

# MGP SANTÉ

## RAPPORT SUR LA SOLVABILITÉ ET LA SITUATION FINANCIÈRE 2016

VALIDÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION LORS DE SA SÉANCE DU 18 MAI 2017



MGP est  
membre d'  
**UNEOPOLE**  
la communauté  
sécurité défense

## Table des matières

SYNTHÈSE .....	5
<b>1 A. ACTIVITÉ ET RÉSULTATS .....</b>	<b>6</b>
1.1 A.1 Activité .....	6
1.2 A.2 Résultats de souscription .....	7
1.3 A.3 Résultats des investissements .....	8
1.4 A.4 Résultats des autres activités .....	8
1.5 A.5 Autres informations .....	9
<b>2 B. SYSTEME DE GOUVERNANCE .....</b>	<b>9</b>
2.1 B.1 Informations générales sur le système de gouvernance.....	9
2.1.1 Les grands principes de gouvernance .....	10
2.1.2 Prise de décision.....	18
2.1.3 Pratique et politique de rémunération.....	20
2.2 B.2 Exigences de compétence et d'honorabilité.....	21
2.2.1 Évaluation de l'honorabilité .....	22
2.2.2 Évaluation de la compétence.....	22
2.3 B.3 Système de gestion du risque y compris l'évaluation interne des risques et de la solvabilité .....	24
2.3.1 Organisation du système.....	24
2.3.2 Processus de gestion des risques .....	25
2.3.3 ORSA.....	29
2.3.4 Principe de la « personne prudente » et système de gouvernance .....	30
2.4 B.4 Système de contrôle interne .....	32
2.4.1 Environnement de contrôle interne .....	32
2.4.2 Description et évaluation du dispositif .....	34
2.5 B.5 Fonction d'audit interne .....	38
2.6 B.6 Fonction actuarielle .....	38
2.7 B.7 Sous-traitance .....	39
2.7.1 Définition d'une fonction / activité considérée comme importante ou critique ..	40
2.8 B.8 Autres informations .....	40
<b>3 C. PROFILS DE RISQUES .....</b>	<b>41</b>
3.1 C.1 Risque de souscription .....	41
3.2 C.2 Risque de marché .....	42
3.3 C.3 Risque de crédit.....	42
3.4 C.4 Risque de liquidité.....	42
3.5 C.5 Risque opérationnel .....	43

3.5.1	Appréhension du risque opérationnel au sein de la mutuelle .....	43
3.5.2	Mesure du risque opérationnel au sein de la mutuelle .....	43
3.5.3	Maîtrise du risque opérationnel .....	44
3.6	C.6 Autres risques importants .....	44
4	D. VALORISATION À DES FINS DE SOLVABILITÉ .....	44
4.1	D.1 Actifs .....	44
4.1.1	Présentation du bilan prudentiel .....	44
4.1.2	Périmètre et méthode d'évaluation .....	46
4.2	D.2 Provisions techniques .....	47
4.2.1	Périmètre et méthode d'évaluation .....	47
4.2.2	Segmentation des garanties .....	47
4.2.3	Best Estimate .....	48
4.2.4	Marge pour risque .....	50
4.2.5	Synthèse des provisions techniques .....	51
4.3	D.3 Autres passifs .....	51
4.3.1	Impôts différés .....	51
4.3.2	Autres passifs .....	51
4.4	D.4 Méthodes de valorisation alternatives .....	52
4.5	D.5 Autres informations .....	52
5	E. GESTION DU CAPITAL .....	52
5.1	E.1 Fonds propres .....	52
5.1.1	Structure et montant des fonds propres .....	52
5.1.2	Qualité, clauses et conditions attachées aux éléments de fonds propres .....	53
5.1.3	Comparaison des fonds propres prudentiels et des fonds propres sociaux .....	53
5.1.4	Gestion des fonds propres .....	53
5.2	E.2 Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis .....	54
5.2.1	SCR : risque de marché .....	54
5.2.2	SCR : risque de contrepartie .....	55
5.2.3	SCR : risque de souscription santé .....	56
5.2.4	Risque de souscription non-vie .....	56
5.2.5	Évaluation du SCR .....	57
5.2.6	MCR .....	59
5.3	E.3 Utilisation du sous-module « risque sur actions » fondé sur la durée dans le calcul du capital de solvabilité requis .....	60
5.4	E.4 Différences entre la formule standard et tout modèle interne utilisé .....	60

5.5	E.5 Non-respect du minimum de capital requis et non-respect du capital de solvabilité requis .....	60
5.6	E.6 Autres informations .....	60

## SYNTHÈSE

La Mutuelle Générale de la Police dite MGP Santé est une mutuelle pratiquant des opérations d'assurance. Elle est soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité. Elle est immatriculée sous le numéro 775 671 894. Elle propose à ses membres participants et à leurs ayants droit les prestations relevant des branches d'assurance accidents (branche 1), maladie (branche 2), caution (branche 15) et assistance (branche 18).

Personne morale de droit privé à but non lucratif, MGP Santé se finance essentiellement au moyen des cotisations de ses membres participants. Sa vocation est d'organiser pour et avec ses membres participants, les réponses aux besoins sociaux qu'ils expriment globalement.

MGP Santé met en œuvre la solidarité entre ses membres participants. Elle développe une action d'intérêt général en favorisant l'accès aux soins et l'amélioration de la protection de ses membres participants et de leurs ayants droit.

La gouvernance de la mutuelle repose sur les trois types d'acteurs suivants :

- Le conseil d'administration ;
- Les dirigeants effectifs ;
- Les fonctions clés.

Cette gouvernance repose sur le respect de deux principes essentiels :

- Le principe des quatre yeux ;
- Le principe de la personne prudente.

En 2016, le conseil d'administration a décidé, sur proposition de son président, de mettre fin à la fonction du dirigeant opérationnel puis de nommer un dirigeant opérationnel à titre transitoire dont les fonctions ont pris fin le 2 février 2017 et auquel a succédé un nouveau dirigeant opérationnel.

Le 19 octobre 2016, le responsable de la fonction actuarielle a remplacé le responsable transitoire de la fonction qui avait été désigné dans l'attente du recrutement d'une personne.

Le profil de risques de MGP Santé n'a pas évolué de manière significative.

Pour l'exercice 2016, la mutuelle présente les indicateurs de référence suivants :

Indicateurs de référence (en K€)	2016	2015	Evolution en %
Cotisations nettes de taxes	153 506	158 947	- 3 %
Résultat de souscription	-3 155	-1 242	-154 %
Fonds propres Solvabilité 2	161 879	152 554	6 %
Ratio de couverture du SCR	330 %	316 %	5 %
Ratio de couverture du MCR	1321 %	1264 %	5 %

# 1 A. ACTIVITÉ ET RÉSULTATS

## 1.1 A.1 Activité

La Mutuelle Générale de la Police dite MGP Santé est régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité et est inscrite sous le numéro de SIREN 775 671 894

Créée par des policiers, pour des policiers, la Mutuelle Générale de la Police dite MGP Santé est le fruit de regroupements successifs de mutuelles locales, départementales, régionales ou nationales.

Jusqu'en 2002, la structure de la Mutuelle Générale de la Police se composait de la Mutuelle MGP assurant les activités non-vie et d'une Caisse Autonome qui assurait les activités vie de la Mutuelle Générale de la Police.

En application du nouveau Code de la mutualité, la Mutuelle Générale de la Police ne pouvant plus offrir simultanément à ses membres des prestations d'assurance caution et des prestations d'assurance vie, a procédé à une scission de ses activités et a apporté à la nouvelle mutuelle MGP AMIES, créée à cet effet, l'activité d'assurance vie comprenant l'allocation d'un capital décès statutaire et d'un pécule retraite.

Par ailleurs, en application de l'article L. 211-5 du Code de la mutualité et aux termes d'une convention de substitution, en date du 26 décembre 2002, MGP Santé se substitue intégralement, au titre des opérations d'assurance relevant des branches 1 - Accidents et 2 - Maladie, à MGP AMIES pour la constitution des garanties et l'exécution des engagements que cette dernière souscrit à l'égard d'une partie de ses membres participants et de leurs ayants droit.

La mutuelle, en application de l'article L. 621-2 du Code monétaire et financier, est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 61 rue Taitbout, 75009 Paris.

La mutuelle a donné mandat pour la certification de ses comptes annuels aux cabinets :

- KPMG SA sis Tour Echo 2 avenue Gambetta 92066 Paris La Défense Cedex représenté par Michèle VIGEL et
- TUILLET Audit sis 29 rue du Pont 92200 Neuilly sur Seine représenté par Cyril BROGNIART.

En tant que porteur de risques, MGP Santé propose à ses membres participants et à leurs ayant droit les prestations relevant des branches d'assurance ci-après :

- En application de l'arrêté du 27 mai 2003 portant agrément d'une mutuelle publié au Journal officiel de la République française n°135 du 13 juin 2003 (page 9964, texte n° 19) :
  - Accidents (branche 1) ;
  - Maladie (branche 2) ;
  - Caution (branche 15) ;

- En application de la décision n°2015-C-20 du 26 mars 2015 portant extension d'agrément d'une mutuelle publiée au Journal officiel de la République française n°0079 du 3 avril 2015 (texte n° 82) :
  - Assistance (branche 18).

Les garanties assurées par la mutuelle sont donc des garanties d'assurance de frais médicaux, d'assurance de protection de revenu, de caution et d'assistance dont la commercialisation intervient sur le territoire français.

Par ailleurs, la mutuelle détient les participations suivantes dans les entreprises liées significatives :

Nom	Forme juridique	Pays	Quote-part détenue	Activité
Timpae	SAS	France	74,59 %	Fourniture de prestations de services notamment techniques, administratives, juridiques, fiscales, comptables ou financière, et pilotage de ses filiales Gesae, Mandae et Technae

Conformément au chapitre VI du titre V du livre III du Code des assurances applicable sur renvoi de l'article L.212-1 du code de la mutualité, MGP Santé est la tête du groupe prudentiel qu'elle forme avec MGP AMIES et les SAS Timpae, Gesae, Mandae et Technae.

De plus, après plusieurs mois de discussions, en septembre 2016, la réunion de trois grands acteurs de la protection sociale, Unéo, GMF, avec l'appui de Covéa, et MGP Santé s'est concrétisée, donnant naissance à UNÉOPÔLE. Pour coordonner ce partenariat, une union de groupe mutualiste (UGM), dénommée UGM Défense Sécurité, a été créée.

## 1.2 A.2 Résultats de souscription

Au titre de son activité d'assurance, la mutuelle a perçu 153 506 K€ et son résultat de souscription se présente de la manière suivante :

Ligne d'activité (en K€)	Cotisations brutes acquises	Résultat de souscription
Frais de santé	145 382	-1 649
Salaire	8 103	-1 881
Assistance	21	15
Caution		360
<b>TOTAL</b>	<b>153 506</b>	<b>-3 155</b>

L'ensemble de l'activité de la mutuelle est réalisé en France.

### 1.3 A.3 Résultats des investissements

Au titre de son activité d'investissement, la mutuelle dispose d'un portefeuille de placement s'élevant au 31 décembre 2016 à 210 331 K€ en valeur de marché, coupons courus inclus.

Données en K€

Type d'actifs	Valeur de marché 2016	Produits	Charges	Résultat des investissements		+/- valeur latentes
				2016	2015	
Obligations en direct	13 795			-	-	549
Actions en direct	-			-	-	-
Organismes de placement collectifs	120 539			4 073	4 525	10 047
Titres structurés	18 086			2 365	1 535	-84
Titres garantis	-			-	-	-
Trésorerie et dépôts	3 676			-	-	656
Certificats mutualistes	15 000			-	-	-
Titres subordonnés à durée indéterminée	3 410			-	-	16
Immobilier papier (1)	10 871			307	254	-607
Immobilier physique	7 064			-	-	2 604
Titres de participation	16 979			-	-	6 769
<b>Total</b>	<b>209 420</b>	<b>12 977</b>	<b>9 325</b>	<b>6 745</b>	<b>5 999</b>	<b>19 951</b>

(1) dont parts de SCI

Le résultat financier de 2016 s'élève à 6 745 K€ contre 5 999 K€ en 2015, soit une progression de +13,5%.

