



MUTUELLE PREVIFRANCE

Numéro RNM 776 950 669

Rapport annuel public sur la solvabilité et la situation financière 2024 (SFCR)

Collecte du 08/04/2025

Rapport approuvé par le Conseil d'Administration dans sa réunion du 03/04/2025.

Sommaire

PREAMBULE	4
SYNTHESE	4
PARTIE A – ACTIVITE ET RESULTATS	7
1. ACTIVITE	7
1.1. Risques couverts	7
1.2. Résultats de la Mutuelle	8
1.3. Stratégie de la Mutuelle.....	9
2. RESULTATS DE SOUSCRIPTION	14
3. RESULTATS DES INVESTISSEMENTS	15
4. RESULTATS DES AUTRES ACTIVITES	15
5. AUTRES INFORMATIONS	16
PARTIE B - LE SYSTEME DE GOUVERNANCE DE LA MUTUELLE	17
1. INFORMATIONS GENERALES SUR LE SYSTEME DE GOUVERNANCE	17
1.1. La Gouvernance	17
1.2. Changements survenus dans le système de gouvernance au cours de la période	22
1.3. Politique de rémunération	22
2. EXIGENCES DE COMPETENCE ET D'HONORABILITE	24
2.1. Principes de compétence et honorabilité	24
2.2. Notification à l'ACPR	25
3. SYSTEME DE GESTION DES RISQUES, L'ÉVALUATION INTERNE DES RISQUES ET DE LA SOLVABILITE	26
3.1. L'organisation du système de gestion des risques	26
3.2. Le référentiel de gestion des risques	30
3.3. La politique d'appétence aux risques.....	30
3.4. La cartographie macro	31
4. LE CONTROLE INTERNE	32
4.1. Le dispositif de contrôle interne	32
4.2. Le référentiel de contrôle	32
4.3. Pilotage du dispositif de contrôle interne	32
4.4. Le dispositif de conformité.....	33
5. L'AUDIT INTERNE	34
5.1. Description de l'audit interne	34
5.2. Principes généraux et déontologie.....	34
5.3. Fonctionnement de l'Audit Interne.....	35
6. FONCTION ACTUARIELLE	36
7. SOUS-TRAITANCE	37
PARTIE C – PROFIL DE RISQUE	39
1. RISQUES DE SOUSCRIPTION ET PROVISIONNEMENT	40
1.1. Appréhension du risque de souscription au sein de la Mutuelle	40
1.2. Mesure du risque de souscription et risques majeurs	40
1.3. Maitrise du risque de souscription.....	40
2. RISQUE DE MARCHE	41
2.1. Appréhension du risque de marché au sein de la Mutuelle.....	41
2.2. Mesure du risque de marché et risques majeurs	41
2.3. Maitrise du risque de marché	41
3. RISQUE DE DEFAUT DE CONTREPARTIE	42
3.1. Appréhension du risque de contrepartie au sein de la Mutuelle.....	42
3.2. Mesure du risque de crédit et risques majeurs.....	42
3.3. Maitrise du risque de défaut de contrepartie et risques majeurs.....	42
4. RISQUE DE LIQUIDITE	43
4.1. Appréhension du risque de liquidité au sein de la Mutuelle.....	43
4.2. Mesure du risque de liquidité et risques majeurs.....	43
4.3. Maitrise du risque de liquidité	43
5. RISQUE OPERATIONNEL	44

5.1. Appréhension du risque opérationnel au sein de la Mutuelle	44
5.2. Mesure du risque opérationnel et risques majeurs	44
5.3. Maitrise du risque opérationnel	44
6. AUTRES RISQUES IMPORTANTS.....	44
PARTIE D – VALORISATION	45
1. BILAN PRUDENTIEL	45
1.1. Présentation du bilan Actif.....	45
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	51
1. FONDS PROPRES	51
1.1. Fonds propres S2.....	51
1.2. Fonds propres S2 vs fonds propres sociaux	51
2. CAPITAL DE SOLVABILITE REQUIS ET MINIMUM DE CAPITAL REQUIS	52
2.1. Capital de solvabilité requis	52
2.2. Minimum de capital de requis	53
2.3. Taux de couverture SCR / MCR	53

PREAMBULE

Le présent rapport sur la solvabilité et la situation financière, nommé SFCR, est établi en application du Règlement délégué publié au Journal Officiel de l'Union européenne en date du 17 janvier 2015.

Il concerne la période de référence du 01/01/2024 au 31/12/2024.

Il est constitué d'une synthèse et de 5 parties :

- ✓ Partie A – Activité et résultats
- ✓ Partie B – Système de gouvernance
- ✓ Partie C – Profil de risque
- ✓ Partie D – Valorisation
- ✓ Partie E – Gestion du capital

SYNTHESE

Activité et résultats

<i>Activité</i>	346 K personnes couvertes en santé <i>vs 342 K en 2023 (+1,5%)</i>	80 K personnes couvertes en prévoyance <i>vs 75 K en 2023 (+5,5%)</i>
<i>Résultats</i>	274 M€ de chiffre d'affaires <i>vs 252 K en 2023 (+8,7%)</i>	+9,6 M€ de résultats nets (3,5% du chiffre d'affaires) <i>vs 7,8 M€ en 2023</i>

La Mutuelle relève du Code de la Mutualité et dispose d'agrément pour exercer des activités d'assurance relevant des branches suivantes :

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

A ce titre, la Mutuelle exerce son activité dans les domaines de la santé et de la prévoyance.

La Mutuelle couvre 346 000 personnes protégées en santé et 80 000 assurés en prévoyance en 2024. Le chiffre d'affaires brut 2024 s'élève à 274 M€, en hausse de 22 M€ par rapport à 2023 (+8,7%).

L'activité santé représente 86% du total des cotisations brutes ; les cotisations associées s'élèvent à 234 M€ et progressent de 8,6% en 2024 avec un effectif moyen de 346 000 personnes protégées en hausse de 1,5% par rapport à 2023.

L'activité prévoyance représente 14% du total des cotisations brutes en 2024 ; les cotisations associées représentent 39 M€ et progressent de 9,8% en 2024 pour un effectif couvert en hausse de 5,5%.

Le chiffre d'affaires net de réassurance s'élève à 262 M€ en hausse de 8,4% par rapport à 2023. Parallèlement, la charge de sinistres (intégrant les frais payés sur prestations) s'élève à 221 M€, en hausse de 5,3% par rapport à 2023. Il résulte de ces évolutions une amélioration du ratio de sinistralité P/C qui s'établit à 84,4% en 2024, en amélioration de 2,5% par rapport à 2023. Le ratio P/C revient au niveau de 2022 après une augmentation en 2023, liée à une inflation médicale importante.

