en 2023 de l'augmentation des rendements de la poche obligataire, de la trésorerie financière et de la trésorerie d'exploitation.
- ✓ un résultat lié aux autres éléments non techniques de – 2 466 K€ en amélioration de 650 K€ ;
- ✓ une charge d'impôt sur les sociétés de 2 898 K€ comparativement à un crédit d'impôt de 458K€ fin 2022, soit une variation de charge de 3 356 K€

L'amélioration du résultat net 2023 s'explique par l'amélioration des résultats de souscription et financier. La charge d'impôt sur les sociétés est en hausse par rapport à 2022 et vient compenser la hausse du résultat financier. En 2022, la baisse des plus-values actions fiscalisées au fil de l'eau s'était en effet traduite par un crédit d'impôt dans les comptes de la Mutuelle. En 2023, la charge fiscale est en hausse mais reste cependant minorée avec l'imputation sur le résultat fiscal du déficit reportable constaté en 2022.

1.3. Stratégie de la Mutuelle

Dans un contexte très concurrentiel comme l'est l'assurance de personnes et tout particulièrement les risques santé et prévoyance, le modèle économique d'un organisme d'assurance repose sur deux composantes majeures :

- le métier assurantiel à proprement parler, sur lequel la Mutuelle souhaite dégager des excédents techniques dans l'exercice de son métier d'assureur. L'analyse de l'exercice écoulé, notamment au regard des ratios techniques, démontre une dégradation de la sinistralité dans un contexte où il n'existait pourtant pas de réforme majeure liée à l'instauration de nouvelles dispositions réglementaires, par opposition au déploiement du Reste à Charge

Zéro (RAC 0) entré en vigueur en 2020 et 2021, qui a eu un impact économique significatif pour les organismes complémentaires ;

- la gestion d'actifs qui n'est, d'une part, que la conséquence des obligations prudentielles à respecter et des provisions techniques associées, et d'autre part des fonds propres significatifs de la Mutuelle, gage d'une forte solidité. Etant donnée la qualité du bilan de la Mutuelle, le sujet de la performance de la gestion d'actifs, dans un environnement de risque évidemment contrôlé, est essentiel.

Ces deux éléments feront l'objet de développements pour commenter l'année écoulée et permettent, fort du rappel de ces principes fondamentaux, de mentionner des orientations pour les années à venir. Concernant le métier assurantiel à proprement parler, 2023 a démontré, pour le risque santé, une forte dérive de la sinistralité, avec des dépenses très soutenues lors du premier trimestre 2023, sans que l'on n'ait pu légitimement anticiper cette dérive. A titre d'illustration, sur le premier trimestre, les prestations ont augmenté de plus de 10% comparativement à 2022 avec une hausse significative des postes hospitalisation et optique tandis que les cotisations progressaient sur la même période de 7%. Cette hausse très significative des prestations a donné lieu à des échanges avec d'autres acteurs de la profession, qui ont confirmé subir les mêmes tendances.

Dès que la Mutuelle a constaté cette hausse, ne sachant pas si elle avait un caractère temporaire ou au contraire plus durable sur l'intégralité de l'année, des décisions de gestion ont été adoptées, avec effet à compter d'avril 2023, visant à réduire des budgets de fonctionnement, notamment pour la partie communication institutionnelle. La direction estimait que, face à ces aléas, une gestion encore plus stricte s'imposait. Cette réactivité est un des éléments qui permet d'expliquer le quasi-maintien des charges d'exploitation en 2023, hors prise en compte de la masse salariale qui a connu une dérive contrôlée dans un contexte où le collectif salariés était confronté à la problématique du pouvoir d'achat après une année 2022 au cours de laquelle l'inflation est réapparue.

A fin 2023, la marge en valeur absolue de la Mutuelle reste stable car la dégradation des ratios techniques est compensée par une progression du portefeuille d'adhérents, avec un gain de 8 800 personnes protégées au 01/01/2023, et une croissance organique de 2.8% de l'effectif sur l'année. Pour rappel, cette progression organique du portefeuille d'adhérents demeure une exception dans le monde mutualiste et valide le modèle de développement, qui repose quasi-exclusivement sur un réseau de distribution salariés, permettant de contrôler les offres proposées et maîtriser la politique tarifaire aussi bien pour la souscription que pour les renouvellements.

A ce titre, le renouvellement pour 2024 a amené la Mutuelle à devoir procéder à des révisions tarifaires plus élevées que les années précédentes, de l'ordre de 9%, hors prise en compte de situations atypiques. Cette décision de hausse, d'une ampleur inhabituelle, a été dictée afin, d'une part, de restaurer les ratios techniques santé en 2024 et, d'autre part, de faire face à une hausse attendue de la dépense médicale imputable à la revalorisation de certains actes (consultations revalorisées des professionnels de santé, revalorisation du prix de journée des établissements...) et au désengagement de la sécurité sociale sur les soins dentaires. De manière plus large, on estime que les organismes complémentaires seront confrontés en 2024 à un surcoût de l'ordre de 1 200 M€.