La recherche de régularité de la performance est au cœur de la stratégie d'investissement de la mutuelle, en témoigne, le résultat lié aux placements qui n'a cessé de progresser depuis 6 ans, malgré un contexte économique et financier toujours aussi complexe.

L'objectif dans les années à venir est désormais de stabiliser le résultat financier au niveau de 2016 et d'éviter toute dégradation.

Le montant des plus-values latentes au 31 décembre 2016 s'élève à 19 951 K€. Ce matelas de plus-values latentes qualifié de « coussin de sécurité » permet à la mutuelle de résister à d'éventuelles corrections de marché.

### 1.4 A.4 Résultats des autres activités

Au titre des autres activités, MGP Santé s'est vue confier la souscription et/ou la gestion de contrats d'assurance. En 2016, MGP Santé a perçu 5 891 K€ au titre de commissions de gestion et de participation au résultat.

MGP Santé est également délégataire de la gestion du régime obligatoire. La mutuelle et la CNAMTS ont conclu un accord de partenariat pour la gestion partagée du régime obligatoire d'Assurance maladie. Cet accord prévoit, entre autre, que la liquidation des feuilles de soins papier et électroniques est effectuée par une caisse primaire unique pour toute la France. Il a



été décidé par la CNAMTS de désigner la CPAM des Yvelines (caisse gestionnaire dédiée 78 9) pour réaliser cette mission. MGP Santé prend en charge le front office orienté exclusivement vers les assurés sociaux et les mises à jour des fichiers. Le montant de la remise de gestion perçue en 2016 s'élève à 2 614 K€.

## 1.5 A.5 Autres informations

Aucune autre information importante susceptible d'impacter l'activité ou les résultats de la mutuelle n'est à mentionner.

## 2 B. SYSTEME DE GOUVERNANCE

### 2.1 B.1 Informations générales sur le système de gouvernance

Le choix du système de gouvernance de la mutuelle a été opéré en conformité avec les articles 41 à 49 de la directive, transposés aux articles L. 114-21, L. 211-12 à L. 211-14 du Code de la mutualité et détaillés dans les articles 258 à 260, 266 à 275 du règlement délégué (UE) 2015/35 de la Commission du 10 octobre 2014.

La gouvernance de la mutuelle est ainsi fondée sur la complémentarité entre :

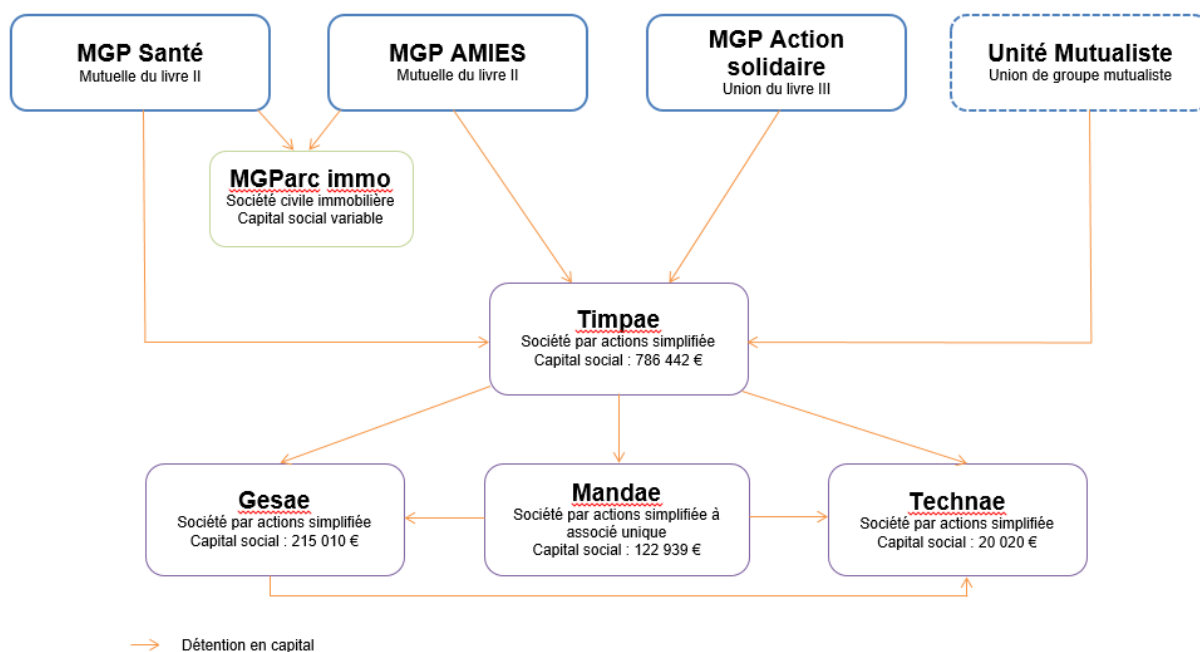
- les administrateurs élus (conseil d'administration) ;
- le président et le dirigeant opérationnel (dirigeants effectifs) ;
- les fonctions clés (gestion des risques, vérification de la conformité, audit interne et actuarielle).

L'organisation générale de la gouvernance est décrite dans les statuts de la mutuelle approuvée par l'assemblée générale. Par ailleurs, le conseil d'administration contribue annuellement à la revue des politiques écrites de la mutuelle.

Ainsi, les rôles et responsabilités d'acteurs ont été clairement identifiés et définis permettant de s'assurer d'une correcte séparation des tâches entre les fonctions d'administration, de gestion et de contrôle.

MGP Santé s'intègre au groupe MGP. Celui-ci se compose de quatre entités mutualistes, de quatre sociétés par actions simplifiées et d'une société civile immobilière.

Par ailleurs, MGP Santé constitue avec MGP AMIES et les quatre sociétés par actions simplifiées un groupe prudentiel, dont MGP Santé est la tête de groupe.



## 2.1.1 Les grands principes de gouvernance

Afin d'être efficace, le groupe MGP a fait le choix d'une organisation du système de gouvernance reposant sur les éléments suivants :

- une structure organisationnelle transparente et adéquate ;
- une répartition claire et une séparation appropriée des responsabilités ;
- un dispositif efficace de transmission des informations.

La mutuelle dispose d'une politique écrite de gouvernance revue annuellement par le conseil d'administration.

### 2.1.1.1 L'organisation politique

La gouvernance politique de la mutuelle s'inscrit dans le cadre des principes mutualistes. Elle tire sa force du mouvement mutualiste et des valeurs de solidarité, de liberté, d'égalité, de démocratie et de responsabilité.

L'**assemblée générale** est composée des délégués élus par les membres participants de la mutuelle.

Il s'agit de l'organe souverain de la mutuelle. Conformément au Code de la mutualité et aux statuts, l'assemblée générale statue sur les questions et rapports qui lui sont soumis. Elle prend notamment, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la mutualité.

Elle élit les administrateurs.

Le **conseil d'administration** se compose de 17 administrateurs maximum. Ce nombre ne peut pas être inférieur à 10. Pour faciliter le travail du bureau et éclairer le conseil d'administration, ce dernier peut créer en son sein des **commissions**. La mutuelle est également dotée d'un **comité d'audit**.

Le conseil d'administration élit parmi ses membres son **président** ainsi que **quatre vice-présidents** :

- vice-président chargé des affaires politiques ;
- vice-président chargé des affaires financières ;
- vice-président chargé des affaires sociales ;
- vice-président chargé des affaires extérieures et de la formation.

Le président et les vice-présidents, qui l'assistent, composent le **bureau**.

### 2.1.1.2 Les acteurs du système de gouvernance

#### ▪ Le conseil d'administration

Le conseil d'administration détermine les orientations, dont les orientations stratégiques, de la mutuelle et veille à leur application.

Il dispose pour l'administration et la gestion de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'assemblée générale et au président par le Code de la mutualité et par les statuts.

Il opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la mutuelle.

Il occupe un rôle central dans le fonctionnement et le contrôle du régime prudentiel dont il porte la responsabilité.

On peut citer parmi les missions qui lui sont confiées :

- l'approbation des politiques écrites ;
- la conduite, le suivi et l'approbation de l'évaluation interne des risques et de la solvabilité (EIRS ou ORSA) ;
- l'approbation des rapports narratifs prévus dans le reporting prudentiel ;
- la responsabilité des informations transmises à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ;
- l'autorisation de la sous-traitance des activités et/ou des fonctions importantes ou critiques ;
- la responsabilité de l'application de la politique de rémunération ;
- le lien avec les fonctions clés ;
- le suivi des audits internes ;
- l'utilisation des informations du système de gestion des risques dans le processus de prise de décision ;
- la détermination de l'appétence au risque, des limites globales de tolérance au risque et des stratégies et politiques de gestion des risques ;
- la détermination de la fréquence, du champ et du suivi des revues internes du système de gouvernance.

Au cours de l'exercice 2016, le conseil d'administration s'est réuni aux dates suivantes :  
4 février / 19 avril / 12 mai / 1<sup>er</sup> juin / 3 juin / 20 septembre / 18 octobre / 8 décembre

▪ **Les comités et commissions**

<b>Commission / comité (au 1<sup>er</sup> décembre 2016)</b>	<b>Objet</b>
Comité d'audit	Le comité d'audit assure le suivi des questions relatives à l'élaboration et au contrôle des informations comptables et financières.
Commission « Nomination, Rémunération et Compétences »	La commission a pour mission d'éclairer le conseil d'administration et de lui fournir tous les éléments d'appréciation objectifs, pour que celui-ci puisse se prononcer sur l'évaluation, la mission et les compétences des élus.
Commission « Action sociale »	La commission a pour mission d'éclairer le conseil d'administration et de lui fournir tous les éléments d'appréciation objectifs, pour que celui-ci puisse se prononcer sur toute question liée aux affaires sociales, et en particulier sur les thématiques de l'action sociale et des risques psychosociaux (RPS).
Commission « Élection, Statuts et Règlements »	La commission a pour mission d'éclairer le conseil d'administration et de lui fournir tous les éléments d'appréciation objectifs, pour que celui-ci puisse se prononcer sur les opérations électorales, les statuts et règlement électoral, le statut de l'élu et la charte de l'élu.
Commission « Stratégie et Produits »	La commission a pour mission d'éclairer le conseil d'administration et de lui fournir tous les éléments d'appréciation objectifs, pour que celui-ci puisse se prononcer sur : - la déclinaison des orientations adoptées par l'assemblée générale et de préparer les décisions portant sur des questions de stratégie, - la création et le suivi des produits assurés par MGP Santé ou commercialisés auprès de ses adhérents.
Commission « Financière »	La commission a pour mission d'éclairer le conseil d'administration et de lui fournir tous les éléments d'appréciation objectifs, pour que celui-ci puisse se prononcer sur toutes les questions relatives aux actifs financiers détenus par la mutuelle
Commission « Risques »	La commission a pour mission d'éclairer le conseil d'administration et de lui fournir tous les éléments d'appréciation objectifs, pour que celui-ci puisse se prononcer sur le suivi des risques de la mutuelle

## ▪ Les dirigeants effectifs

Conformément aux articles L. 211-13 et R. 211-15 du Code de la mutualité, la mutuelle est dirigée effectivement par le président du conseil d'administration et le dirigeant opérationnel.

Dans le respect du principe des quatre yeux, les dirigeants effectifs sont impliqués dans les décisions significatives de la mutuelle, disposent de pouvoirs suffisants, d'une vue complète et approfondie de l'ensemble de l'activité.

Le **président** est investi des pouvoirs les plus étendus pour agir en toute circonstance au nom de la mutuelle. Il exerce ces pouvoirs dans la limite de l'objet de la mutuelle, et sous réserve des pouvoirs expressément attribués par le Code de la mutualité à l'assemblée générale et au conseil d'administration.