Le résultat net est en hausse grâce aux effets conjugués :

- ✓ de l'amélioration de la sinistralité et la hausse du chiffre d'affaires,
- ✓ du maintien constant du taux de frais de gestion,
- ✓ de la hausse du résultat financier, portée en particulier par l'augmentation du taux de rendement actuariel à l'achat de la poche obligataire.

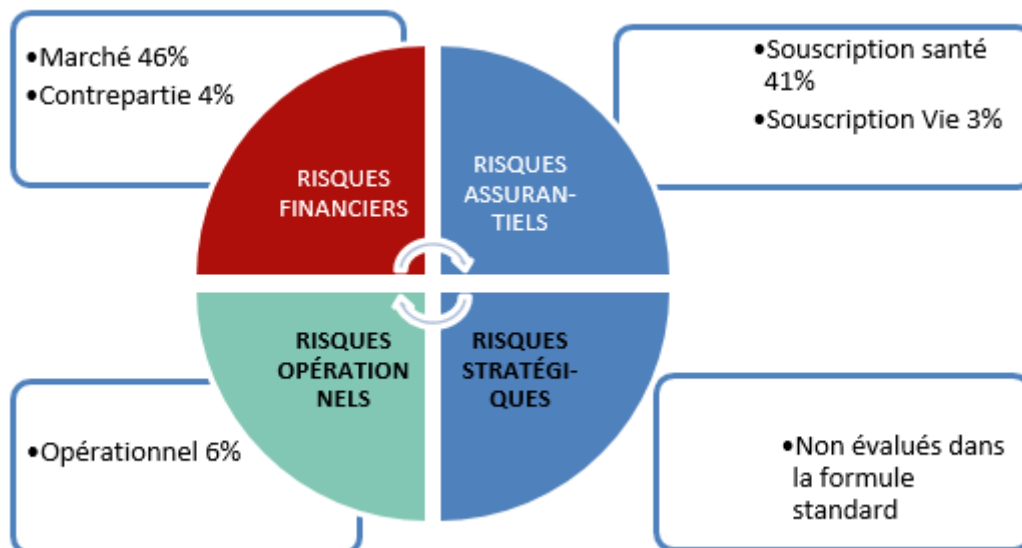
Le résultat net 2024 s'élève à 9,6 M€, en hausse de 1,7 M€ par rapport à 2023. Il représente 3,5% des cotisations brutes soit une performance en hausse par rapport à 2023 (résultat 2023 de 7,9 M€ soit 3,1% des cotisations brutes).

Systeme de gouvernance

Une Direction de la Conformité Juridique a été créée en 2024, avec un rattachement direct au Directeur opérationnel.

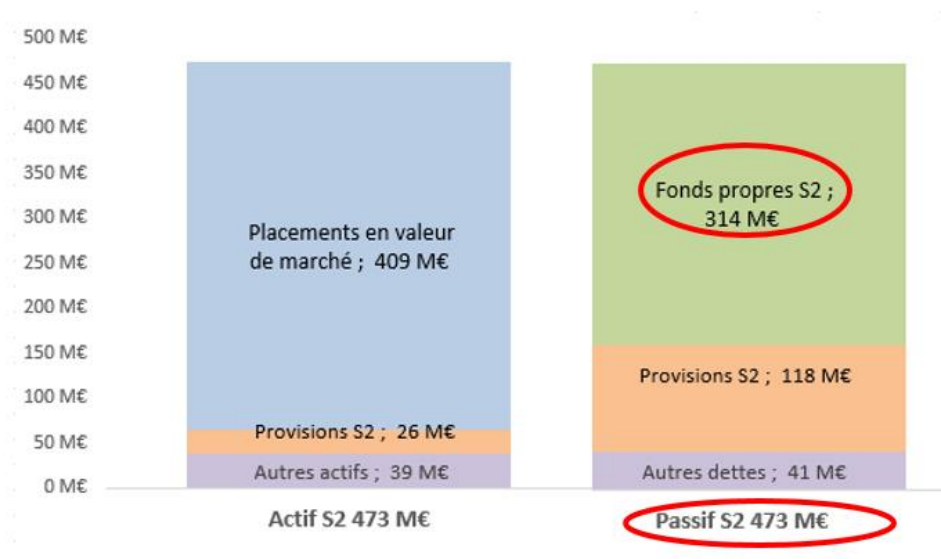
Cette Direction vise à sécuriser tous les aspects liés à la conformité juridique ; elle intègre les services Juridique Produits, Contrôle interne, Conformité. Le RSSI et responsable RSE lui sont également rattachés.

Profil de risque



Le profil de risque de la Mutuelle est déterminé à partir des hypothèses quantitatives de la formule standard du régime Solvabilité 2. Les principaux risques sont les risques financiers (marché et contrepartie) qui pèsent pour 50% et les risques liés à la souscription (Santé et Vie) qui pèsent 44% du SCR total (avant diversification et prise en compte des impôts différés). Le risque opérationnel pèse pour 6%.

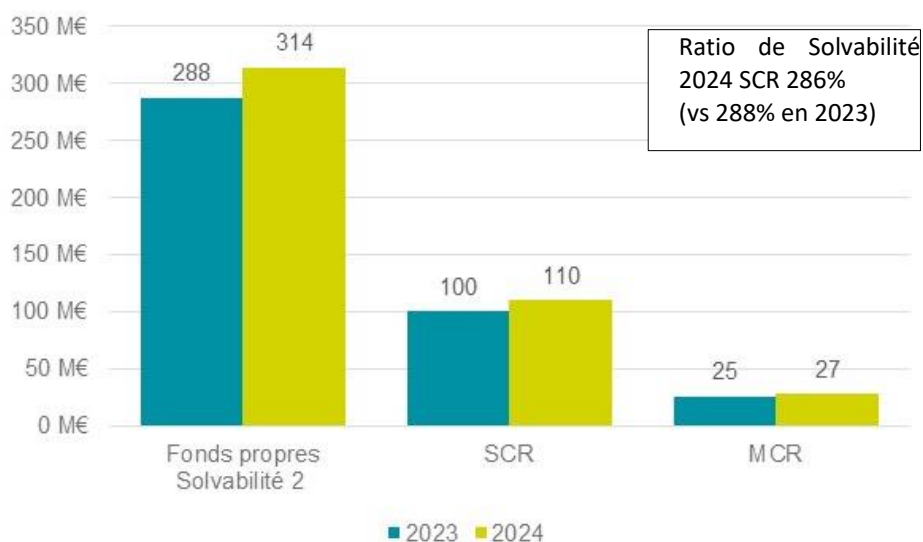
Bilan prudentiel



Le total du bilan en valeurs économiques s'élève à 473 M€ en 2024 et se décompose de la manière suivante :

- ✓ Les placements en valeur de marché s'élèvent à 409 M€ et représentent 86% de l'actif.
- ✓ Les provisions techniques, brutes de réassurance, y compris la marge de risque s'élèvent à 118 M€ et représentent 25% du passif. La marge de risque représente 12% du montant total, soit 10,6 M€
- ✓ Les fonds propres économiques (excédent d'actif sur passif) s'élèvent à 314 M€

Gestion du capital



Le capital de solvabilité requis (SCR) s'élève à 110 M€ en 2024, en hausse de 10% par rapport à 2023. Le montant des fonds propres s'élève 314 M€ en 2024, en hausse de 9% par rapport à 2023.