Concernant le risque prévoyance, on constate un développement soutenu, de l'ordre de 19%, représentant un chiffre d'affaires de 35 M€ à fin 2023. Le segment du collectif entreprises reste logiquement le plus dynamique, avec également des résultats commerciaux très satisfaisants auprès de la corporation des sapeurs-pompiers puisque la Mutuelle couvre, au niveau national, près de 40% des sapeurs-pompiers professionnels.

D'un point de vue sinistralité, les risques incapacité et invalidité demeurent à des niveaux stables, considérés comme élevés. Cette affirmation doit être néanmoins nuancée car le développement soutenu de cette activité amène la Mutuelle à calculer des provisions avec une approche assez conservatrice, définie par les tables réglementaires, qui, au fil du temps, s'avère être supérieure aux risques constatés.

Concernant la gestion opérationnelle à proprement parler, la Mutuelle poursuit sa démarche d'amélioration continue en investissant massivement sur deux projets structurants :

- la poursuite de la digitalisation de ses process (projet To Do), aussi bien pour les aspects relation clients que pour les actes de gestion à proprement parler. Parmi les réalisations significatives, on peut mentionner le déploiement de la carte de tiers payant digitale, qui s'inscrit dans les usages numériques des citoyens associés à une démarche éco-responsable.
- la lutte contre la fraude et les erreurs de facturation, avec l'appli Shift qui est interfacé à notre outil métier, et qui s'appuie sur de l'intelligence artificielle. De manière empirique, on estime que la fraude et les erreurs de facturation représentent approximativement 2% des prestations, émanant à 80% des professionnels de santé.

En synthèse, l'année 2023, pour le risque assurantiel aura été une année compliquée, justifiant les décisions courageuses prises lors du renouvellement pour l'exercice 2024 dans un contexte de forte croissance de la dépense médicale attendue. En parallèle, la démarche d'amélioration de la performance opérationnelle de la Mutuelle perdure dans une vision pluriannuelle.

Concernant la gestion d'actifs, dans un contexte de très forte croissance des taux d'intérêts avec des niveaux jamais atteints depuis plus d'une décennie (Bund à 10 ans au-delà de 2.90% et OAT 10 ans excédant 3.50%), la Mutuelle a réalisé des apports significatifs en 2023 sur les mandats obligataires pour renforcer cette composante, principalement par prélèvement sur la trésorerie financière. Cet arbitrage permet de cristalliser des taux de rendement actuariels à l'achat historiquement élevés et d'améliorer ainsi pour les années futures le taux actuariel moyen des portefeuilles obligataires. Concernant la gestion actions, la Mutuelle n'a pas procédé à des apports en numéraire supplémentaires, ayant opté pour un léger allègement en début 2023.

De manière plus large, il est important de souligner que la gestion des actifs financiers n'a pas eu pour finalité de dégager des plus-values comptables venant compenser des déséquilibres techniques liés au métier. Dit différemment, les plus-values financières issues de l'allègement modéré de la composante actions ont été intégralement allouées aux gérants obligataires afin d'améliorer le taux de rendement actuariel futur des mandats.

A titre immédiat, la hausse des taux d'intérêt a pour effet de majorer les produits financiers en 2023, si bien que d'un point de vue comptable, la composante financière est venue améliorer le résultat technique.

La description de ces principaux événements permet de souligner que la performance de la Mutuelle d'un point de vue comptable demeure satisfaisante avec un chiffre d'affaires brut de réassurance de 252 M€ et un résultat net comptable de 7,9 M€. Ces résultats en ligne avec ceux des années précédentes démontrent la résilience de la Mutuelle, y compris dans une année compliquée comme l'a été 2023.

Dans le cadre du référentiel solvabilité 2, le taux de couverture du SCR s'élève à 288% en légère diminution comparativement au niveau de 302% constaté sur les arrêtés de 2021 et 2022. Cette diminution, complètement assumée par la Mutuelle, s'explique mécaniquement par les effets conjugués de la croissance de l'activité en santé et prévoyance et du portefeuille d'actifs en représentations des provisions techniques et des fonds propres. La variation de l'ajustement symétrique sur le choc actions consécutive à la hausse des marchés en 2023 (-3.02% au 31/12/2022 et +1,46% au 31/12/2023) explique également en partie la hausse du SCR.

La légère dilution du ratio de solvabilité démontre en fait que l'accroissement des fonds propres économiques lié au développement d'activité progresse moins vite que le besoin de marge de solvabilité nécessaire à cette activité marginale.