Il organise et dirige les travaux du conseil d'administration dont il rend compte à l'assemblée générale.

Il répond à toutes les demandes des corps de contrôle.

Il peut consentir toutes délégations à toute personne de son choix, pour un ou plusieurs objets déterminés, avec ou sans faculté de subdéléguer.

Le **dirigeant opérationnel** exerce ses fonctions, dans le cadre des pouvoirs qui lui sont délégués par le conseil d'administration, sous le contrôle du conseil d'administration et de son président et sous l'autorité de ce dernier.

En 2016, les attributions déléguées étaient les suivantes :

- le développement économique de la mutuelle ;
- la mise en œuvre de l'externalisation d'activités non importantes ou non critiques et l'appréciation de l'opportunité de soumettre au conseil d'administration tout projet d'externalisation d'activités importantes ou critiques ;
- le suivi et le contrôle des activités externalisées ;
- le suivi de l'activité des filiales ;
- la gestion de la trésorerie, des actifs et des placements et notamment les opérations sur titres et valeurs dans le cadre de la stratégie définie avec le président et des orientations du conseil d'administration ;
- la préparation et le suivi du budget ;
- la négociation et la conclusion de toutes conventions avec les fournisseurs et prestataires de services n'excédant pas le budget qui lui est alloué ;
- la gestion des ressources humaines à l'exception des salariés qui ne lui sont pas hiérarchiquement rattachés ;
- l'ordonnancement et le paiement des engagements de la mutuelle vis-à-vis de ses adhérents, de ses fournisseurs, prestataires et partenaires.

Le dirigeant opérationnel est autorisé à consentir toutes délégations à toute personne de son choix, pour un ou plusieurs objets déterminés, avec ou sans faculté de subdéléguer.

## ▪ Les fonctions clés

Les quatre fonctions clés prévues sont : la fonction de gestion des risques, la fonction de vérification de la conformité, la fonction d'audit interne et la fonction actuarielle.

Les titulaires des quatre fonctions clés ont en commun :

- un rattachement direct au dirigeant opérationnel ;
- une autorité suffisante pour agir et être entendu, avoir accès à toute information nécessaire à l'exercice de leur fonction ainsi que bénéficier des ressources et de l'expertise nécessaires à l'exercice de leur fonction ;
- l'indépendance : ils doivent être libres de tous liens ou obstacles pouvant entraver leur objectivité et leur impartialité.

#### o **La fonction de gestion des risques**

La fonction de gestion des risques a pour vocation de porter la responsabilité de la mise en œuvre et de la coordination du processus d'identification des risques. Elle a en charge l'agrégation des risques pour l'édition du profil de risque. Elle supervise les travaux de cartographie des risques en centralisant et en interprétant l'ensemble des informations liées aux risques provenant des diverses parties prenantes.

Le responsable de la fonction porte et exerce la responsabilité de la fonction clé au sein de la mutuelle depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016. Directeur risques et performance au sein de Timpae, il exécute les tâches relevant de la fonction, avec le soutien de ses collaborateurs, au sein de cette société.

Pour l'exercice 2016, il a présenté ses travaux au conseil d'administration le 2 février 2017.

#### o **La fonction de vérification de la conformité**

La fonction de vérification de la conformité a pour principales missions :

- de formaliser la veille législative et réglementaire et de diffuser les résultats de son analyse ;
- d'identifier et d'évaluer l'exposition au risque de non-conformité ;
- de définir et mettre en œuvre le processus de mise en conformité des activités ;
- de conseiller et d'alerter les organes délibérants, les organes exécutifs et les métiers ;
- d'animer la filière conformité ;
- de participer à l'organisation de la formation et de la sensibilisation de l'ensemble des collaborateurs aux questions de conformité ;
- de vérifier la mise en œuvre de la politique de conformité et son suivi (respect) ;
- d'intervenir notamment lors de l'analyse de scénario sur des choix stratégiques pouvant affecter le profil de risque dans le cadre des travaux ORSA ;
- d'être le référent des autorités de tutelle en matière de conformité.

Le responsable de la fonction porte et exerce la responsabilité de la fonction clé au sein de la mutuelle depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016. Directeur juridique et conformité au sein de Timpae, il exécute les tâches relevant de la fonction, avec le soutien de ses collaborateurs, au sein de cette société.

Pour l'exercice 2016, il a présenté ses travaux au conseil d'administration le 2 février 2017.

#### o **La fonction d'audit interne**

La fonction d'audit interne a en charge d'évaluer notamment l'adéquation et l'efficacité du système de contrôle interne et les autres éléments du système de gouvernance. Elle donne, aux dirigeants, l'assurance du niveau de maîtrise des activités.

Dans ce cadre, la fonction d'audit interne :

- Rend compte de la réalisation du plan d'audit ;
- Présente les conclusions des missions réalisées et les recommandations associées.
- Réalise un état des lieux de la mise en œuvre des recommandations émises.
- Propose un plan d'audit pour l'année suivante, ce dernier étant validé voire préalablement amendé par le conseil d'administration.

Le responsable de la fonction porte et exerce la responsabilité de la fonction clé au sein de la mutuelle depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Cette fonction est indépendante des fonctions opérationnelles. Elle n'a aucune responsabilité opérationnelle au sein de l'entreprise. Ainsi, elle est libre des influences qui pourraient entraver son objectivité ou son impartialité.

Elle dispose également, pour assurer son objectivité, de la possibilité de conduire des audits non prévus initialement dans le plan d'audit. À cet effet, toute détection ou événement majeur portant atteinte à la maîtrise des risques est susceptible de donner lieu à une mission d'audit non planifiée initialement.

Afin de mener à bien sa mission, le responsable de la fonction d'audit interne est amené à externaliser certaines activités liées à la fonction d'audit interne et à solliciter l'expertise d'un cabinet spécialisé.

Pour l'exercice 2016, le responsable de la fonction a présenté ses travaux au conseil d'administration le 2 février 2017. Le conseil d'administration a approuvé le rapport de la fonction d'audit interne.

#### ○ **La fonction actuarielle**

La fonction actuarielle a pour principales missions :

- de coordonner le calcul des provisions techniques ;
- de garantir le caractère approprié des méthodologies, des modèles sous-jacents et des hypothèses utilisés pour le calcul des provisions techniques ;
- d'apprécier la suffisance et la qualité des données utilisées dans le calcul des provisions techniques ;
- de comparer les meilleures estimations aux observations empiriques ;
- d'informer l'organe d'administration, de gestion ou de contrôle de la fiabilité et du caractère adéquat du calcul des provisions techniques ;
- de superviser le calcul des provisions techniques ;
- d'émettre un avis sur la politique globale de souscription ;
- d'émettre un avis sur l'adéquation des dispositions prises en matière de réassurance ;
- de contribuer à la mise en œuvre effective du système de gestion des risques en particulier pour ce qui concerne la modélisation des risques sous-tendant le calcul des exigences de capital.

Le responsable de la fonction porte et exerce la responsabilité de la fonction clé au sein de la mutuelle depuis le 19 octobre 2016 (la responsabilité était antérieurement portée de manière transitoire par une autre personne). Directeur technique et marketing au sein de Timpae, il exécute les tâches relevant de la fonction, avec le soutien de ses collaborateurs du service actuariat et études statistiques qui lui est rattaché et par l'externalisation de certaines missions en dehors du groupe MGP.

Pour l'exercice 2016, il a présenté ses travaux au conseil d'administration le 8 décembre 2016. Le conseil d'administration a approuvé le rapport de la fonction actuarielle.

## ▪ **Éventuels changements importants survenus au cours de l'exercice**

En 2016, le conseil d'administration a décidé, sur proposition de son président, de mettre fin à la fonction du dirigeant opérationnel puis de nommer un dirigeant opérationnel à titre transitoire dont les fonctions ont pris fin le 2 février 2017 et auquel a succédé un nouveau dirigeant opérationnel.

Le 19 octobre 2016, le responsable de la fonction actuarielle a remplacé le responsable transitoire de la fonction qui avait été désigné dans l'attente du recrutement d'une personne.

### *2.1.1.3 L'organisation opérationnelle*

Jusqu'au transfert de ses activités, au 1<sup>er</sup> janvier 2015, vers les filiales de services ci-après citées, l'Union Nationale d'Intérêt Technique et Économique Mutualiste dite Unité Mutualiste avait pour objet de faciliter et de développer, en les coordonnant, les activités de ses membres qui demeuraient, pour chacun d'entre eux, directement responsables de la garantie de leurs engagements.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015, l'organisation opérationnelle est mise en œuvre de la manière suivante :

#### ▪ **La société holding : Timpae**

##### ○ **Le président et le directeur général**

Le président et le directeur général dirigent la société. Ils sont investis des mêmes pouvoirs, notamment celui de représentation à l'égard des tiers, et ce dans la limite des dispositions des statuts de Timpae.

Le directeur général est placé sous l'autorité du président de la société.

##### ○ **Les directeurs**

Les directeurs sont en charge de la mise en œuvre opérationnelle des orientations et des décisions stratégiques.

Trois d'entre eux ont également individuellement la mission de diriger une des trois sociétés filiales (Mandae, Gesae, Technae) en tant que directeur général, cela étant précisé dans le contrat de travail les liant par ailleurs à Timpae.

##### ○ **Le conseil stratégique**

Les membres du conseil stratégique, personnes physiques, sont nommés par le directeur général. Chaque nomination ne devient effective qu'après ratification par le président.

Le président de Timpae est un invité permanent du conseil.

Le conseil stratégique est réuni à l'initiative du directeur général qui en assure la présidence.



Le conseil stratégique donne son avis sur les sujets qui lui sont soumis par le directeur général pouvant notamment avoir trait :

- aux orientations d'ordre économique et financier nécessitant des investissements ;
- aux enjeux et aux orientations stratégiques.

o **Le comité de contrôle**

Le comité de contrôle est composé d'un représentant, personne physique, de chacun des associés de Timpae qui détiennent au moins 5 % du capital (MGP Santé, MGP AMIES, Unité Mutualiste).

Il se réunit aussi souvent que l'intérêt de la société l'exige. Une fois par trimestre au moins, il entend le président et le directeur général sur la gestion de la société.

Le comité de contrôle exerce le contrôle permanent de la gestion de Timpae par le président et le directeur général. À toute époque de l'année, il opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

En outre, le président et le directeur général ne peuvent prendre certaines décisions définies par les statuts de Timpae qu'après autorisation préalable du comité de contrôle.

▪ **Les sociétés filiales : Madae, Gesae et Technae**

Le président et le directeur général de chacune des sociétés dirigent la société. Ils sont investis des mêmes pouvoirs, notamment celui de représentation à l'égard des tiers, et ce dans la limite des dispositions des statuts des sociétés.

Le directeur général est placé sous l'autorité du président de la société.

Le président et le directeur général ne peuvent prendre certaines décisions définies par les statuts des trois sociétés qu'après autorisation préalable des associés.

▪ **Les acteurs transversaux à l'organisation opérationnelle**

▪

o **Les directeurs**

Dans leur activité opérationnelle, les directeurs sont garants de la mise en place d'un dispositif de gestion du risque opérationnel approprié et fiable et de donner l'impulsion et l'élan indispensables à la mise en œuvre du dispositif de contrôle interne. Ils sont chargés de :

- décliner l'appétence au risque définie par le conseil d'administration au niveau opérationnel ;
- promouvoir une culture du risque ;
- attribuer les moyens nécessaires à la mise en œuvre de ces procédures ;
- veiller à actualiser leurs compétences et celles de leurs collaborateurs en fonction de l'évolution des activités et de l'environnement de la mutuelle ;
- établir des bonnes pratiques et imposer des limites pour maintenir les risques au niveau défini par le conseil d'administration de la mutuelle.