Les exigences de capital sont largement couvertes par les fonds propres avec un taux de couverture du SCR égal à 286% au 31/12/2024, soit un niveau quasi équivalent au taux de couverture 2023 (288%).

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
 - conventions de participation

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€**
- **Produit décès accident**

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 2024 (en K€)	Poids cotisations brutes
Frais de santé	Santé NSLT-frais médicaux	1	234 199	86%
Dommages corporels (incapacité temporaire)	Santé NSLT-perte de revenus	2	16 963	6%
Dommages corporels (invalidité)	Santé SLT pour l'invalidité	33	10 880	4%
Opérations en cas de décès et de vie	Autres assurances vie	32	11 623	4%
Total			273 665	100%

Les cotisations brutes de la Mutuelle s'élevèrent à 273 665 K€ en 2024, en hausse 8,7% par rapport à 2023.

Cotisations brutes en K€	2023	2024	Evolution	En %
Santé NSLT-frais médicaux LoB 1	215 714	234 199	18 485	8,6%
Santé NSLT-perte de revenus LoB 2	15 141	16 963	1 823	12,0%
Santé SLT pour l'invalidité Lob 33	10 083	10 880	797	7,9%
Autres assurances vie Lob 32	10 715	11 623	908	8,5%
Total	251 653	273 665	22 012	8,7%

L'activité santé représente 86% du total des cotisations ; son chiffre d'affaires augmente de 8,6% en 2024 dans un contexte où le nombre de personnes protégées progresse en moyenne de 1,5% en 2024. L'augmentation du chiffre d'affaires est principalement liée à l'effet renouvellement 2024.

L'activité prévoyance représente 14% du total des cotisations en 2024 ; le LoB 2 progresse de 12% dans un contexte d'augmentation de l'arrêt de travail. Les Lob 33 et 32 progresse d'environ 8% en 2024.

Cotisations nettes de réassurance en K€	2023	2024	Evolution	En %
Santé NSLT-frais médicaux LoB 1	215 265	232 876	17 611	8,2%
Santé NSLT-perte de revenus LoB 2	11 077	12 466	1 390	12,5%
Santé SLT pour l'invalidité Lob 33	7 308	7 935	627	8,6%
Autres assurances vie Lob 32	8 318	9 012	695	8,4%
Total	241 967	262 289	20 322	8,4%

Les cotisations nettes de réassurance s'élevèrent à 262 289 K€, soit une rétention de 96%. La Mutuelle ne cède quasi aucune cotisation sur l'activité santé et se réassure en quote-part à hauteur de 25% sur l'activité prévoyance. Elle couvre également les risques d'intensité en prévoyance à travers la souscription de traités XS tête et XS Cat.

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€	2023	2024	Evolution
Résultat de souscription	6 723	13 951	7 228
Résultat financier net	6 494	7 145	650
Autres éléments non techniques et résultat exceptionnel	-2 466	-4 505	-2 039
Impôts	-2 898	-7 035	-4 136
Résultat après impôt	7 853	9 556	1 703

Le résultat net après IS s'élève à 9 556 K€, en hausse de 1 703 K€ par rapport à 2023. Le résultat 2024 représente environ 3,5% des cotisations brutes, soit un résultat un peu supérieur à celui de 2023 qui représentait 3,1% des cotisations brutes.

La hausse du résultat s'explique par :

- ✓ un résultat de souscription globalement en nette amélioration 13 951 K€ (+ 7 228 K€ par rapport à 2023);
Sur le métier d'assurance, la marge brute s'est nettement améliorée dans un contexte où l'effet volume lié à la hausse du chiffre d'affaires a été amplifié par une amélioration de la sinistralité santé et prévoyance (baisse de 2,5% du ratio P/C).
- ✓ un résultat financier net de 7 145 K€ en hausse de 650 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 – 4 505 K€ en baisse de 2 039 K€ ;
- ✓ une charge d'impôt sur les sociétés de 7 035 K€ comparativement à un IS de 2 898 K€ fin 2023, soit une variation de charge de 4 136 K€

L'amélioration du résultat net 2024 s'explique par l'amélioration des résultats de souscription et financier. La charge d'impôt sur les sociétés est en revanche en hausse par rapport à 2023 dont la charge d'IS était minorée par l'imputation sur le résultat fiscal du déficit reportable constaté en 2022 du fait de la baisse des plus-values actions fiscalisées au fil de l'eau.

1.3. Stratégie de la Mutuelle

L'analyse de l'année 2024 et des faits marquants se concentre sur les deux domaines majeurs du modèle économique d'un organisme d'assurance pour apprécier le positionnement global de la Mutuelle qui sont :

- les événements relatifs à l'activité assurantielle;
- les événements relatifs à la gestion d'actifs.

Ces deux composantes font donc l'objet de développements spécifiques et permettront de justifier la conclusion sur l'appréciation générale de la Mutuelle.

L'activité assurantielle

L'analyse menée s'inscrit dans le respect de la logique des processus métiers de l'activité, à savoir le triptyque :

- commercial, avec l'évolution du portefeuille des adhérents en santé et prévoyance ;
- technique, avec la gestion du risque et des ratios de sinistralité associés ;
- organisationnel, avec la poursuite continue de la recherche de l'optimisation de l'efficacité opérationnelle.

Analyse de l'activité commerciale

Pour rappel, la Mutuelle appartient aux rares exceptions des mutuelles régies par le Code de la Mutualité qui connaissent depuis près d'une décennie une croissance organique du nombre de leurs personnes protégées. En effet, la Mutualité, tout en restant dominante sur le secteur de la complémentaire santé, est confrontée depuis une vingtaine d'années à une attrition de ses parts de marché au profit essentiellement des organismes relevant du code des Assurances.

Sur la période récente des campagnes commerciales des années 2020 à 2023, la Mutuelle a vu son effectif d'assurés en santé d'une part et prévoyance d'autre part croître pour chacun des risques pris séparément de plus de 25 000 personnes protégées.

La campagne commerciale de 2024 dont les effets s'appliqueront sur l'année 2025 démontre un ralentissement du développement, avec une croissance nette des effectifs de 3 500 têtes (personnes protégées) en santé et de 2 200 têtes en prévoyance.