Ainsi, plus le taux de couverture initial d'un organisme est élevé, ce qui est le cas pour la Mutuelle, plus le développement sera dilutif. On retrouve le principe que le développement est consommateur de fonds propres. Un organisme qui serait en attrition d'activité n'aurait pas ces contraintes.

Le niveau de ratio de solvabilité démontre que la Mutuelle est en mesure de financer son développement organique assurantiel de manière pérenne.

2. Résultats de souscription

Le résultat de souscription est présenté ci-dessous en détaillant le résultat brut et net de réassurance.

Résultat brut de réassurance

Comptes techniques en K€	2022	2023	Evolution	En %
1 - Cotisations brutes	231 716	251 653	19 937	8,6%
2 - Produits de placements alloués	810	1 959	1 150	142,0%
3 - Charge de sinistres brute*	-195 364	-217 846	-22 482	11,5%
5 - Frais d'acquisition et d'administration	-26 839	-24 054	2 785	-10,4%
6 - Autres charges techniques	-2 915	-4 085	-1 170	40,1%
Résultat technique (=1+2+3+4+5)	7 407	7 626	219	3,0%

Résultat net de réassurance

Comptes techniques en K€	2022	2023	Evolution	En %
1 - Cotisations nettes	219 382	241 967	22 585	10%
2 - Produits de placements alloués	810	1 959	1 150	142%
3 - Charge de sinistres nette*	-185 416	-210 123	-24 707	13%
5 - Frais d'acquisition et d'administration	-25 441	-22 995	2 446	
6 - Autres charges techniques	-2 915	-4 085	-1 170	
Résultat technique (=1+2+3+4+5)	6 420	6 723	303	5%

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

Charge de sinistres / Cotisations (P/C)	84,5%	86,8%	2,3%	
Frais et autres charges techniques / cotisations	12,9%	11,2%	-1,7%	

Les cotisations brutes s'élèvent à 251 653 K€, en augmentation de 8,6% en 2023. Les cotisations nettes de réassurance ont quant à elles augmenté de 10% ; elles s'élèvent à 241 967 K€.

L'augmentation du chiffre d'affaires s'explique principalement par la croissance du portefeuille sur le segment obligatoire tant en santé qu'en prévoyance. Le programme de réassurance a par ailleurs été revu en 2023 avec une baisse du taux de cession en quote-part des risques prévoyance. La Mutuelle a en effet souhaité augmenter sa rétention pour conserver une part plus importante des résultats associés à l'activité Prévoyance. Cette décision d'un moindre recours à la réassurance proportionnelle explique une augmentation des cotisations nettes supérieures à celles des cotisations brutes.

Les produits de placements alloués au compte technique sont en hausse par rapport à 2022 (+ 1 150 K€) ; ce poste bénéficie de la hausse des taux qui améliore le rendement des poches obligatoire et trésorerie financière.

Parallèlement à l'augmentation des cotisations, la charge de sinistres (y compris la charge des provisions techniques) nette de réassurance a augmenté de 24 707 K€, soit une hausse de 13% à comparer à une évolution des cotisations nettes de 10%. Cette évolution traduit une dégradation des équilibres techniques qui s'explique par une charge de provisionnement importante au titre des engagements de prévoyance et plus particulièrement des engagements associés au risque arrêt de

travail en 2023. Sur l'activité santé, les prestations ont connu une dérive supérieure aux anticipations en 2023 mais celle-ci a été atténuée par une reprise de provisions pour sinistres à payer (PSAP).

Le cumul des frais d'acquisition, frais d'administration et autres charges techniques est en baisse et traduit la volonté de la Mutuelle de maîtriser ses frais dans un contexte où les prestations santé avaient fortement dérivé sur le premier trimestre 2023. Certaines dépenses de communication en particulier ont été suspendues en 2023 afin de compenser la dérive des prestations dans le compte de résultat de la Mutuelle.

Le résultat technique, matérialisé par l'écart entre les cotisations et la charge de sinistres diminué des frais et charges techniques, s'élève à 6 723 K€. Ce résultat est globalement stable en valeur entre 2022 et 2023. L'augmentation du chiffre d'affaires et la maîtrise des frais a en effet permis de maintenir le résultat dans un contexte où les équilibres techniques se sont dégradés (ratios P/C qui passe de 84,5% en 2022 à 86,8% en 2023).