Les directeurs sont informés au travers de comptes rendus réguliers, par le comité de maîtrise opérationnel, des travaux en cours et des risques potentiels pouvant impacter l'activité de la mutuelle. Chaque directeur est ainsi plus à même d'intégrer la dimension risque dans ses arbitrages et prises de décisions quotidiennes.

- **Les comités de maîtrise**

#### Comité de maîtrise opérationnel

Le comité de maîtrise opérationnel est composé des pilotes de processus, du responsable gestion des risques et contrôle interne et du responsable qualité. Il se réunit trimestriellement et est chargé de :

- communiquer les reportings des travaux effectués au niveau des processus ;
- proposer des plans d'actions adaptés ;
- fournir une vision globale et organisée de la situation de la mutuelle concernant les dispositifs de maîtrise ;
- mettre en œuvre la procédure d'alerte et d'escalade des risques ;
- impliquer chaque direction dans la maîtrise de ses risques et effectuer le suivi des plans d'actions.

Le comité s'est réuni 4 fois en 2016.

#### Comité de maîtrise stratégique

Le comité de maîtrise stratégique est composé des propriétaires de processus, des responsables des fonctions clé gestion des risques et vérification de la conformité, du responsable gestion des risques et contrôle interne et du responsable qualité. Il se réunit trimestriellement et est chargé de :

- effectuer les arbitrages nécessaires en fonction des informations remontées du comité de maîtrise opérationnel ;
- communiquer ses arbitrages au comité de maîtrise opérationnel ;
- effectuer des comptes rendus aux conseils d'administration de la mutuelle.

Une fois par an, ce comité fait office de revue de direction.

Le comité s'est réuni 4 fois en 2016. Deux revues de direction ont également eu lieu en 2016.

## 2.1.2 Prise de décision

### 2.1.2.1 Les critères de définition d'une décision stratégique

Une décision stratégique est une décision qui détermine l'orientation générale de l'entreprise, et parfois même qui conditionne sa survie.

Différents critères sont utilisés pour caractériser une décision stratégique. Ils sont définis dans la politique de gouvernance.

### 2.1.2.2 Processus décisionnel

Des orientations stratégiques sont proposées par différents acteurs au président et au dirigeant opérationnel de la mutuelle.

Le président et le dirigeant opérationnel valident conjointement ces orientations pour soumission au conseil d'administration et à l'assemblée générale.

À la suite de l'approbation des décisions par ces instances, les lignes directrices sont transmises pour mise en œuvre.

Par ailleurs, un reporting régulier est réalisé à tous les niveaux du groupe pour le suivi des décisions mises en œuvre par les différentes instances

### *2.1.2.3 La prise de décision*

#### ▪ **Le principe des « 4 yeux »**

Toute décision stratégique pour l'entreprise nécessite la prise en compte de deux prismes :

- l'opportunité au regard de l'environnement et du marché ;
- la faisabilité opérationnelle au regard du coût et des gains y afférents.

Le président et le dirigeant opérationnel, en leur qualité de dirigeants effectifs, actent conjointement les décisions stratégiques afin que celles-ci puissent ensuite être soumises aux instances compétentes.

### *2.1.2.4 La documentation des décisions prises*

Les décisions stratégiques font l'objet, le cas échéant, d'une évaluation interne des risques et de la solvabilité (EIRS ou ORSA : « Own Risk and Solvency Assessment ») ponctuelle afin de déterminer si les limites fixées par le conseil d'administration en matière d'appétence aux risques sont respectées.

Les résultats de cette évaluation sont présentés à la commission des risques puis, le cas échéant, au conseil d'administration.

Cette documentation peut inclure, en complément de l'ORSA :

- des études marketing quantitatives ou qualitatives ;
- des benchmarks ;
- des études de coûts...

### *2.1.2.5 Le contrôle de la mise en œuvre des décisions stratégiques*

Les décisions stratégiques définies par les instances de la mutuelle sont mises en œuvre par les sociétés opérationnelles.

La mutuelle exerce un contrôle global à travers sa détention capitalistique et la gouvernance des filiales opérationnelles.

Par ailleurs, le tissu contractuel liant les entités du groupe participe au dispositif de contrôle. Ainsi, les filiales opérationnelles sont débitrices envers la mutuelle d'obligations contractuellement définies, ce qui permet à la mutuelle de se prévaloir d'engagements et de contrôler la bonne exécution de ceux-ci.

Au sein de Timpae, société holding, le comité de contrôle exerce le contrôle de la gestion de la société et de ce fait veille à la mise en œuvre effective des décisions stratégiques.

### 2.1.3 Pratique et politique de rémunération

Concernant les pratiques de rémunération et d'indemnités, la mutuelle dispose d'une politique de rémunération approuvée par le conseil d'administration.

Dans le cadre de l'organisation du groupe MGP, quelques acteurs sont plus particulièrement concernés :

- les administrateurs ;
- les dirigeants effectifs ;
- les responsables des fonctions clés ;
- les personnels au sein de Timpae et de Mandae dont l'activité a un impact sur le profil de risque de la mutuelle.

#### 2.1.3.1 Indemnisation du président et des administrateurs

Le dispositif d'indemnisation des administrateurs, dont le président, s'inscrit dans le cadre fixé par le Code de la mutualité.

L'assemblée générale, réunie à Reims le 25 juin 2010, s'est prononcée en faveur d'un dispositif indemnitaire de l'élu rénové.

Ce dispositif, abouti, prend en compte, pour les administrateurs dépositaires d'attributions permanentes, cosignataires d'une lettre d'engagement et tenus de fournir un rapport d'activité :

- le niveau d'engagement déterminé par le temps consacré à la réalisation de la mission ;
- le niveau de responsabilité et de technicité requis pour l'accomplissement de la mission ;
- le niveau de réalisation de la mission.

Chaque année, depuis 2010, les délégués à l'assemblée générale se prononcent sur l'évolution des indemnités indexées sur le plafond de la Sécurité sociale.

#### 2.1.3.2 Rémunération des salariés

##### ▪ Principes généraux

La politique de rémunération vise à faire de la rémunération un levier efficace d'attraction et de fidélisation des salariés contribuant à la performance sur le long terme de l'entreprise tout en s'assurant d'une gestion appropriée des risques et du respect de la conformité par les collaborateurs.

Cette politique s'appuie sur des principes puis elle est déclinée en fonction des métiers et des structures. Elle suit les règles et les normes professionnelles et respecte les législations sociales et fiscales.

La rémunération comprend une partie fixe qui rétribue la capacité à tenir un poste de façon satisfaisante au travers de la maîtrise des compétences requises et, le cas échéant, une partie variable qui vise à reconnaître la performance collective et /ou individuelle dépendant d'objectifs définis annuellement.

En présence d'une partie variable, celle-ci ne peut pas représenter individuellement plus de 20 % de la rémunération annuelle brute.

### ▪ **Le dirigeant opérationnel**

Conformément au Code de la mutualité, aucune rémunération liée d'une manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la mutuelle n'est allouée au dirigeant opérationnel.

Le principe de la rémunération variable du dirigeant opérationnel de la mutuelle est prévu par son contrat de travail qui renvoie à une lettre d'objectifs définie annuellement par le président.

La part variable de la rémunération du dirigeant opérationnel est dimensionnée de manière raisonnée.

### ▪ **Les responsables des fonctions clés**

Les responsables des fonctions clés, au titre de leur contrat de travail au sein de la mutuelle, ont une rémunération fixe.

### ▪ **Les collaborateurs de la direction gestion d'actifs**

Les collaborateurs de la gestion d'actifs au sein de Timpae peuvent bénéficier d'une partie variable au sein de leurs rémunérations.

Le variable est défini sur la base d'éléments de performance et de risques.

Ce variable s'appuie sur la rentabilité des investissements réalisés et sur le respect des risques induits, au regard de la politique d'investissement définie.

À noter que la part variable est faible par rapport au salaire fixe et qu'aucun variable n'est accordé si les objectifs ne sont pas atteints.

### ▪ **Les commerciaux**

La mutuelle a confié l'activité de distribution à Mandae.

Les commerciaux sont rattachés à l'entité Mandae. Ils font partie de la catégorie de personnel dont l'activité a un impact sur le profil de risque de la mutuelle. En effet, ce sont eux qui commercialisent les différents produits assurés par la mutuelle.

La rémunération des commerciaux est constituée :

- d'une part fixe ;
- d'une part variable versée en année N+1 calculée selon l'atteinte des objectifs fixés annuellement.

## 2.2 B.2 Exigences de compétence et d'honorabilité

L'article L. 114-21 du Code la mutualité prévoit que l'ensemble des dirigeants et responsables de fonctions clés est soumis à une double exigence de compétence et d'honorabilité. Il s'agit de s'assurer tant des compétences et de l'honorabilité individuelles des dirigeants effectifs de

la mutuelle et des responsables de fonctions clés que de la compétence collective de l'organe dirigeant.

Cette évaluation est effectuée de manière initiale et de manière continue.

La mutuelle a défini une politique de compétences et d'honorabilité validée par le conseil d'administration qui :

- rappelle le cadre notamment s'agissant des conditions nécessaires en matière de compétence et d'honorabilité ;
- précise le rôle des acteurs du dispositif ;
- fixe les modalités d'évaluation et de suivi des conditions requises en matière de compétence et d'honorabilité.

Cette politique concerne les administrateurs, les personnes qui dirigent effectivement l'entreprise ou qui occupent des fonctions clés.

### 2.2.1 Évaluation de l'honorabilité

L'évaluation de l'honorabilité exigée est réalisée, avant l'élection, la nomination ou le renouvellement, à l'aide de l'extrait du volet n° 3 du casier judiciaire datant de moins de 3 mois de la personne ainsi que la déclaration de non-condamnation relative aux infractions prévues au I de l'article L. 114-21 du Code de la mutualité.

Par ailleurs, il est demandé, tous les ans, à chaque administrateur de confirmer la liste de ses mandats au sein d'autres organismes.

### 2.2.2 Évaluation de la compétence

#### ▪ **Compétence des administrateurs**

L'évaluation initiale des compétences exigées pour les administrateurs est réalisée à l'aide du CV du candidat. La commission « nomination, rémunération, compétences » donne un avis sur les candidatures aux fonctions d'administrateur.

Lors de la prise de fonction d'un administrateur, ce dernier s'engage, dans sa profession de foi, à suivre le programme de formation proposé par la mutuelle et à présenter un rapport d'activité annuel.

Compte tenu des compétences spécifiques requises pour ces fonctions, les administrateurs membres du comité d'audit, de la commission stratégie et produits ainsi que de la commission financière, bénéficient de formations spécifiques.

L'évaluation périodique des compétences se fait annuellement, notamment par la réalisation d'un questionnaire individuel, élaboré par le vice-président chargé des affaires extérieures et de la formation de l'élu sous le contrôle de la commission « nomination, rémunération et compétences ».

En outre, les administrateurs sont reçus individuellement par ladite commission afin d'évaluer leur parcours de l'année et de recueillir leurs besoins de formation.

La commission est destinataire de tous les rapports annuels transmis par les administrateurs, qui sont soumis à l'obligation de rendre compte de leur activité. À l'éclairage de ces comptes rendus et de l'entretien individuel, elle pointe les dysfonctionnements et propose les corrections à apporter. Ces comptes rendus servent également de supports pour établir l'évaluation produite annuellement pour chacun des administrateurs concernés.

Le vice-président chargé des affaires extérieures et de la formation de l'élu élabore annuellement le plan de formation individuel et commun des administrateurs. Il met en œuvre un programme de maintien et de perfectionnement des compétences des administrateurs. Les différentes phases d'évaluation et d'échanges précitées participent à l'élaboration du plan de formation et à la désignation des administrateurs susceptibles d'accéder à des missions et/ou à des attributions permanentes.

Les rapports d'activités, les évaluations des formations et toutes autres pièces relatives à la formation et la montée en compétences d'un administrateur sont répertoriés dans un dossier individuel.

Au cours de l'année 2016, 12 cursus de formation ont été suivis par les administrateurs.