Analyse des éléments techniques

D'un point de vue technique, une rapide analyse pluriannuelle de la croissance de l'effectif adhérents aussi bien en santé qu'en prévoyance a eu une incidence sur le chiffre d'affaires 2024 du fait d'un effet volume.

A cet effet volume, la Mutuelle, comme les autres organismes d'assurance, a dû au cours des années précédentes procéder à des ajustements tarifaires conséquents (impact du Reste à Charge Zéro notamment sur les postes dentaires et audioprothèse, reports d'hospitalisations dus à la priorité donnée par l'appareil hospitalier lors des années précédentes à la gestion de la pandémie, ...), impliquant un effet prix. La combinaison de l'effet volume et prix explique la croissance mécanique du chiffre d'affaires.

Ainsi, sur les 3 dernières années, la croissance annuelle du chiffre d'affaires a été de l'ordre de 9% par an ce qui est intrinsèquement élevé pour une activité comme la protection sociale, qui est à maturité.

La politique de redressement tarifaire pratiquée au titre du renouvellement 2024 a produit ses effets sur l'exercice 2024, amenant une amélioration des ratios techniques. A posteriori, on peut donc affirmer que les hausses appliquées étaient, d'une part, nécessaires dans un contexte d'érosion des ratios des années passées associé à une croissance de la consommation médicale structurelle et, d'autre part, bien dimensionnées puisque le redressement appliqué a permis une amélioration contenue des ratios techniques permettant de demeurer un acteur compétitif sur un marché très concurrentiel.

La maîtrise des frais de fonctionnement, analysée de manière globale (frais d'acquisition et de gestion) permet de considérer que les excédents dégagés par l'activité assurantielle, démontrée par les résultats techniques non-vie et vie, est satisfaisante pour l'exercice 2024. Dit différemment, la Mutuelle n'est absolument pas confrontée à des déséquilibres techniques, qui seraient compensés par la politique de gestion des actifs.

Analyse des aspects organisationnels

Au titre de l'année 2024, la Mutuelle a poursuivi, pour les aspects de gestion, la politique d'amélioration continue en renforçant l'approche digitale afin de proposer une couverture fonctionnelle enrichie, aussi bien pour les adhérents, les correspondants d'entreprises que pour les professionnels de santé.

Le développement de la digitalisation, correspondant à un usage croissant exigé par le consommateur, induit l'apparition de nouveaux risques au sein de la Mutuelle, notamment au regard de la fraude.

La Mutuelle s'est dotée d'applicatifs spécifiques de détection des fraudes s'appuyant sur de l'intelligence artificielle et de l'analyse pluriannuelle, en masse, de données multicritères.

On estime qu'au titre de 2024 l'économie associée à l'ensemble des actions de lutte contre la fraude (recouvrement et évitement) s'élève pour la partie santé à 3,3 M€. Il est clair que cette démarche s'inscrit dans un processus d'amélioration continue qui est amené inéluctablement à évoluer pour rester performant.

Ces actions renforcées de lutte contre la fraude ont nécessité la création d'une organisation dédiée, allant de l'analyse des atypies jusqu'à la conduite d'actions judiciaires pouvant amener la Mutuelle dans certains cas à mener des actions relevant des juridictions pénales.

Toujours dans une optique d'optimisation des services de gestion, la Mutuelle a pu en 2024 finaliser la rationalisation de ses services de gestion, qui sont regroupés dorénavant exclusivement sur les sites de Toulouse et d'Agen, avec deux pôles significatifs de plus de 80 gestionnaires ; chacun permettant une meilleure mutualisation des moyens et sécurisation des process. Cette rationalisation s'est faite sans heurt au niveau social.

Enfin, il est apparu souhaitable pour la Mutuelle de faire évoluer en 2024 son organisation en créant un département conformité ayant un périmètre assez large. Ce nouveau département, qui comprend une douzaine de collaborateurs avec plusieurs recrutements de compétences nouvelles couvre aussi bien les sujets en lien avec les différentes autorités (ACPR, CNIL, Tracfin...) avec lesquelles la Mutuelle coopère, les juristes métiers, le Responsable de la Sécurité des Services Informatiques (RSSI) en lien avec le projet DORA, ou encore les enjeux avec l'application à venir de la CSRD.

De manière plus large, la création de ce service permet de répondre à une conviction profonde que dans les années à venir :

- les enjeux règlementaires seront croissants ;
- le développement du digital et de l'intelligence artificielle nécessitent un renforcement des dispositifs de cybersécurité s'inscrivant dans le cadre de la résilience informatique ;
- les enjeux de développement durables avec la taxonomie européenne et la mesure de la performance extra-financière de la Mutuelle avec des obligations de publication sont inéluctables.

Ces éléments constituent une puissante lame de fond à laquelle la Mutuelle doit se préparer et adapter son organisation.

En synthèse, l'activité assurantielle en 2024 peut être considérée comme satisfaisante, les incertitudes liées au contexte économique, financier et politique incitent à une certaine prudence pour 2025.

La gestion des actifs

En complément de l'activité assurantielle, le deuxième moteur de performance de la Mutuelle est la gestion des actifs financiers. Ce constat est d'autant plus vrai pour PréviFrance qui dispose de fonds propres économiques conséquents. Par ailleurs, la qualité d'organisme preneur de risque en prévoyance contribue à la constitution de provision métiers d'un montant significatif, qui s'intègre dans la politique de placements.

La représentation à l'actif de ses ressources se décompose en plusieurs classes d'actifs assez conventionnelles pour un organisme d'assurance. La différenciation dans l'allocation d'actifs se situe plutôt sur les pondérations retenues pour les classes d'actifs concernées.

Parmi ces classes d'actifs, on peut mentionner les composantes :

- immobilière ;
- de produits de taux, constituée de la poche obligataire et la poche de trésorerie financière ;
- actions
- des actifs non liquides, représentés par la dette privée et les investissements en fonds propres dans des sociétés non cotées.

La composante immobilière en 2024 est représentée par l'immobilier d'exploitation et la détention de titres de SCI, représentatifs d'immeubles détenus en propre dont la finalité est du rendement locatif. La valorisation globale de l'immobilier d'exploitation reste relativement stable malgré un contexte immobilier très dégradée, du fait d'évaluations antérieures prudentes et d'actifs de bonne qualité qui donnent au portefeuille une bonne résistance.

L'immobilier locatif résiste particulièrement bien à la crise du fait du renouvellement fin 2023 de baux avec des preneurs de premier rang qui voient dans les actifs loués un élément essentiel de leur activité, si bien qu'une légère amélioration de la valorisation a pu être constatée.