3. Résultats des investissements

Résultat financier en K€	2022	2023	Evolution
Revenus nets des placements	4 880	7 940	3 059
Plus-values réalisées	3 330	3 919	589
Moins-values réalisées	-3 497	-2 828	669
Charge de placements	-708	-733	-26
Total résultat de placements	4 006	8 298	4 292
Placements transférés au compte technique non-vie	-744	-1 804	- 1060
Total résultat des placements nets des placements transférés	3 263	6 494	3 232

En 2023, le résultat financier s'élève à 6 494 K€, en hausse de 3 232 K€ par rapport à 2022. Les plus-values réalisées sur la poche actions ont cette année à nouveau été employées pour améliorer le taux de rendement futur des portefeuilles obligataires (en dégageant des moins-values obligataires en 2023) dans le contexte persistant de niveaux élevés de taux. Cette hausse de rendement obligataire se concrétise dans le résultat financier 2023, de même que la hausse de la rémunération de la trésorerie court terme (indexée sur le taux de dépôt BCE).

4. Résultats des autres activités

Autres activités en K€	2022	2023	Evolution
Produits non techniques	1 555	1 423	-132
Charges non techniques	-4 920	-5 831	-910
Résultat exceptionnel	249	1 941	1 692
Éléments non techniques	-3 116	-2 466	650
Impôt sur le résultat	458	-2 898	-3 357
Autres éléments de résultat	-2 658	-5 364	-2 706

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 1 423 K€ en 2023.

Les charges non techniques représentent 5 831 K€. Elles sont constituées de frais généraux non imputables directement aux activités d'assurance ainsi que de la participation et de l'intéressement des salariés.

Le résultat exceptionnel est constitué d'une reprise de provision, initialement constituée en 2020.

L'impôt sur les sociétés est pour 2023 une charge de 2 898 K€, montant réduit du fait de l'imputation du solde de déficit fiscal reportable de 2022.

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.

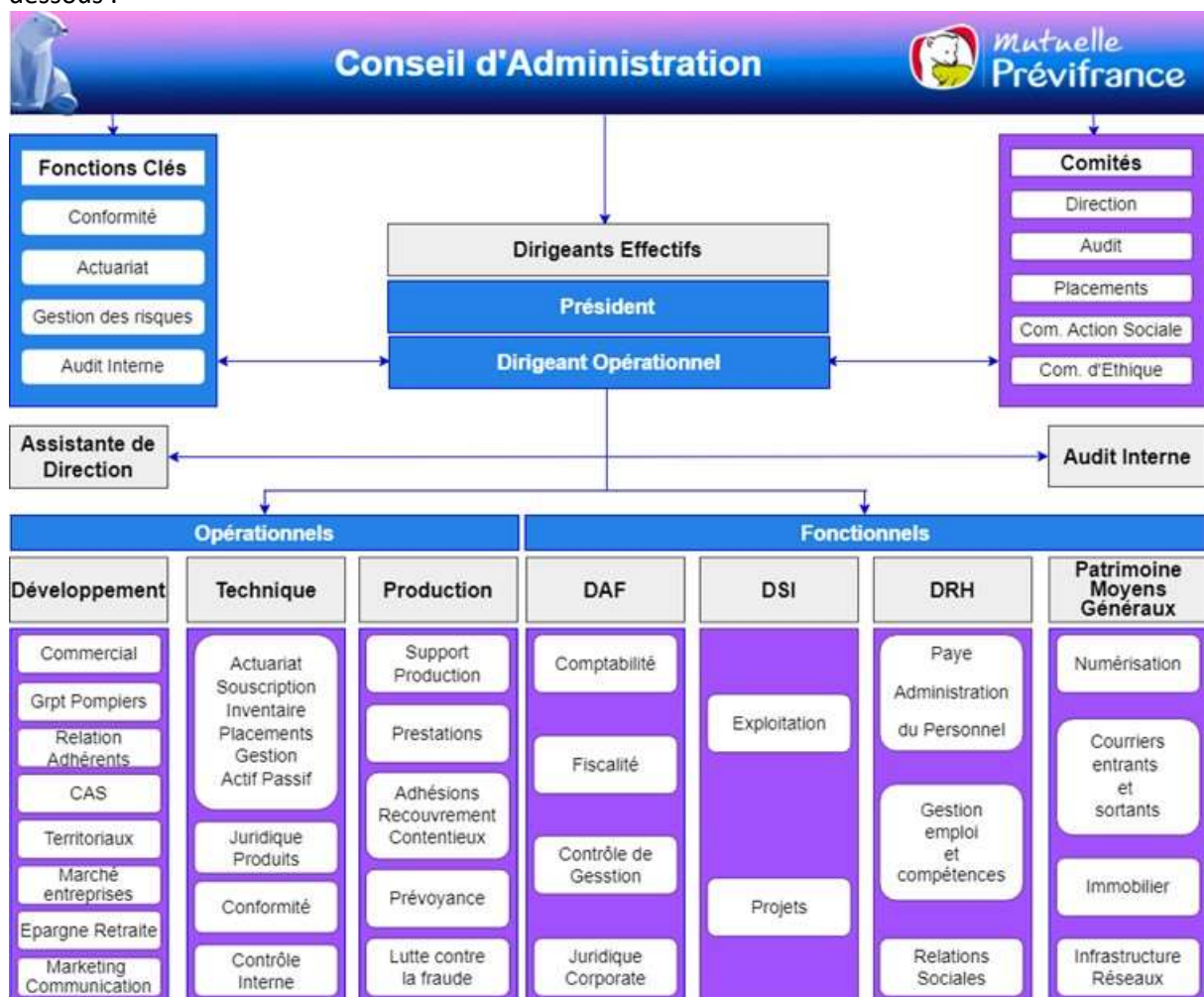
La gouvernance de la Mutuelle est fondée sur la complémentarité de ses membres et s'articule autour d'aspects politiques et opérationnels ayant pour but la réalisation des objectifs.