#### ▪ **Compétence des dirigeants effectifs**

L'évaluation initiale des compétences exigées pour les dirigeants effectifs est réalisée à l'aide du CV du candidat indiquant notamment de façon détaillée les formations suivies, les diplômes obtenus et pour chacune des fonctions exercées au cours des 10 dernières années en France ou à l'étranger, le nom ou la dénomination sociale de l'employeur ou de l'entreprise concernée, les responsabilités effectivement exercées, les résultats obtenus en termes de développement de l'activité et de rentabilité.

S'agissant du dirigeant opérationnel, le suivi périodique de ses compétences est réalisé annuellement par le président. La direction des ressources humaines, moyens généraux et achats assure le suivi du dossier individuel et est en charge d'évaluer et de maintenir le niveau de compétence notamment en établissant un plan de formation adéquat.

#### ▪ **Compétence des responsables des fonctions clés**

L'évaluation initiale des compétences exigées pour les responsables des fonctions clés est réalisée à l'aide du CV du candidat indiquant notamment de façon détaillée les formations suivies, les diplômes obtenus et pour chacune des fonctions exercées au cours des 10 dernières années en France ou à l'étranger, le nom ou la dénomination sociale de l'employeur ou de l'entreprise concernée, les responsabilités effectivement exercées.

Les responsables de fonctions clés suivent des formations, conférences leur permettant d'assurer un maintien et un développement de leurs compétences.

Le suivi périodique des compétences des responsables des fonctions clés est réalisé annuellement.

La direction des ressources humaines, moyens généraux et achats assure le suivi des dossiers individuels et est en charge d'évaluer et de maintenir le niveau de compétence notamment en établissant un plan de formation adéquat.

## 2.3 B.3 Système de gestion du risque y compris l'évaluation interne des risques et de la solvabilité

### 2.3.1 Organisation du système

La gestion des risques vise à créer un cadre de référence aux entreprises d'assurance afin d'affronter efficacement les incertitudes inhérentes à leur activité (notamment la sinistralité). Les risques sont présents dans toutes les activités de l'entreprise. Le processus d'identification, d'évaluation et de gestion des risques fait partie du développement stratégique de l'entreprise.

Conformément aux orientations du conseil d'administration de la mutuelle et aux dispositions réglementaires et légales applicables, la politique globale de gestion des risques a pour objet de :

- Communiquer sur les objectifs de la gestion des risques au sein de la mutuelle ;
- Fixer les grands principes à appliquer ;
- Déterminer les relations entre la stratégie de l'entreprise et la politique de gestion des risques en définissant les rôles et responsabilités de chacun ;
- Définir les principales règles méthodologiques ;
- Définir l'appétence aux risques de la mutuelle.

Le dispositif inclut l'ensemble des politiques et procédures organisant la manière dont la mutuelle est dirigée, administrée et contrôlée. Outre les acteurs définis dans les informations générales sur le système de gouvernance, le système de gestion des risques s'appuie plus spécifiquement sur les acteurs suivants :

- **Le responsable de la fonction clé de gestion des risques**

Le responsable de la fonction clé de gestion des risques est tenu d'évaluer à intervalles réguliers l'adéquation de la politique globale de gestion des risques avec le dispositif mis en place à la mutuelle.

Pour ce faire, il vérifie la mise en œuvre de la politique globale de gestion des risques et son respect par l'ensemble des collaborateurs de la mutuelle et de ses filiales.

Le responsable de la fonction clé de gestion des risques est tenu d'alerter le dirigeant opérationnel en cas de survenance d'un risque majeur, d'une suspicion de fraude ou de fraude avérée.

Le responsable de la fonction clé de gestion des risques peut communiquer de sa propre initiative avec tout membre du personnel de la mutuelle et de ses filiales et dispose d'un droit d'accès à toute information nécessaire.

Il est présent lors des réunions :

- du conseil d'administration ;
- de la commission des risques ;
- du comité d'audit (en fonction des sujets) ;
- du comité de maîtrise stratégique.

Le responsable de la fonction clé de gestion des risques a été nommé au regard de ses compétences et de son honorabilité, qui lui permettent de pouvoir pleinement exercer ses fonctions. Une notification a été faite à l'ACPR.



▪ **Le service gestion des risques et contrôle interne**

Le service gestion des risques et contrôle interne assiste le conseil d'administration et le dirigeant opérationnel en procédant à l'identification, l'évaluation et le suivi des risques inhérents à l'activité du groupe.

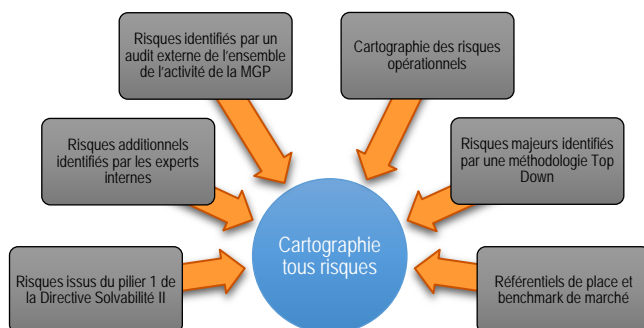
Il a comme principales missions de :

- s'assurer de la conformité du dispositif de gestion des risques avec les lois et réglementations en vigueur ainsi qu'avec les exigences internes ;
- s'assurer que le dispositif de gestion des risques innerve tous les niveaux d'organisation et tous les collaborateurs de la MGP et de ses filiales ;
- établir des limites opérationnelles au regard du niveau de risque acceptable tel que défini par le conseil d'administration de la mutuelle ;
- évaluer et suivre les risques identifiés ;
- détecter et évaluer les nouveaux risques ;
- maintenir une vue d'ensemble du profil de risque de la MGP (exposition aux risques) ;
- être un partenaire clé des services opérationnels en vue d'identifier les risques potentiels en amont de leurs prises de décisions ;
- communiquer les résultats de ses travaux aux directeurs, via le comité de maîtrise stratégique ;
- alerter d'urgence le responsable de la fonction clé de gestion des risques et les directeurs concernés à la survenance d'un risque majeur.

### 2.3.2 Processus de gestion des risques

La mise en œuvre de la gestion des risques au sein de la mutuelle se déroule selon un processus standard : les travaux de cartographie des risques, menés par le responsable gestion des risques et contrôle interne, ont pour objet d'identifier, de classer, d'évaluer, de maîtriser et de surveiller les risques susceptibles d'impacter un ou plusieurs des processus de la mutuelle ou du groupe.

La mutuelle a élaboré une cartographie « tous risques » qui couvre l'ensemble des processus du groupe :



La cartographie est effectuée selon une méthodologie comprenant :

- La définition d'une organisation des travaux ;
- L'élaboration du référentiel de risque ;
- L'identification et l'évaluation des risques ;
- L'appréciation du dispositif de maîtrise des risques ;
- La mise en place et le suivi de plans d'actions si le profil de risque ne correspond pas à l'appétence au risque définie par le conseil d'administration de la mutuelle.

### 2.3.2.1 Identification et classification des risques

Quatre catégories de risques sont identifiées dans la politique de gestion des risques :

- Le risque stratégique ;
- Le risque de réputation ;
- Les risques issus du pilier 1 du régime Solvabilité II ;
- Le risque opérationnel.

#### ✓ Risques issus du pilier 1 du régime Solvabilité II

Ils sont définis et classifiés via la formule standard du SCR (Capital de Solvabilité Requis) du régime Solvabilité II :

- **Le risque de souscription non vie** : risque de perte lié à la souscription de garanties non-vie ;
- **Le risque de souscription santé** : risque qu'une évolution négative affecte les dépenses encourues pour la gestion des contrats d'assurance et de réassurance. Il prend en compte le risque d'un accroissement de la fréquence et de la gravité des éléments assurés, ainsi que le montant des prestations au moment du provisionnement ;
- **Le risque de marché** : risque de perte ou de changement défavorable de la situation financière résultant, directement ou indirectement, de fluctuations affectant le niveau et la volatilité de la valeur de marché des actifs, des passifs et des instruments financiers ;
- **Le risque de défaut de contrepartie** : risque de perte résultant d'une défaillance imprévue des débiteurs d'organismes assureurs ou d'une dégradation de la note de crédit des contreparties pendant les 12 mois à venir.

### ✓ Risques stratégiques, opérationnels et de réputation

Les risques stratégiques, opérationnels et de réputation sont identifiés au travers des processus, puis classifiés selon les catégories suivantes :

- Fraude interne ;
- Fraude externe ;
- Pratiques en matière d'emploi et sécurité sur le lieu de travail ;
- Clients et produits ;
- Dommages aux actifs corporels ;
- Dysfonctionnements de l'activité et des systèmes ;
- Exécution et gestion des processus.

**Le risque stratégique** est le risque de perte résultant d'une mauvaise décision stratégique ;

**Le risque de réputation**, ou risque d'image, correspond à l'impact que peut avoir la survenance d'un risque sur la mutuelle, vis-à-vis des organismes de contrôle, des organismes bancaires, des fournisseurs, et bien sûr des adhérents ;

**Le risque opérationnel** est le risque de pertes provenant de processus internes inadéquats ou défaillants, de personnes, de systèmes ou d'événements externes.

#### 2.3.2.2 Évaluation des risques

La mutuelle a opté pour une approche mixte concernant l'évaluation de ses risques :

- Approche quantitative, pour l'évaluation des risques issus du pilier 1 du régime Solvabilité II ;
- Approche qualitative, pour l'évaluation de ses risques stratégiques, opérationnels et de réputation.

### ✓ Risques issus du pilier 1 du régime Solvabilité 2

Ils sont calculés selon le modèle standard du régime Solvabilité 2. Celui-ci définit des facteurs de risque et un modèle standard de calcul pour chaque risque identifié.

La fonction actuarielle s'assure que les données utilisées pour les différents calculs, de sources interne ou externe, sont appropriées, exactes et exhaustives.

Les calculs sont réalisés en collaboration avec les équipes trésorerie et comptabilité de la façon suivante :

- Risques de souscription vie, non-vie et santé : actuariat et études statistiques
- Risque de marché : trésorerie
- Risque de défaut de contrepartie : comptabilité

### ✓ Risques stratégiques, opérationnels et de réputation

Les risques stratégiques, opérationnels et de réputation sont évalués en fonction des deux critères suivants :

- Probabilité d'occurrence ;
- Impact financier (importance du dommage potentiel).

Pour chaque risque un score est obtenu en effectuant le produit entre probabilité d'occurrence et niveau d'impact financier. Ce score permet de hiérarchiser les risques de « Mineur » à « Critique ».

Les risques dont le score est jugé « Critique » font l'objet de la mise en place de plans d'actions adéquats, afin d'atteindre un niveau de risque résiduel jugé acceptable par le conseil d'administration.

#### 2.3.2.3 La maîtrise des risques, via l'appétence au risque

Afin de maîtriser le niveau de risque, sont mis en place :

- Un plan de contrôle interne par processus ;
- Des indicateurs quantitatifs de suivi ;
- Des seuils d'alerte pour chaque indicateur ;
- Une fréquence de suivi de ces indicateurs ;
- Un processus de remontée de l'information efficace et réactif.

Les indicateurs clés font l'objet d'une étroite surveillance, afin de s'assurer que l'exposition au risque reste dans le cadre défini par le conseil d'administration. Dans le cas contraire, des plans d'actions sont mis en place.

#### 2.3.2.4 La surveillance des risques, via la base incidents

Une base « incidents » est à la disposition des collaborateurs du groupe MGP afin de remonter toute survenance de risque, quelle que soit sa nature.

La remontée des incidents repose sur une culture du risque partagée dans l'entreprise car c'est l'un des moyens par lequel la direction de la mutuelle est informée des impacts liés à la survenance d'un événement potentiellement risqué.