Concernant l'allocation d'actifs des valeurs mobilières, la Mutuelle a poursuivi le maintien de son allocation stratégique, chacune des classes bénéficie d'une marge d'allocation tactique à la hausse ou à la baisse.

Concernant la composante produits de taux, la mutuelle a au cours des dernières années renforcé la composante obligataire afin de capter au mieux, et dans la durée, des taux d'intérêt élevés dans un contexte où les banques centrales ont en 2024 amorcé une baisse de taux.

Par ailleurs, afin de sécuriser un rendement actuariel élevé pour les années à venir, la Mutuelle n'a pas hésité en 2024 à poursuivre une politique d'externalisation de moins-values sur le portefeuille obligataire issues de la vente de lignes anciennes acquises à des conditions très faibles pour les remplacer par des lignes aux conditions de marché actuelles beaucoup plus élevées. Ces moins-values ont été financées par l'externalisation de plus-values issues de la gestion actions, décrite ci-après. A la fin 2024, le portefeuille obligataire est en position de plus-value latente nette.

Pour la poche actions, l'année 2024 a démontré une croissance assez régulière, si bien que la Mutuelle n'a cherché que très marginalement à capter des points d'entrée et a plutôt tiré profit de valorisations élevées pour dégager des plus-values. Etant donné l'ancienneté de la constitution de cette poche actions, l'encours en valeur de marché est constitué de plus-values latentes significatives.

Enfin, pour la partie des actifs illiquides, la Mutuelle a poursuivi sa politique de diversification par rapport aux actifs liquides. Etant donné le caractère intrinsèquement plus risqué de cette classe d'actifs, la Mutuelle a poursuivi une démarche de granularité fine en ayant recours à de multiples acteurs spécialisés avec des investissements unitaires relativement faibles.

En synthèse, la politique de gestion des actifs revêt un caractère essentiel pour la bonne marche de la Mutuelle. Prévifrance a bénéficié en 2024 de niveaux de taux d'intérêt élevés applicables à une assiette obligataire renforcée depuis plusieurs années. Il est important de souligner que la Mutuelle n'a pas pratiqué jusqu'à présent d'externalisation de plus-values qui viendrait augmenter un résultat financier

dont la finalité serait de compenser des résultats techniques dégradés. Les actifs financiers contribuent à la rentabilité de la Mutuelle grâce à la rémunération des actifs sous gestion, sans la réalisation d'élément exceptionnel.

Conclusion

L'année 2024 peut être considérée comme satisfaisante tant pour l'activité assurantielle que la gestion des actifs, la Mutuelle demeure confiante dans le maintien pour les années futures d'un résultat net de 3% du CA.

Le taux de couverture du ratio de solvabilité sur la base des comptes 2024 dans le référentiel solvabilité II est en très légère baisse à 286%, contre 288% au 31.12.2023.

L'accroissement du SCR « de base » (+12%), avant prise en compte des impôts différés, est lié d'une part à un développement de l'activité assurantielle et donc à l'augmentation de prise de risque associée et d'autre part aux incidences de la politique des placements du fait de l'accroissement des provisions métiers qui se retrouvent dans la gestion des actifs.

Les fonds propres étant en progression de 9%, l'explication de la quasi-stabilité du taux de couverture réside dans le fait que le SCR opérationnel ne progresse que de 9% et que, les impôts différés étant en forte hausse, leur capacité d'absorption des pertes s'accroît : le SCR total n'augmente par conséquent que de 10%.

Dès lors que l'organisme a un taux de couverture initial élevé, comme c'est le cas pour Prévifrance, et quand bien même le développement respecte les fondamentaux techniques, il est logique qu'il soit dilutif. Une autre présentation consiste à considérer que la situation bilantielle favorable de la Mutuelle lui permet de financer son développement 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€	2023	2024	Evolution	En %
1 - Cotisations brutes	251 653	273 665	22 012	8,7%
2 - Produits de placements alloués	1 959	2 414	455	23,2%
3 - Charge de sinistres brute*	-217 846	-228 634	- 10 787	5,0%
5 - Frais d'acquisition et d'administration	- 24 054	- 25 630	- 1 575	6,5%
6 - Autres charges techniques	- 4 085	- 5 073	- 988	24,2%
Résultat technique (=1+2+3+4+5)	7 626	16 743	9 116	119,5%

Résultat net de réassurance

Comptes techniques en K€	2023	2024	Evolution	En %
1 - Cotisations nettes	241 967	262 289	20 322	8,40%
2 - Produits de placements alloués	1 959	2 414	455	23,2%
3 - Charge de sinistres nette*	-210 123	-221 302	-11 179	5,3%
5 - Frais d'acquisition et d'administration	-22 995	-24 377	-1 382	6,0%
6 - Autres charges techniques	-4 085	-5 073	-988	24,2%
Résultat technique (=1+2+3+4+5)	6 723	13 951	7 228	107,5%

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

Charge de sinistres / Cotisations nettes (P/C)	86,8%	84,4%	-2,5%	
Frais et autres charges techniques / cotisations nettes	11,2%	11,2%	0,0%	

Les cotisations brutes s'élèvent à 273 665 K€, en augmentation de 8,7% en 2024. Les cotisations nettes de réassurance ont quant à elles augmentées de 8,4% ; elles s'élèvent à 262 289 K€.

L'augmentation du chiffre d'affaires s'explique principalement par les effets du renouvellement 2024 tant en santé qu'en prévoyance.

Les produits de placements alloués au compte technique sont en hausse par rapport à 2023 (+455 K€) ; ce poste bénéficie de la hausse des taux qui améliore le rendement des poches obligataire et trésorerie financière.

Parallèlement à l'augmentation des cotisations, la charge de sinistres (y compris la charge des provisions techniques) nette de réassurance s'élève à 221 302 K€, en hausse de 5,3% par rapport à 2023. Cette évolution traduit une amélioration des équilibres techniques qui s'explique par une amélioration du P/C santé en 2024 et par une charge de provisions moins importante en 2024 au titre des engagements de prévoyance. Sur l'activité santé, les prestations ont connu une dérive inférieure aux anticipations ce qui a permis de ramener le ratio P/C au niveau de 2022 après une dégradation en 2023.

Le cumul des frais d'acquisition, frais d'administration et autres charges techniques augmente de 8,8%, soit une progression en ligne avec l'augmentation du chiffre d'affaires. Cette augmentation s'explique également par la décision de la Mutuelle de limiter ses frais en 2023 dans un contexte où les prestations santé avaient fortement dérivé sur le premier trimestre 2023. Certaines dépenses de

communication en particulier, suspendues en 2023, ont été réalisées en 2024 expliquant ainsi l'évolution des frais de +8,8%.