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 31/12/2023

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 PréviFrance 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.

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 la Directrice Technique à la fonction clé actuariat.

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

- Du Dirigeant Opérationnel à la fonction clé conformité,
- Du Directeur Administratif et Financier à la fonction clé gestion des risques

La nomination du nouvel auditeur interne en tant que fonction clé a été confirmée par l'autorité de contrôle le 7/03/2023.

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.

Actuariat	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.	Des différentes missions de la fonction découlent plusieurs enjeux : <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.
Conformité	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.	Les principales missions de cette fonction sont : <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.
Audit Interne	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.	Les différentes missions de la fonction sont : <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

La nomination du nouvel auditeur interne en tant que fonction clé a été confirmée par l'autorité de contrôle le 7/03/2023.

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, données, 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 :

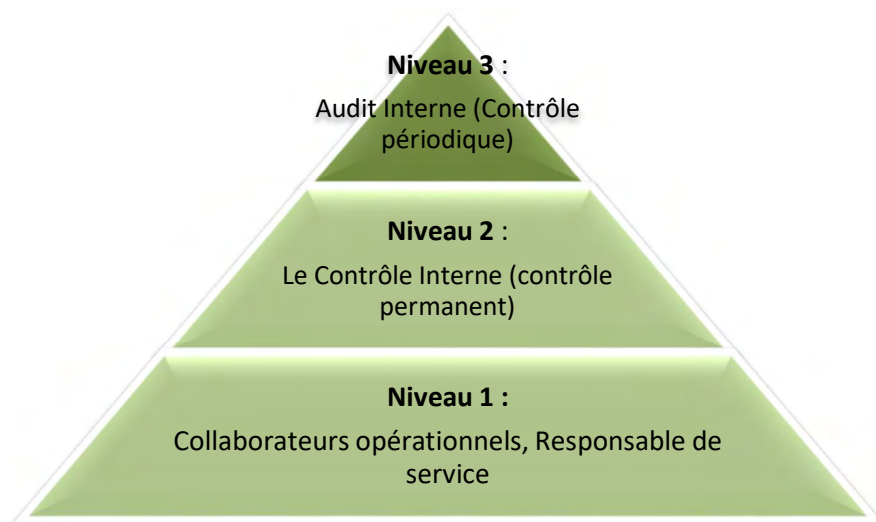
- traite de la déclinaison opérationnelle de la politique,
- analyse et suit les indicateurs de risques,
- alerte en cas de dépassement des seuils de risque,
- alerte de tout dysfonctionnement significatif relevé,
- a la capacité d'alerter directement les Dirigeants Effectifs et/ou tout membre du Conseil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

3.3. 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 ces 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.

3.4. 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,
- les risques financiers,
- l'assurance,
- l'externe/ institutionnels.

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.

4. Le contrôle interne

4.1. Le dispositif de contrôle interne

Le dispositif de contrôle interne de la Mutuelle a pour objectif d'assurer la continuité de la Mutuelle par la définition et la mise en œuvre de dispositifs de maîtrise des activités et par tous les niveaux du management, en vue de fournir une assurance raisonnable quant à la réalisation d'objectifs liés à l'efficacité des opérations, à l'utilisation efficiente des ressources et à la conformité.

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.

4.2. 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.

4.3. 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 d'actions permanentes et périodique afin de s'assurer de son efficacité et efficacité tout en garantissant la cohérence des objectifs.

Le service de Contrôle Interne s'assure de l'exactitude et de la conformité du dispositif de contrôle interne permanent. Ce dispositif met en évidence une interaction indispensable entre les différents niveaux de contrôles déployés au sein de la Mutuelle et développés au paragraphe 3.1.3.

4.4. 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 a la 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.

5. L'audit interne

5.1. Description de l'audit interne

5.1.1. 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.

5.1.2. 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 le reporting,
- 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.

5.2. 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.

5.3. Fonctionnement de l'Audit Interne

5.3.1. 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.