Cet outil de gestion des risques a pour objectifs de :

- Identifier et comprendre les incidents : améliorer la capacité de l'entreprise à évaluer, gérer, éviter et réduire le risque ;
- Tirer des enseignements des événements survenus, mieux gérer et anticiper la survenance des risques ;
- Identifier les faiblesses du dispositif de contrôle et l'adéquation de l'organisation ;
- Satisfaire les exigences d'information à communiquer au régulateur, mais aussi à la direction de la mutuelle.

Dans le cadre de leurs attributions, les collaborateurs sont responsables de la déclaration des incidents de leur périmètre d'activité. Ils répondent aux questions des collaborateurs de leur entité et direction respective quant à la pertinence et à la nécessité de déclarer ou non la survenance d'un incident.

Chaque incident doit être déclaré selon des règles strictes et des critères mesurables à l'aide d'une fiche dédiée.

Chaque incident fait ensuite l'objet d'une analyse permettant de définir ou non un plan d'actions dont la mise en œuvre effective et l'efficacité sont vérifiées par le service gestion des risques et contrôle interne et/ou le service qualité.

Les incidents majeurs et les cas de fraude sont systématiquement remontés par le responsable du service gestion des risques et contrôle interne au comité de maîtrise stratégique, auquel assiste le responsable de la fonction clé de gestion des risques. Celui-ci réalise un reporting régulier au dirigeant opérationnel.

#### 2.3.2.5 Communication

Le responsable de la fonction clé de gestion des risques soumet un compte rendu régulier au conseil d'administration de la mutuelle, au dirigeant opérationnel et aux différents comité et commissions, sur les risques auxquels la mutuelle est confrontée et sur l'efficacité du système de gestion des risques.

Les comptes rendus occupent une place centrale dans le processus décisionnel, tant au niveau des directions opérationnelles, que des instances de gouvernance. Ces comptes rendus ont pour objectifs :

- De fournir une vision transversale, homogène et intégrée du profil de risque de la mutuelle;
- De donner l'information pertinente pour permettre d'ajuster l'appétence au risque, les politiques de gestion des risques, l'escalade des alertes et les plans d'actions.

### 2.3.3 ORSA

MGP Santé doit être en mesure d'assurer le contrôle et la gestion de sa solvabilité sur un horizon temporel défini. Ainsi, la dimension prospective du processus impose de définir un plan stratégique qui formalise les objectifs de développement à moyen terme, en cohérence avec le niveau de risque auquel MGP Santé est prête à s'exposer, c'est-à-dire son appétence au risque, et son profil de risque (cartographie des risques propre à la mutuelle).

L'objectif de l'ORSA pour MGP Santé est la mise en place d'un système de gouvernance, grâce à un processus prospectif d'auto-évaluation des risques, sur lequel s'appuyer afin de :

- réviser le plan stratégique et la politique de risque ;
- gérer efficacement l'activité de MGP Santé;
- créer et de conceptualiser d'éventuel nouveaux produits ;
- répondre aux exigences réglementaires.

Concrètement, la mise en œuvre de l'ORSA passe en pratique par une projection du compte de résultats et bilan (sous Solvabilité 1 et 2) dans le cadre du plan stratégique afin de démontrer l'adéquation entre la politique de développement et la politique de risque de MGP Santé. Ce processus cyclique est réalisé en 6 étapes modélisées ci-dessous :



Un ORSA régulier est mené annuellement et présenté au conseil d'administration de fin d'année. Dans le cas de décision stratégique, telle que définie dans le paragraphe 2.1.2.1., un ORSA ponctuel est mis en œuvre.

Dans le cadre de l'ORSA régulier 2016, quatre scénarii de stress ont été réalisés.

### 2.3.4 Principe de la « personne prudente » et système de gouvernance

#### ✓ Politique générale de placement

La politique générale des placements est validée par le conseil d'administration de MGP Santé chaque année et mise en œuvre au quotidien par les responsables opérationnels de la direction de la gestion d'actifs.

La recherche de diversification des sources de risque et de performance est un objectif permanent pour la mutuelle, permettant de pérenniser le résultat financier lié aux placements.

Les investissements se font en fonction de l'analyse du contexte économique et financier, mais également en fonction de l'objectif recherché et de la valeur ajoutée estimée sur chacun des produits financiers en portefeuille, ou susceptible de l'intégrer.

Pour cela, la mutuelle s'appuie sur l'expertise d'une équipe de gestion interne au groupe, celle-ci ayant fait le choix, dans le passé, d'internaliser les compétences dans le domaine de la gestion d'actifs.

De ce fait, toutes les analyses financières sont réalisées en interne et les décisions d'investissements sont prises également en interne. Aucun mandat n'est confié à des sociétés de gestion et la mutuelle n'a pas recours à des conseillers financiers externes au groupe.

De plus, la gestion financière de MGP Santé est réalisée en architecture ouverte, c'est-à-dire qu'elle n'est liée à aucune société de gestion, banque ou courtier. La recherche du « mieux disant » est permanente, afin de défendre à tout moment les intérêts de la mutuelle.

À ce titre, la mutuelle travaille avec près de trente partenaires financiers différents. Cette diversification permet de sélectionner les expertises spécifiques à certaines sociétés, banques ou courtiers, tout en facilitant la comparaison des prestations ou produits proposés.

#### ✓ **Maîtrise des risques financiers**

La notion du couple rendement/risque est au cœur de la gestion des actifs financiers de la mutuelle.

Une multitude d'indicateurs financiers a été développée, permettant d'améliorer le suivi et l'analyse des actifs financiers en portefeuille.

Le principal indicateur de suivi du niveau de risque est la volatilité, qui peut se définir par l'ampleur des variations du prix d'un actif ou d'un portefeuille financier. Ainsi, plus la volatilité est élevée, plus les gains ou pertes peuvent être importants. Le montant maximum de la volatilité est fixé annuellement par le conseil d'administration et est présenté à chaque réunion de la commission financière.

Le suivi et le contrôle du risque est ainsi un élément essentiel de la stratégie d'investissement mise en place depuis 2011. Néanmoins, la notion de risque ne peut être analysée dans l'absolu. Il est indispensable de rapporter le niveau de risque à l'espérance de rendement d'un actif ou d'un portefeuille financier.

#### ✓ **La communication financière**

Des reportings indiquant le montant, la composition et la performance des actifs financiers sont diffusés quotidiennement et mensuellement.

La recherche d'amélioration continue de la qualité de la communication financière auprès du dirigeant opérationnel et du conseil d'administration est au cœur des préoccupations.

De ce fait, une commission financière a été mise en place dès 2013. Son objectif est d'assurer un système de gouvernance efficace qui garantisse une gestion saine, prudente et transparente des placements et le respect des orientations de placements définies par le conseil d'administration. Elle a pour objet d'éclairer le conseil d'administration et de lui fournir tous les éléments d'appréciation objectifs pour que celui-ci puisse se prononcer sur toutes questions relatives aux actifs détenus par la mutuelle.

Au minimum, deux réunions de la commission financière sont organisées chaque année. Lors de chaque réunion, un point détaillé sur la situation des actifs financiers est réalisé, afin de rendre compte à la fois de l'efficacité et de la pertinence des orientations stratégiques et des choix d'investissement réalisés. Un point sur le niveau de risque global du portefeuille financier est également présenté, la notion de couple rendement/risque étant au centre de la stratégie d'investissement.

Le rapporteur de la commission financière est chargé d'exposer au conseil d'administration le résultat des travaux de la commission et ainsi d'éclairer les décisions du conseil.

## 2.4 B.4 Système de contrôle interne

### 2.4.1 Environnement de contrôle interne

La mutuelle dispose d'un dispositif de contrôle interne efficace. Elle 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 à la législation et à la réglementation en vigueur.

Outre les acteurs définis dans les informations générales sur le système de gouvernance, le système de contrôle interne s'appuie plus spécifiquement sur les acteurs suivants :

#### 2.4.1.1 Les collaborateurs

Confrontés à la réalité immédiate et quotidienne « du terrain », les collaborateurs jouent un rôle primordial au sein du dispositif de contrôle interne. Leur expertise métier permet ainsi de maîtriser les risques encourus, ce qui leur attribue un rôle fondamental dans le dispositif global.

Ils sont ainsi notamment tenus de :

- respecter les procédures ;
- participer aux contrôles ;
- produire les informations en temps réel qui remonteront aux plus hautes instances du groupe ;
- contribuer au maintien et à l'amélioration du dispositif de contrôle interne au quotidien ;
- alerter leur direction et le service gestion des risques et contrôle interne en cas de dysfonctionnements constatés.

#### 2.4.1.2 Le service gestion des risques et contrôle interne

Le service gestion des risques et contrôle interne coordonne l'ensemble du dispositif de contrôle interne. Il est hiérarchiquement et fonctionnellement rattaché au directeur risques et performance.

Il organise et conduit la mise en œuvre de la démarche de maîtrise des risques afin de fournir à tous les collaborateurs les moyens d'assumer leurs responsabilités. Il doit à cet effet :

- établir, animer, piloter et mettre à jour le dispositif de maîtrise des risques ;
- définir et mettre en place une méthodologie de travail ;
- s'assurer de l'efficacité des moyens de maîtrise ;
- s'assurer en second niveau du respect des procédures ;
- piloter des plans d'actions transversaux ;
- suivre les plans d'actions et soutenir leur bonne réalisation ;
- participer à la mise en œuvre du dispositif de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ;
- définir, mettre en place et surveiller le dispositif de lutte contre la fraude interne et externe ;



- s'assurer du respect par les collaborateurs des règles de bonne conduite établies par la mutuelle.

Dans le cadre du contrôle permanent, le service gestion des risques et contrôle interne est en charge de la consolidation et de l'analyse des résultats du contrôle de deuxième niveau, ainsi que du suivi des préconisations formulées. Il transmet ces résultats au responsable de la fonction clé de gestion des risques.

Le service gestion des risques et contrôle interne peut solliciter directement le dirigeant opérationnel et/ou le comité d'audit en cas de survenance d'un incident opérationnel grave, de suspicion de fraude ou de détection d'une fraude avérée. Il est tenu d'informer également le responsable de la fonction clé de gestion des risques.

#### *2.4.1.3 La fonction clé de vérification de la conformité*

La politique de conformité est soumise annuellement à la validation du conseil d'administration. Il n'y a pas eu de modifications significatives apportées au cours de la période de référence.

Le responsable de la fonction de vérification de la conformité est tenu d'évaluer à intervalles réguliers l'adéquation de la politique de conformité avec l'organisation de la mutuelle, et l'environnement législatif et réglementaire auquel elle doit se conformer.

Il est tenu d'alerter le dirigeant opérationnel de toute infraction significative aux lois, règlements et normes professionnelles.

Il peut communiquer de sa propre initiative avec tout membre du personnel de la mutuelle et de ses filiales et dispose d'un droit d'accès à toute information nécessaire.

Il est présent lors des réunions :

- du conseil d'administration ;
- de la commission des risques ;
- du comité d'audit (en fonction des sujets) ;
- de la commission élection, statuts et règlements (en fonction des sujets) ;
- du comité de maîtrise stratégique.

La conformité est l'affaire de tous dans la mise en œuvre quotidienne des activités.

La fonction de vérification de la conformité s'appuie plus particulièrement sur les instances suivantes.

#### **▪ Comité conformité**

Ce comité a pour objectif de statuer sur les arbitrages nécessaires à la maîtrise du risque de non-conformité. Pour ce faire, le responsable de la fonction de vérification de la conformité y reporte ses dossiers d'analyses constitués notamment des analyses de risques et d'impacts et des plans d'actions envisagés.

Ce comité, à fréquence bimestrielle, réunit :

- le dirigeant opérationnel,
- les directeurs généraux adjoints de Timpae,
- le directeur de la stratégie de Timpae,
- le responsable de la fonction de vérification de la conformité.

À ces membres permanents, viennent s'associer le cas échéant, en fonction des sujets soumis, toute personne et notamment le responsable de la fonction de gestion des risques.

Le responsable de la fonction de vérification de la conformité, par la voie de ce comité, exerce sa mission de conseil.