Le résultat technique, matérialisé par l'écart entre les cotisations et la charge de sinistres diminué des frais et charges techniques, s'élève 13 951 K€. Ce résultat est en nette hausse entre 2023 et 2024 grâce à l'augmentation du chiffre d'affaires et à la politique de renouvellement 2024 qui a permis d'améliorer le ratio P/C après une dérive constatée en 2023.

3. Résultats des investissements

Résultat financier en K€	2023	2024	Evolution
Revenus nets des placements	7 940	9 732	1 792
Plus-values réalisées	3 919	2 510	-1 409
Moins-values réalisées	-2 828	-2 232	596
Charge de placements	-733	-661	72
Total résultat de placements	8 298	9 350	1 052
Placements transférés au compte technique non-vie	-1 804	-2 205	-402
Total résultat des placements nets des placements transférés	6 494	7 145	650

En 2024, le résultat financier s'élève à 7 145 K€, en hausse de 650 K€ par rapport à 2023.

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 de même montant en 2024) dans le contexte persistant de niveaux élevés de taux (observation sur les 15 dernières années).

Cette poursuite de la hausse de rendement obligataire se concrétise dans le résultat financier 2024, alors que la rémunération de la trésorerie court terme (indexée sur le taux de dépôt BCE) commence à décroître.

4. Résultats des autres activités

Autres activités en K€	2023	2024	Evolution
Produits non techniques	1 423	1 659	236
Charges non techniques	-5 831	-6 094	-263
Résultat exceptionnel	1 941	-70	-2 011
Éléments non techniques	-2 466	-4 505	-2 039
Impôt sur le résultat	-2 898	-7 035	-4 136
Autres éléments de résultat	-5 365	-11 540	-6 175

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 1 659 K€ en 2024.

Les charges non techniques représentent 6 094 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 2024 une charge de 7 035 K€

5. Autres informations

Prévifrance n'a pas d'autres éléments significatifs à ajouter concernant l'activité et les résultats sur l'exercice 2024.

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.

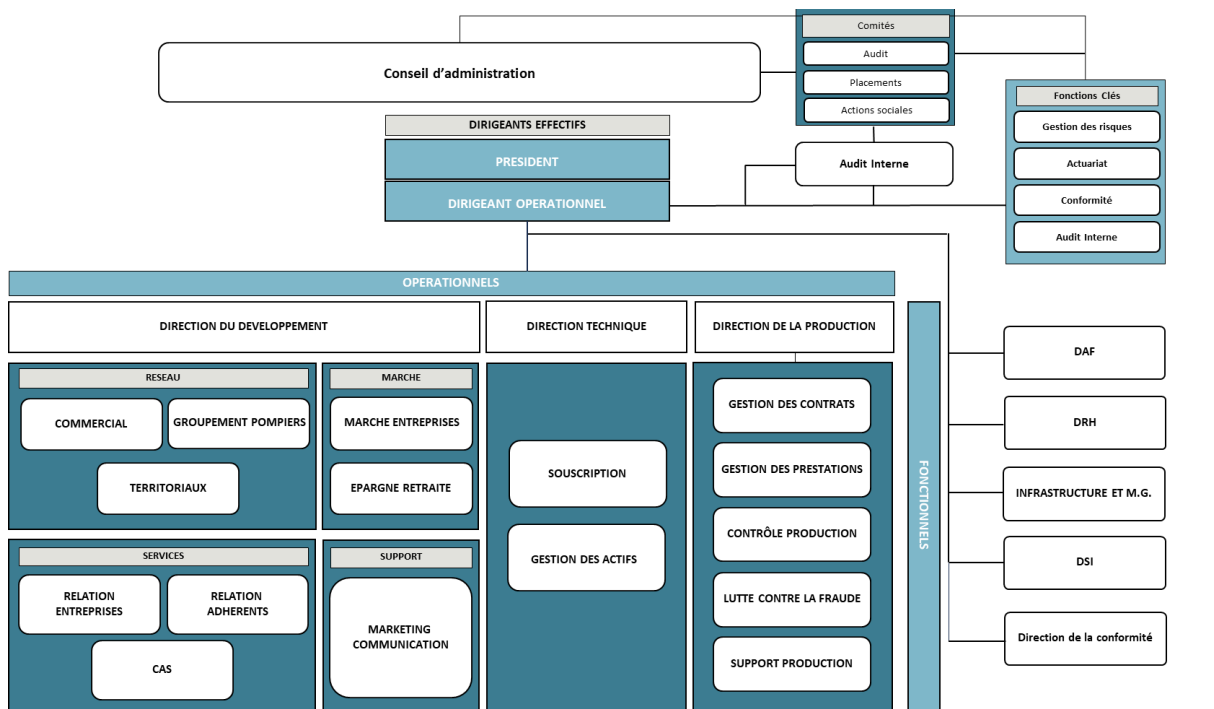
La gouvernance de la Mutuelle est fondée sur la complémentarité de ses membres et s'articule autour d'aspects politiques et opérationnels ayant pour but la réalisation des objectifs.

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 31/12/2024

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 08 février 2024 a renouvelé Monsieur Bernard ERNST dans sa fonction de Président de la Mutuelle.

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. 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 :

- 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

Une direction conformité a été créée en 2024, elle regroupe les services :

- Juridique Produits
- RSSI
- RSE / Durabilité / CSRD
- Conformité
- Contrôle interne

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 3 avril 2025, définit les règles et principes régissant la rémunération des collaborateurs de la Mutuelle PréviFrance en cohérence avec les orientations stratégiques et budgétaires.

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, participation aux bénéfices, intéressement aux résultats) 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° 2022-I-25 pour les Dirigeants et pour les Responsables des Fonctions Clés.

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, ...)
- Réalise les contrôles de second niveau définis dans le cadre du plan de contrôle interne.

Audit Interne

L'Audit Interne :

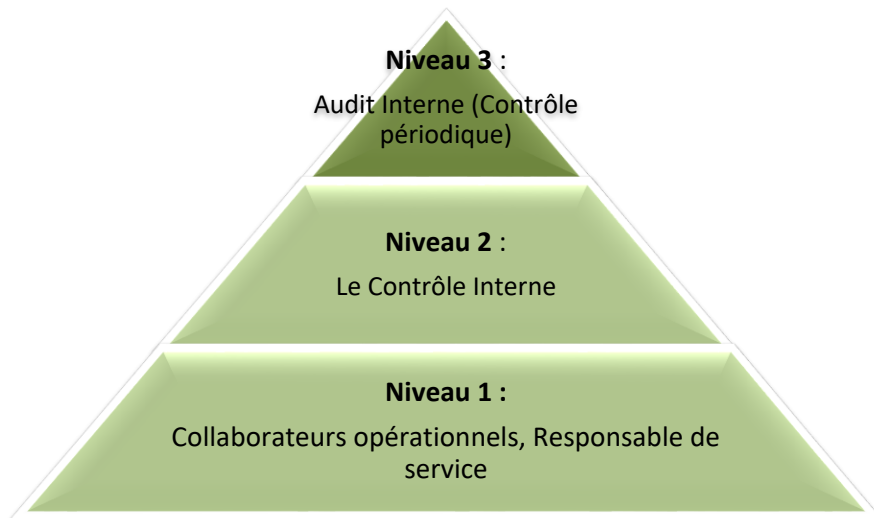
- traite de la déclinaison opérationnelle de la politique,
- analyse et suit les indicateurs de risques,
- alerte en cas de dépassement des seuils de risque,
- alerte de tout dysfonctionnement significatif relevé,
- a la capacité d'alerter directement les Dirigeants Effectifs et/ou tout membre du Conseil 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,

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 concernant la bonne application des modes opératoires opérationnels.