5.3.2. 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.

5.3.3. 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.

6. 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 politique de souscription, la coordination et le contrôle des provisions techniques, la réassurance.

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

- ✓ Coordonner le calcul des provisions techniques,
- ✓ Garantir le caractère approprié des méthodologies, des modèles sous-jacents et des hypothèses utilisés pour le calcul des provisions techniques,
- ✓ Apprécier la suffisance et la qualité des données utilisées dans le calcul des provisions techniques,
- ✓ Informer l'organe d'administration, de gestion ou de contrôle de la fiabilité et du caractère adéquat du calcul des provisions techniques,
- ✓ Émettre un avis sur la politique globale de souscription,
- ✓ Émettre un avis sur l'adéquation des dispositions prises en matière de réassurance,
- ✓ Contribuer à la mise en œuvre effective du système de gestion des risques.

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 l'ensemble des travaux et rédige pour cela un rapport actuariel.

7. Sous-traitance

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

Conformément à la directive 2009/138/CE dite Solvabilité II, la Mutuelle PREVIFRANCE a formalisé une politique écrite relative à la sous-traitance, notamment celle de ses activités importantes ou critiques 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 Previfrance 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 d'importantes ou de critiques conformément à l'article L.211-10 du Code de la mutualité et à l'article R.354-7 du Code des assurances :

- les fonctions clés (actuariat, audit interne, conformité et gestion des risques),
- les fonctions ou activités dont l'interruption est susceptible d'avoir un impact significatif sur l'activité de la Mutuelle PREVIFRANCE, sur sa capacité à gérer efficacement les risques ou de mettre en cause les conditions de son agrément au regard des éléments suivants :
 - le coût de l'activité externalisée
 - l'impact financier, opérationnel et sur la réputation de l'entreprise de l'incapacité du prestataire de service d'accomplir sa prestation dans les délais impartis
 - la difficulté de trouver un autre prestataire ou de reprendre l'activité en direct
 - la capacité de la Mutuelle PREVIFRANCE à satisfaire aux exigences réglementaires en cas de problèmes avec le prestataire

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 et provisionnement

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 avec 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.
- L'adéquation de la durée des passifs avec celle des actifs qui les représentent.
- L'absence d'impasse de trésorerie sur une échéance donnée, qui pourrait survenir malgré l'adéquation des durations globales des actifs et passifs.

2.3. Maîtrise du risque de marché

Afin de maîtriser les risques évoqués plus haut, la Mutuelle a défini une politique d'investissement et de gestion actif-passif qui 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 les marges tactiques concernant les 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, 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 mène plusieurs travaux :

- Un budget de trésorerie d'exploitation est établi et suivi régulièrement pour vérifier son adéquation avec les flux réels
- Dans le cadre de sa gestion des placements, la Mutuelle s'assure de disposer d'une poche d'actifs de court terme pouvant être mobilisables rapidement afin de faire face à une potentielle impasse de trésorerie due à un décalage de trésorerie imprévu au budget : il s'agit de comptes courants rémunérés et d'OPCVM monétaires (liquidité quotidienne), ainsi que de comptes à terme (32 jours de préavis).
- La Mutuelle a également contractualisé pour une période triennale reconductible une ligne de crédit permanente et déblocable instantanément auprès de l'une de ses contreparties bancaires.

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 à la suite d'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, réglementaire ou de réputation important sont remontés en Conseil d'Administration.

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

5.3. 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

Le risque climatique (dans ses deux dimensions « physique » et « de transition ») est également évalué par la Mutuelle, pour le moment uniquement sur les hypothèses du scénario court terme du stress test climatique 2023 de l'ACPR.

La répartition géographique du parc immobilier de la Mutuelle limite les impacts physiques forts sur sa valorisation globale.

En ce qui concerne le risque de transition, la Mutuelle a fait le choix de classer en « article 8 SFDR » ses principales poches d'allocation (mandats obligataires et fonds dédié actions monde), ce qui lui permet de bénéficier des analyses extra-financières de ses prestataires de gestion, même si les méthodologies mises en œuvre sont encore hétérogènes chez les différents acteurs financiers.

PARTIE D – VALORISATION

Cette partie présente les écarts de valorisation entre comptes sociaux et Solvabilité 2 au 31/12/2023.