Le comité s'est réuni 4 fois en 2016.

#### ▪ **Cellule conformité**

La cellule conformité est une instance opérationnelle qui contribue à l'évaluation et à la gestion du risque de non-conformité. Elle réunit l'ensemble des acteurs impliqués dans la veille juridique et réglementaire.

Outre son objectif d'implication des différents acteurs de la filière conformité dans la maîtrise des risques de non-conformité, cette instance a pour objectif de permettre également d'effectuer une analyse partagée des impacts de toute évolution législative et réglementaire, et d'assurer le suivi de la bonne mise en œuvre des actions de mise en conformité identifiées et validées.

La cellule conformité est pilotée par le responsable de la fonction de vérification de la conformité.

La cellule s'est réunie 6 fois en 2016.

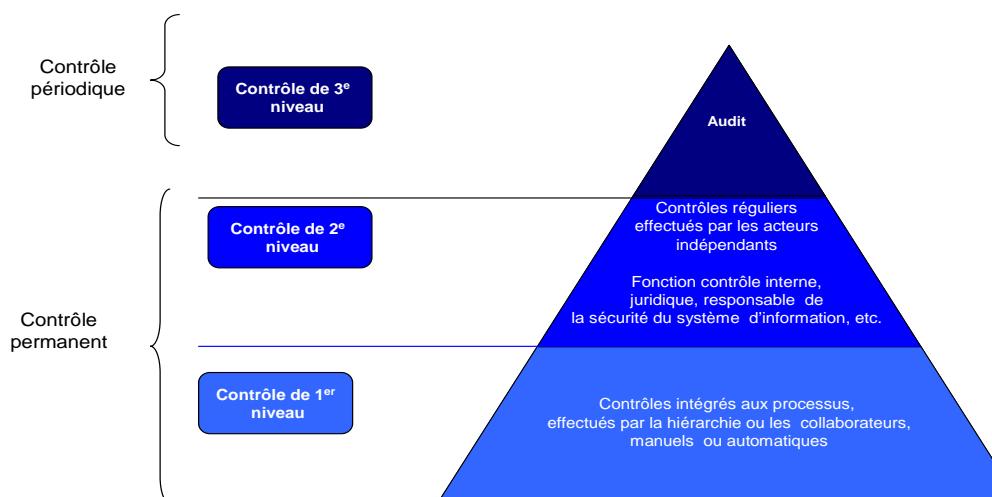
## 2.4.2 Description et évaluation du dispositif

### 2.4.2.1 Organisation générale du dispositif

Le contrôle interne repose sur un socle de contrôles permanents et périodiques relevant des règles de gouvernance et de conformité.

Le contrôle permanent est un élément du dispositif de contrôle interne dont la finalité est de s'assurer de l'efficacité et de la régularité du dispositif global. À ce titre, l'implication en amont des différentes directions est un facteur contribuant fortement à l'appropriation des méthodes par les collaborateurs.

Son déploiement est un dispositif transverse, auquel contribue à des degrés divers l'ensemble des fonctions et métiers. Il repose sur la réalisation de contrôles permanents à deux niveaux.



### Contrôles de 1<sup>er</sup> niveau

Les contrôles de niveau 1 sont réalisés au plus près des opérations et en continu avec une fréquence de réalisation pouvant aller de « systématique » à « annuelle ».

Il en existe plusieurs typologies :

- Le contrôle réalisé par les collaborateurs en charge de l'exécution des opérations et défini dans des procédures de traitements ;
- Le contrôle automatique embarqué dans les applications informatiques ;
- Le contrôle de supervision des opérations réalisé et formalisé par un superviseur, un responsable, ou un contrôleur.

Les contrôles de niveau 1 sont formalisés dans le plan de contrôle interne du processus sur lequel ils œuvrent à la maîtrise d'un ou de plusieurs risques opérationnels. Les plans de contrôle interne de niveau 1 sont définis conjointement par le service gestion des risques et contrôle interne, les responsables d'activités et les pilotes de processus.

### Contrôles de 2<sup>e</sup> niveau

Les contrôles doivent conduire à garantir le niveau de qualité de service attendu et à assurer une bonne maîtrise des risques. Les contrôles portent tant sur les activités internes que sur celles externes au groupe. Le service gestion des risques et contrôle interne réalise ou délègue les contrôles de 2<sup>e</sup> niveau et est chargé de les coordonner.

Deux méthodes d'analyse des dispositifs de maîtrise sont utilisées :

- le contrôle de conformité effectué sur les dispositifs opérationnels (niveau 1) :
  - test de cheminement : il permet de s'assurer que les dispositifs identifiés sur un processus sont réalisés tels qu'ils sont décrits ;
  - test d'efficacité : il permet de s'assurer sur un échantillon aléatoire que le dispositif est efficace.

- le contrôle de niveau 2 effectué indépendamment des dispositifs existants. Il est construit sur la base d'extractions exhaustives et transverses qui permettent de détecter des anomalies sur des activités et thématiques spécifiques.

Suite aux tests réalisés, les contrôles sont :

- satisfaisants : contrôles testés dont l'échantillon n'a pas présenté d'anomalie ou un taux d'anomalie inférieur ou égal à 5% ;
- non satisfaisants : contrôles dont l'échantillon a présenté un taux d'anomalie supérieur à 5%.

### Contrôles de 3<sup>e</sup> niveau

Les contrôles de niveau 3 sont réalisés périodiquement dans le cadre de missions d'audit interne sur des thématiques spécifiques. Ils permettent d'apprécier la qualité des dispositifs de contrôle interne de niveau 1 et 2.

#### 2.4.2.2 Communication

Les résultats des évaluations de contrôles et des niveaux de risques opérationnels sont communiqués aux responsables d'activité et pilotes de processus, chargés de les communiquer à leur directeur.

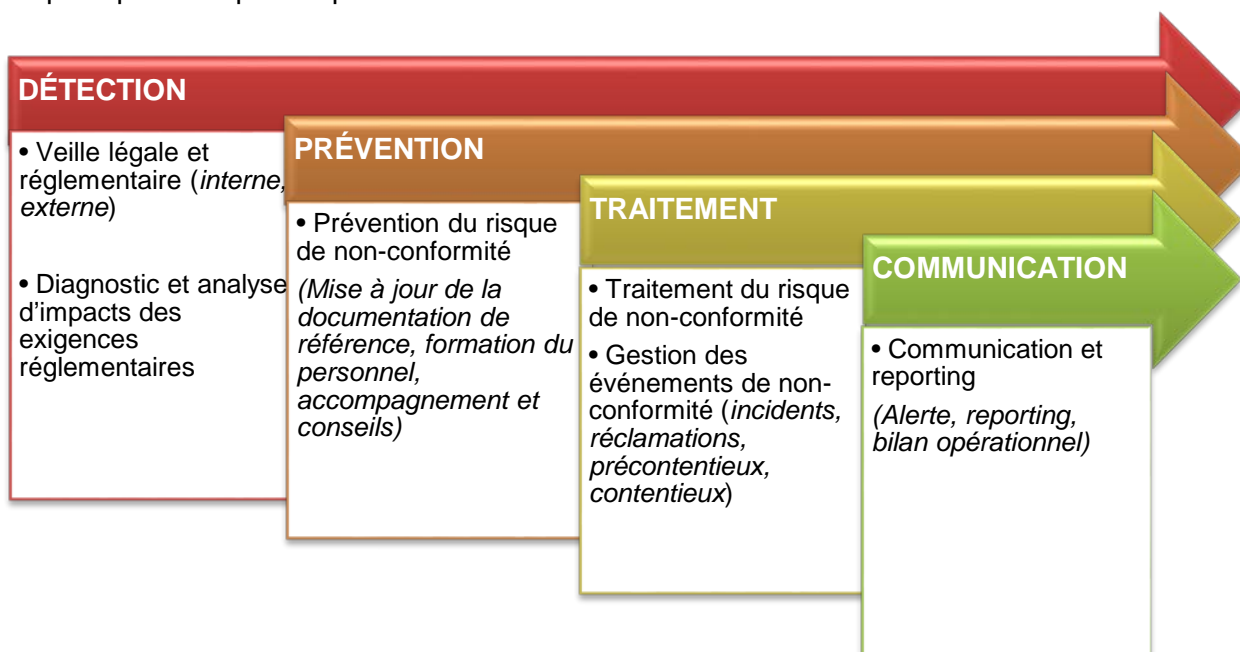
Les résultats sont également partagés en comité de maîtrise stratégique.

#### 2.4.2.3 Le dispositif conformité

La mutuelle a une démarche proactive en matière de dispositif de conformité et a mis en place les éléments clés (documents, outils, etc.) concernant la fonction vérification de la conformité.

Le dispositif s'intègre dans le processus global de gestion des risques.

Les principales étapes du processus conformité sont les suivantes :



## **Plan de conformité**

« Le plan de conformité détaille les activités prévues pour la fonction de vérification de la conformité, lesquelles couvrent tous les domaines d'activité pertinents de l'entreprise d'assurance ou de réassurance et leur exposition au risque de conformité. » (Règlement délégué (UE) 2015/35 de la Commission)

Au sein de la mutuelle, le plan de conformité est formalisé et détaille les actions à entreprendre dans le cadre de la mise en conformité des activités et de la maîtrise des risques de non-conformité.

Il est revu annuellement et constitue la feuille de route à suivre pour la fonction de vérification de la conformité pour l'année concernée.

## **Détection et prévention des risques de non-conformité**

### **▪ Veille**

Les correspondants de la cellule doivent effectuer les opérations de veille réglementaire (interne et externe), et ainsi remonter les nouvelles réglementations identifiées à la cellule conformité pour analyse.

La veille interne se rapporte à la détection de toute évolution du cadre de référence interne : organisation (nouvelle activité), processus nouveaux produits...

La veille externe se rapporte à la détection de tout nouveau texte législatif ou réglementaire.

La cellule conformité est chargée d'analyser les résultats de la veille réglementaire (interne et externe) remontés par les correspondants des directions et entités membres de la cellule conformité. Elle analyse les impacts des écarts possibles entre la réglementation et les activités de la mutuelle (dispositif existant), diffuse l'information aux acteurs de la conformité et suit le bon avancement des plans d'actions déterminés.

### **▪ Référentiel des obligations réglementaires**

La construction d'un référentiel des obligations réglementaires, en lien avec la cartographie des risques a commencé en 2015. Les travaux ont commencé par un inventaire des législations et réglementations de droit sectoriel applicables à la mutuelle. Un lien avec la cartographie des risques a ensuite été réalisé. Il consiste à identifier les risques ayant un impact pour la mutuelle pour chaque obligation réglementaire préalablement identifiée.

L'objectif est d'identifier et de suivre les risques de non-conformité, et d'adapter le dispositif de contrôle à ces risques.

Le référentiel porte principalement sur les exigences législatives, réglementaires et administratives relatives aux activités d'assurance.

### **▪ Cartographie des risques de non-conformité**

L'identification des risques de non-conformité s'effectue à partir du référentiel des obligations. L'évaluation des risques de non-conformité est réalisée selon une méthodologie analogue à celle utilisée dans pour les risques opérationnels.

## Maîtrise et traitement du risque de non-conformité

Le plan de contrôle de conformité s'inscrit dans le cadre global du dispositif de contrôle interne.

Les contrôles de conformité portent sur :

- les points de non-conformité possibles du droit sectoriel ;
- la gestion des conflits d'intérêts : code de conduite, tenue de liste, etc. ;
- la mise en œuvre des dispositifs de lutte contre le blanchissement des capitaux et le financement du terrorisme:
  - contrôles préventifs : formation des nouveaux arrivants, séparation de fonctions, rotation du personnel ;
  - contrôles de détection : dispositif d'alerte, indicateurs.

### 2.5 B.5 Fonction d'audit interne

La fonction d'audit interne, conformément à l'article 271 du règlement délégué (UE) 2015/35 de la Commission du 10 octobre 2014, participe au système de gestion des risques en effectuant des contrôles périodiques, permettant ainsi d'assurer la 3<sup>e</sup> ligne de défense.