Ces contrôles 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 efficience et efficacité tout en garantissant la cohérence des objectifs.

Le service de Contrôle Interne s'assure de l'efficacité et de la conformité des dispositifs de la Mutuelle. Le dispositif de contrôle interne 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 l'auditeur interne de la Mutuelle. Le plan d'audit annuel, son exécution, les observations formulées lors des missions, les recommandations et leurs suivis sont présentés par l'auditeur interne en comité d'audit.

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, dont la cible est 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 durées 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-remboursement par les adhérents ou les professionnels de santé de prestations indues.
- 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 sur 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.
- La régularité des flux de remboursement du portefeuille obligataire.

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 débloquée 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 31/12/2024.

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€) :

Bilan - Actif (en k€)			
ACTIF	Valorisation Solvabilité I	Valorisation Solvabilité II	Ecart
Goodwill			
Autres incorporels	1 059	0	-1 059
Immobilier d'exploitation	23 453	29 078	5 625
Investissements (hors actifs représentatifs des contrats en UC)	327 077	380 066	52 989
<i>Immobilier hors exploitation</i>	0	0	0
<i>Participations</i>	3 536	5 507	1 970
<i>Actions cotées (hors participations)</i>	0	0	0
<i>Actions non cotées (hors participations)</i>	1 512	6 121	4 608
<i>Obligations souveraines</i>	70 595	70 863	269
<i>Obligations corporate (ABS)</i>	138 358	141 448	3 090
<i>Obligations corporate (autres)</i>	200	184	-16
<i>Produits structurés</i>	0	0	0
<i>Fonds d'investissement</i>	91 069	134 137	43 068
Dérivés	0	0	0
<i>Dépôts bancaires à long terme</i>	21 807	21 807	0
<i>Autres investissements</i>	0	0	0
Actifs représentatifs des contrats en UC	0	0	0
Dépôts espèces chez les cédantes	0	0	0
Prêts	1 188	936	-252
<i>Prêts sans collatéral</i>	1 188	936	-252
<i>Prêts avec collatéral (autres que avances sur contrats)</i>	0	0	0
<i>Avances sur contrats</i>	0	0	0
Créances sur les réassureurs	28 229	25 731	-2 498
<i>dont IARD</i>	0	0	0
<i>dont Santé non-SLT</i>	15 983	15 541	-442
<i>dont Santé SLT</i>	9 664	9 141	-524
<i>dont Vie (hors UC)</i>	2 581	1 048	-1 533
<i>dont Vie UC</i>	0	0	0
<i>Autres</i>	0	0	0
Créances sur les SPV	0	0	0
Créances sur les intermédiaires	17 104	17 104	0
Excédent du régime d'engagements sociaux	0	0	0
Impôts différés actifs	0	0	0
<i>Différences temporaires déductibles</i>	0	0	0
<i>Report de pertes fiscales et de crédits d'impôts non utilisés</i>	0	0	0
<i>Non réalisable dans un délai raisonnable</i>	0	0	0
Caisses et comptes courants bancaires	14 173	14 173	0
Dépôts bancaires court terme	0	0	0
Capital appelé non payé	0	0	0
Autres actifs	1 353	1 353	0
Total d'actif	418 589	473 394	54 805

Le montant de l'actif en normes S2 s'élève à 473 394 K€ à comparer avec un total de 418 589 K€ en comptes sociaux, soit un écart de 54 805 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) : + 43 068 K€
- immobilier d'exploitation : + 5 625 K€
- actions non cotées (parts de SCI) : + 4 608 K€
- obligataire : + 3 343 K€
- participations : + 1 970 K€

On constate également que la valeur des immobilisations incorporelles est ramenée à zéro (- 1 059 K€ en variation) et une diminution de la valeur des provisions cédées de 2 498 K€ liée au différentiel entre la courbe des taux au 31/12/2024 et le taux technique retenu dans les comptes sociaux.

1.2. Présentation du bilan passif

PASSIF	Valorisation Solvabilité I	Valorisation Solvabilité II	Ecart
Provisions techniques brutes – IARD	0	0	0
<i>Provisions techniques calculées comme un tout (Best estimate + Marge de risque)</i>	0	0	0
<i>Best Estimate</i>	0	0	0
<i>Marge de risque</i>	0	0	0
Provisions techniques brutes - Santé (non-SLT)	81 460	84 987	3 527
<i>Provisions techniques calculées comme un tout (Best estimate + Marge de risque)</i>	81 460	0	-81 460
<i>Best Estimate</i>	0	77 057	77 057
<i>Marge de risque</i>	0	7 930	7 930
Provisions techniques brutes - Santé (SLT)	25 719	27 190	1 471
<i>Provisions techniques calculées comme un tout (Best estimate + Marge de risque)</i>	25 719	0	-25 719
<i>Best Estimate</i>	0	25 129	25 129
<i>Marge de risque</i>	0	2 061	2 061
Provisions techniques brutes - Vie (hors UC)	10 315	6 313	-4 002
<i>Provisions techniques calculées comme un tout (Best estimate + Marge de risque)</i>	10 315	0	-10 315
<i>Best Estimate</i>	0	5 712	5 712
<i>Marge de risque</i>	0	601	601
Dépôts espèces des réassureurs	0	0	0
Dettes d'assurance	8 374	8 374	0
Dettes de réassurance	2 513	2 513	0
Impôts différés passif	0	3 221	3 221
Provisions autres que provisions techniques	1 155	1 155	0
Dettes bancaires	1 368	1 359	-8
Autres dettes financières	0	0	0
Dettes (hors assurance)	24 672	24 672	0
Autres passifs (hors passifs subordonnés)	0	0	0
Total Passif	155 575	159 784	4 208
ACTIFS MOINS PASSIFS	263 014	313 610	50 597

Le montant du passif en normes S2 s'élève à 159 784 K€ à comparer avec un total de 155 575 K€ dans les comptes sociaux, soit un écart de 4 208 K€.