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

L'actif du bilan de la Mutuelle en norme prudentielle se présente de la manière suivante (en K€) :

Actif	Valorisation Solvabilité II	Valeur dans les comptes sociaux	écart Solvabilité II - comptes sociaux
Goodwill (Écarts d'acquisitions)			
Frais d'acquisition différés			
Immobilisations incorporels		1 156	-1 156
Actifs d'impôts différés			
Excédent de régime de retraite			
Immobilisations corporelles détenues pour usage propre	29 281	25 502	3 779
Investissements	331 011	295 156	35 855
. Biens Immobiliers (autre que détenus pour usage propre)			
. Détenues dans des entreprises liées, y compris participations	3 701	3 286	415
. Actions	5 055	1 512	3 543
. . Actions cotées			
. . Actions non cotées	5 055	1 512	3 543
. Obligations	178 432	178 706	-274
. . Obligations d'Etat	59 621	59 916	-296
. . Obligation d'entreprise	118 620	118 578	42
. . Titres structurés	191	212	-21
. . Titres garantis			
. Organismes de placement collectif	122 807	90 636	32 171
. Produits dérivés			
. Dépôts autres que les équivalents de trésorerie	21 016	21 016	0
. Autres investissements			
Actifs en représentation de contrats en UC et indexés			
Prêts et prêts hypothécaires	923	1 183	-260
. Avances sur polices			
. Prêts et prêts hypothécaires aux particuliers	923	1 183	-260
. Autres prêts et prêts hypothécaires			
Montants recouvrables au titre des contrats de réassurance (Prov. tech. cédées)	24 922	28 100	-3 178
. Non vie et santé similaire à la non-vie	15 648	16 627	-979
. . Non vie hors santé			
. . Santé similaire à la non vie	15 648	16 627	-979
. Vie et santé similaire à la vie, hors santé, UC et indexés	9 274	11 473	-2 199
. . Santé similaire à la vie	8 181	9 019	-839
. . Vie hors santé, UC et indexés	1 093	2 453	-1 360
. Vie UC et indexés			
Dépôts auprès des cédantes			
Créances nées d'opérations d'assurance et montants à recevoir d'intermédiaires	17 408	17 408	0
Créances nées d'opérations de réassurance	79	79	0
Autres créances (hors assurance)	4 548	4 548	0
Actions propres auto-détenues (directement)			
Eléments de fonds propres ou fonds initial appelé(s), mais non encore payé(s)			
Trésorerie et équivalents de trésorerie	19 519	19 519	0
Autres actifs non mentionnés dans les postes ci-dessus	1 157	1 157	0
Total de l'actif	428 848	393 809	35 040

Le montant de l'actif en normes S2 s'élève à 428 848 K€ à comparer avec un total de 393 809 K€ en comptes sociaux, soit un écart de 35 040 K€.

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

- fonds d'investissement (OPCVM et fonds non cotés) : + 32 171 K€
- obligataire : - 274 K€
- immobilier d'exploitation : + 3 779 K€
- actions non cotées (parts de SCI) : + 3 543 K€

On constate également que la valeur des immobilisations incorporelles est ramenée à zéro (- 1 156 K€ en variation) et une diminution de la valeur des provisions cédées de 3 178 K€ liée au différentiel entre la courbe des taux au 31/12/2023 et le taux technique retenu dans les comptes sociaux.

1.2. Présentation du bilan passif

Passif	Valorisation Solvabilité II	Valeur dans les comptes sociaux	écart Solvabilité II - comptes sociaux
Provisions techniques – non-vie	75 855	72 691	3 164
. Provisions techniques non-vie (hors santé)			
. . Provisions techniques calculées comme un tout			
. . Meilleure estimation			
. . Marge de risque			
. Provisions techniques santé (similaire à la non-vie)	75 855	72 691	3 164
. . Provisions techniques calculées comme un tout			
. . Meilleure estimation	69 231		
. . Marge de risque	6 624		
Provisions techniques - vie (hors UC et indexés)	28 868	32 082	-3 214
. Provisions techniques santé (similaire à la vie)	23 721	23 531	190
. . Provisions techniques calculées comme un tout			
. . Meilleure estimation	22 011		
. . Marge de risque	1 710		
. Provisions techniques vie (hors santé, UC et indexés)	5 147	8 551	-3 404
. . Provisions techniques calculées comme un tout			
. . Meilleure estimation	4 701		
. . Marge de risque	446		
Provisions techniques UC et indexés			0
. Provisions techniques calculées comme un tout			
. Meilleure estimation			
. Marge de risque			
Autres provisions techniques			
Passifs éventuels			
Provisions autres que les provisions techniques	669	669	0
Provision pour retraite			
Dépôts des réassureurs			
Passifs d'impôts différés	986		986
Produits dérivés			
Dettes envers les établissements de crédit	1 870	1 898	-28
Dettes financières autres que celles envers les établissements de crédit			
Dettes nées d'opérations d'assurance et montants dus aux intermédiaires	7 981	7 981	0
Dettes nées d'opérations de réassurance	2 929	2 929	0
Autres dettes (hors assurance)	21 757	21 757	0
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	344	344	0
Total du passif	141 260	140 351	909

Le montant du passif en normes S2 s'élève à 141 260 K€ à comparer avec un total de 140 351 K€ dans les comptes sociaux, soit un écart de 909 K€.