Les écarts entre provisions techniques en normes S2 vs normes S1 sont :

- ✓ positifs pour l'activité non vie, avec un écart négatif sur les provisions best estimate principalement du fait de l'actualisation avec la courbe des taux S2 et un écart positif avec la prise en compte de la marge de risque sous S2 ;
- ✓ négatifs pour l'activité vie principalement par la prise en compte d'une provision BE de prime négative.

BILAN en K€	Valorisation Solvabilité II	Valorisation Solvabilité I	Ecart
Total actif	473 394	418 589	54 805
Total passif	159 784	155 575	4 208
Actif moins passif	313 610	263 014	50 597

Les passifs valorisés à leur valeur prudentielle représentent 159 784 K€ pour un actif égal à 473 394 K€. Les fonds propres économiques correspondant à l'actif net s'élèvent ainsi à 313 610 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 par une méthode alternative, qui est le multiple appliqué aux commissions reçues observé en moyenne sur le marché.

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 par proxy à partir des informations du prospectus, ou choquées en actions type 2 (+ devise éventuellement).

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) 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 ».

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

Elles figurent au bilan prudentiel à leur valeur nette comptable.

j) 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

r_t 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 31/12/2024 d'un impôt différé net passif, d'un montant de 3 221 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 313 610 K€ au 31/12/2024, soit une hausse de 26 022 K€ par rapport à leur valeur au 31/12/2023.

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€	2023	2024	Ecart
Valeur de marché des actifs	428 848	473 394	44 546
Fair value des passifs (net de réassurance)	141 260	159 784	18 523
Fonds propres économiques	287 588	313 610	26 022

L'augmentation des fonds propres Solvabilité 2 s'explique principalement par les variations suivantes :

✓	une hausse des plus values latentes sur :	
	• la poche actions et actifs illiquides	+ 11 M€
	• la poche obligataire	+ 4 M€
	• les poches immobilier et participations	+ 4 M€
✓	l'évolution des impôts différés (dette)	- 2 M€
✓	un résultat excédentaire en 2024	+ 10 M€
✓	Autres	- 1 M€
		+ 26 M€

1.2. Fonds propres S2 vs fonds propres sociaux

Les fonds propres prudentiels s'élèvent à 313 610 K€, à comparer à des fonds propres sociaux de 263 014 K€, soit un écart de 50 597 K€.

BILAN en K€	Valorisation Solvabilité II	Valorisation Solvabilité I	Ecart
Total actif	473 394	418 589	54 805
Total passif	159 784	155 575	4 208
Actif moins passif	313 610	263 014	50 597

2. Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis

2.1. Capital de solvabilité requis

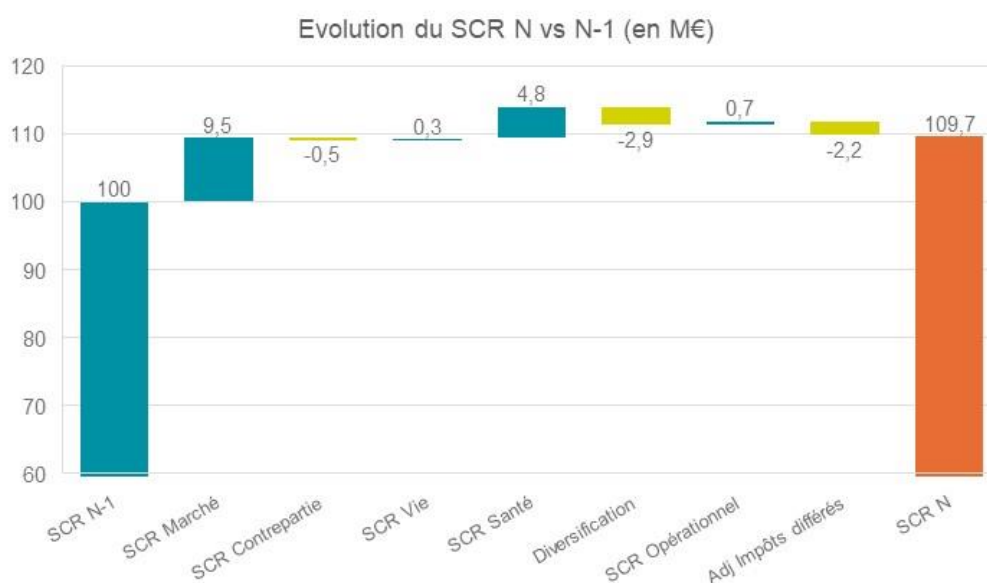
La Mutuelle utilise uniquement la formule standard pour ses besoins de calcul du capital de solvabilité requis (SCR). Aucune simplification ou paramètre propre à la Mutuelle n'a été utilisé pour les besoins du calcul du SCR.

Le montant du capital de solvabilité requis (SCR) s'élève à 109 701 K€ au 31/12/2024, soit une hausse de 9 720 K€ par rapport à 2023 (+10%). Cette évolution est pour les 2/3 liée à la hausse du SCR de marché et pour 1/3 à celle des SCR de souscription.

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

En K€	2023	2024	Evolution	En %
SCR	99 980	109 701	9 720	10%
BSCR	93 209	104 487	11 277	12%
Risque de marché	57 295	66 802	9 506	17%
Défaut de contrepartie	6 235	5 743	-492	-8%
Souscription vie	4 680	4 979	299	6%
Souscription santé	55 803	60 621	4 818	9%
<i>Effets de diversification</i>	-30 804	-33 659	-2 855	9%
Incorporels	0	0	0	
Opérationnel	7 758	8 435	677	9%
Adj. Impôts différés	-986	-3 221	-2 234	

Le graphique ci-dessous présente l'analyse de l'évolution du SCR entre 2023 et 2024 par module.



La hausse du SCR est principalement liée à la hausse du SCR marché 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 » (+2,86% fin 2024 contre 1,46% fin 2023). L'augmentation du SCR de souscription (santé et vie) s'explique quant à elle par l'augmentation du chiffre d'affaires.

2.2. Minimum de capital de requis

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

en K€	2023	2024	Evolution
MCR global	99 980	109 701	9 720

Le montant du MCR correspond en 2023 et 2024 à la valeur plancher de la formule standard (25% du SCR).

2.3. Taux de couverture SCR / MCR

Le montant du SCR 2024 s'élève à 109 701 K€ pour des fonds propres éligibles de 313 610 K€, soit un taux de couverture de 286%, quasi stable par rapport à 2023 (288%).

En K€	2023	2024	Evolution
Fonds propres Solvabilité 2	287 588	313 610	26 022
SCR	99 980	109 701	9 720
MCR	24 512	27 425	2 913
Taux de couverture du SCR	288%	286%	-2%
Taux de couverture du MCR	1173%	1144%	