Les écarts de valorisation des provisions techniques non-vie et vie se compensant en très grande partie, c'est l'apparition d'impôts différés passifs pour 986 K€ en normes prudentielles qui explique la majeure partie de l'écart total.

BILAN en K€	Valorisation Solvabilité II	Valorisation Solvabilité I	Ecart
Total actif	428 848	393 809	35 040
Total passif	141 260	140 351	909
Actif moins passif	287 588	253 458	34 130

Les passifs valorisés à leur valeur prudentielle représentent 141 260 K€ pour un actif égal à 428 848 K€. Les fonds propres économiques correspondant à l'actif net s'élèvent ainsi à 287 588 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 :

a) 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.

b) 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.

c) 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.

d) 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.

e) 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.

f) 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 transposition pour les calculs de SCR dès lors que leur valorisation est d'un montant significatif et qu'un inventaire a pu être obtenu, ou choquées en actions type 2 + devise dans le cas contraire.

g) 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.

h) Autres placements :

La Mutuelle a racheté en début d'année 2023 l'ensemble des contrats de capitalisation souscrits : le solde du poste est donc nul au 31/12/2023.

i) 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 ».

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

Elles figurent au bilan prudentiel à leur valeur nette comptable.

k) 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 :

- ✓ Flux liés aux sinistres en cours,
- ✓ 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) Passifs d'impôts différés :

Un impôt différé net a été calculé sur la base des écarts entre valorisations S2 et valeurs fiscales des actifs (hors OPCVM actions, dont les plus et moins-values latentes sont fiscalisées au fil de l'eau selon le principe de l'article 209-O-A du CGI) et des passifs.

Il s'agit au 31/12/2023 d'un impôt différé net passif, d'un montant de 986 K€, dont la capacité d'absorption des pertes a été prise en compte dans l'évaluation du SCR.

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

d) 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'élèvent à 287 588 K€ au 31/12/2023, soit une hausse de 23 047 K€ par rapport à leur valeur au 31/12/2022.

Les fonds propres de la Mutuelle sont 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).

En K€	2022	2023	Ecart
Valeur de marché des actifs	383 198	428 848	45 650
Fair value des passifs (net de réassurance)	118 657	141 260	22 603
Fonds propres économiques	264 541	287 588	23 047

1.2. Fonds propres S2 vs fonds propres sociaux

Les fonds propres prudentiels s'élèvent à 287 588 K€, à comparer à des fonds propres sociaux de 253 458 K€, soit un écart de 34 130 K€.

BILAN en K€	Valorisation Solvabilité II	Valorisation Solvabilité I	Ecart
Total actif	428 848	393 809	35 040
Total passif	141 260	140 351	909
Actif moins passif	287 588	253 458	34 130

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 99 980 K€ au 31/12/2023, soit une hausse de 12 431 K€ par rapport à 2022. Cette évolution est pour moitié liée à la hausse du SCR de marché (progression des marchés actions et donc coefficient d'ajustement symétrique) et pour moitié à celle du SCR de souscription non-vie (progression du nombre de personnes couvertes et du chiffre d'affaires).

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

En K€	2022	2023	Evolution
SCR	87 549	99 980	12 431
BSCR	80 422	93 209	12 787
Risque de marché	49 137	57 295	8 158
Défaut de contrepartie	7 619	6 235	- 1 384
Souscription vie	2 733	4 680	1 947
Souscription santé	47 930	55 803	7 873
<i>Effets de diversification</i>	-26 998	- 30 804	- 3 806
Incorporels	0	0	0
Opérationnel	7 126	7 757	631
Adj. Impôts différés	0	- 986	- 986

La hausse du SCR en 2023 est pour moitié liée à la hausse du SCR de marché et plus particulièrement du module actions, impacté par une progression de la 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 » (+1.46% fin 2023 contre -3.02% fin 2022). 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€	2022	2023	Evolution
MCR global	21 887	24 995	3 108

Le montant du MCR correspond en 2022 et 2023 à la valeur plancher de la formule standard (25% du SCR).

2.3. Taux de couverture SCR / MCR

Le montant du SCR 2023 s'élève à 99 980 K€ pour des fonds propres éligibles de 287 588 K€, soit un taux de couverture de 288%, en légère diminution par rapport à 2022 (302%).

En K€	2022	2023	Evolution
Fonds propres Solvabilité 2	264 541	287 588	23 047
SCR	87 549	99 980	12 431
MCR	21 887	24 995	3 108
Taux de couverture du SCR	302%	288%	
Taux de couverture du MCR	1201%	1151%	

Le taux de couverture du SCR s'élève à 288% en 2023, en baisse par rapport à 2022 (302%). 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.