Le plan d'audit de l'année 2016 s'est déroulé dans sa globalité.

Les travaux d'audit ont été axés principalement sur les missions d'assurance et/ou les audits de gestion. Le champ de ces travaux incluait l'examen de documents et de structures, l'analyse des activités menées, une évaluation des processus et des procédures associés, ainsi qu'une évaluation de conformité. Tous les audits planifiés et mis en œuvre ont été achevés et ont donné lieu à la publication de rapports validés avec les responsables concernés.

Les audits ont été menés conformément aux Normes internationales pour la pratique professionnelle de l'audit interne et au Code de déontologie établis par l'Institut des auditeurs internes<sup>1</sup> (IIA), ainsi qu'aux dispositions de la politique d'audit interne. En outre, il est précisé qu'au cours de la période intéressée, les auditeurs n'ont supervisé aucune des activités ayant fait l'objet d'un audit, ni n'en ont été responsables, et qu'ils n'ont pas exercé des fonctions opérationnelles.

Les résultats des travaux d'audit menés au cours de l'année ont montré que, de manière générale, les contrôles, les politiques et procédures internes étaient établis et fonctionnaient. Des axes d'améliorations ont été identifiés afin de progresser dans certains domaines. Des actions seront mises en œuvre notamment pour optimiser le pilotage, la gouvernance des nouvelles structures, la prise de décision et le renforcement de la sécurité du système d'information.

### 2.6 B.6 Fonction actuarielle

Conformément aux dispositions de l'article 48 de la directive, précisées à l'article 272 du règlement délégué, la mutuelle dispose d'une fonction actuarielle.

---

<sup>1</sup> Institut des auditeurs internes ([www.theiia.org](http://www.theiia.org)).

Les prérogatives de la fonction actuarielle incluent notamment la coordination et le contrôle des provisions techniques. En cela, la fonction actuarielle :

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

La fonction actuarielle rend compte annuellement au dirigeant opérationnel et au conseil d'administration de la fiabilité et du caractère adéquat du calcul des provisions techniques et rédige pour cela un rapport actuariel. Celui-ci met en exergue les écarts constatés, les limites des méthodes et de la qualité des données et évalue le degré de certitude et de fiabilité des calculs. Le rapport vise aussi à présenter les défaillances et les recommandations associées à mettre en œuvre pour y remédier.

La fonction actuarielle contribue également au système de gestion des risques de la mutuelle. En cela, la fonction actuarielle :

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

## 2.7 B.7 Sous-traitance

La mutuelle dispose d'une politique d'externalisation (sous-traitance) adoptée par le conseil d'administration.

Elle fait appel à l'externalisation, principalement au sein de sociétés du groupe, pour la mise en œuvre de ses activités, notamment importantes ou critiques. Elle peut néanmoins recourir à l'externalisation en dehors du groupe au regard des spécificités techniques ou de performance.

Il est précisé que Timpae, filiale de MGP Santé et société mère de Gesae, Mandae et Technae, a pour mission la fourniture de prestations de services relatifs notamment à la coordination des activités externalisées. Elle se voit également confier le rôle d'animation de ses filiales et de représentant en matière de définition, de suivi et de contrôle pour le compte de la mutuelle des activités et services qui leur sont confiés.

Au titre de l'exercice 2016, pour la réalisation de certaines tâches relevant de sa responsabilité, le responsable de la fonction actuarielle a été amené, dans le cadre de l'externalisation de certaines tâches liées à la fonction, à solliciter l'expertise d'un cabinet d'actuaire.

De même, pour la réalisation de certaines tâches relevant de sa responsabilité, le responsable de la fonction d'audit interne a été amené, dans le cadre de l'externalisation de certaines tâches liées à la fonction, à solliciter l'expertise d'un cabinet spécialisé.

Ces externalisations ont été validées par le conseil d'administration et l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolutions a été informée préalablement à leur mise en œuvre.

### 2.7.1 Définition d'une fonction / activité considérée comme importante ou critique

Aux termes de l'article R. 354-7 du Code des assurances (applicable sur renvoi de l'article R. 211-14 du Code de la mutualité), sont considérées comme des activités ou fonctions opérationnelles importantes ou critiques, les fonctions clés et celles dont l'interruption est susceptible d'avoir un impact significatif sur l'activité de l'entreprise, sur sa capacité à gérer efficacement les risques ou de remettre en cause les conditions de son agrément au regard des éléments suivants :

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

Compte tenu de la définition réglementaire d'une activité importante ou critique ainsi que de la stratégie et de l'organisation de la mutuelle, a minima les activités et fonctions ci-dessous sont celles considérées comme critiques par la mutuelle :

- les prestations de souscription et de gestion des contrats et des sinistres ;
- la conception et la tarification des produits ;
- la gestion d'actifs ;
- l'infogérance ;
- les concentrateurs de flux ;
- les fonctions clés.

Aux termes de l'article R. 354-7 du Code des assurances (applicable sur renvoi de l'article R. 211-14 du Code de la mutualité), ne sont pas considérées comme des activités ou fonctions opérationnelles importantes ou critiques, les tâches consistant notamment en :

- la fourniture à l'entreprise de services de conseil et d'autres services ne faisant pas partie des activités couvertes par son agrément, y compris la fourniture de conseils juridiques, la formation de son personnel, les services de facturation et la sécurité des locaux et du personnel de l'entreprise ;
- l'achat de prestations standards, y compris des services fournissant des informations de marché ou des flux de données sur les prix.

Outre les activités mentionnées supra (« Définition d'une fonction / activité considérée comme importante ou critique »), la mutuelle s'abstient d'externaliser des activités ou des fonctions opérationnelles importantes ou critiques, lorsque cette externalisation serait susceptible de compromettre gravement la qualité de son système de gouvernance, d'accroître indûment le risque opérationnel, de compromettre la capacité des autorités de contrôle à vérifier qu'elle se conforme bien à ses obligations ou de nuire à la prestation continue d'un niveau de service satisfaisant à l'égard des adhérents, assurés, souscripteurs et bénéficiaires de contrats.

## 2.8 B.8 Autres informations

Aucune autre information importante susceptible d'impacter le système de gouvernance n'est à mentionner.



## 3 C. PROFILS DE RISQUES

### 3.1 C.1 Risque de souscription

Le risque de souscription et de provisionnement correspond au risque de perte financière découlant respectivement d'une tarification inadaptée de la garantie et d'une évaluation inadaptée des provisions : Les cotisations ou provisions constituées sont insuffisantes au regard des prestations et frais à la charge de la mutuelle

Ce risque est susceptible de survenir notamment dans les cas suivants :

- **Création d'un nouveau produit :**

Les éléments disponibles pour l'évaluation des tarifs peuvent être insuffisants (absence de base d'expérience, ou historique insuffisants) ou inadaptés et conduisent à définir des tarifs inadaptés. La structure tarifaire adoptée peut induire un phénomène d'anti sélection.

- **Développement commercial :**

Un développement des effectifs hétérogène, ou des modalités d'adhésions inadaptées (rétroactivité des garanties, absence de questionnaire médical pour des garanties élevées ...), peuvent favoriser un phénomène d'anti sélection susceptible de compromettre l'équilibre des garanties.

- **Évolution de la composition du portefeuille**

Une politique tarifaire inadaptée peut accentuer les déséquilibres du fait d'une forte attrition des contrats les plus excédentaires.

- **Renouvellement tarifaire :**

L'évolution tarifaire déterminée pour les exercices suivants peut être insuffisante au regard des évolutions de prestations et de frais associés.

- **Dérive de la sinistralité :**

Une évolution défavorable et brusque de la charge de sinistre (cas d'une épidémie par exemple) peut compromettre ponctuellement l'équilibre des garanties.

La mutuelle suit l'évolution des risques de souscription et de provisionnement au travers de plusieurs indicateurs, régulièrement présentés à la direction et au conseil d'administration. Les indicateurs majeurs sont :

- L'évolution du portefeuille (effectifs, cotisations, prestations)
- Le rapport P/C par gamme de garanties.
- Le suivi de l'évaluation des provisions (bonis / malis).

Concernant les garanties santé (remboursement des frais de soins), la mutuelle est particulièrement sensible aux évolutions réglementaires (taxes, loi de financement de la sécurité sociale) qui, lorsqu'elles conduisent à une répercussion tarifaire significative, impactent la fidélisation et le développement des effectifs.

Pour les garanties en cas de perte de revenus (arrêt de travail), la mutuelle est plus sensible à l'augmentation de risques de pointe (arrêts de travail de longue durée des adhérents les mieux rémunérés) qu'au risque de fréquence des arrêts de courte durée.

La mutuelle dispose d'une politique de souscription, provisionnement et réassurance qui définit

- le rôle des différentes instances dans la gouvernance des risques,
- les méthodes d'évaluation et de suivi des provisions techniques,
- le processus de revue tarifaire et de détermination des conditions de renouvellement.

La politique de souscription, provisionnement et réassurance est révisée annuellement et adoptée par le conseil d'administration.

### 3.2 C.2 Risque de marché

Le risque de marché est le risque de perte qui peut résulter des fluctuations des prix des instruments financiers qui composent un portefeuille. Le risque peut porter sur la variation défavorable des cours des actions ou du prix de l'immobilier, sur la variation des taux d'intérêts, des spreads de crédit ou des parités de change, ou provenir d'une concentration excessive sur un même émetteur.

Le risque de marché correspond donc à l'impact potentiel sur les fonds propres de la mutuelle de mouvement défavorables liés aux investissements.

La mutuelle pilote son risque de marché à travers une multitude d'indicateurs, dont les principaux sont régulièrement présentés à la commission financière et au conseil d'administration.

Les principaux indicateurs sont les suivants :

- Le respect de l'allocation stratégique des investissements validée par le conseil d'administration
- L'évolution des plus ou moins-values latentes par types d'actifs
- L'évolution historique du taux de rendement et du résultat financier

Tous les placements de la mutuelle sont réalisés dans le respect du principe de la personne prudente :

- La mutuelle est en mesure d'appréhender les risques financiers associés aux actifs détenus.
- Les investissements sont réalisés en « bon père de famille » (raisonnablement) dans le meilleur intérêt des adhérents.

### 3.3 C.3 Risque de crédit

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

Ce risque peut provenir entre autres :

- Du non-paiement des cotisations dues par les adhérents
- Du non-paiement de créances détenues auprès de tiers.

### 3.4 C.4 Risque de liquidité

Le risque de liquidité se rapporte au manque de liquidité disponible pour faire face aux créances qui sont à honorer. Le risque de liquidité correspond également au risque de ne pouvoir vendre un actif financier à un prix avantageux ou de l'incapacité totale de le vendre, par manque d'acheteur en cas de stress de marché important.

Afin de maîtriser le risque de liquidité, la mutuelle, dans le cadre de sa gestion des placements s'assure de disposer d'une poche importante d'actifs de court terme. La mutuelle peut ainsi vendre à tout moment ces actifs financiers afin d'honorer tout type de dépenses et le versement quotidien des prestations des adhérents.

### 3.5 C.5 Risque opérationnel

#### 3.5.1 Appréhension du risque opérationnel au sein de la mutuelle

Le risque opérationnel est défini comme le risque de perte résultant de défaillances des procédures internes, d'organisation ou d'exécution des processus.

Ces risques sont inhérents à toute activité professionnelle et subis sans espérance de gain.

L'évaluation brute du risque opérationnel est établie sur la base

- d'hypothèses déterminées au regard des causes potentielles du risque identifié ;
- des incidents collectés sur ce risque.

Le niveau de couverture des risques par un dispositif plus ou moins pointu est déterminé au regard de l'évaluation du risque et des coûts de déploiement du dispositif de maîtrise.

L'évaluation nette du risque opérationnel est déterminée en fonction de l'efficacité globale du dispositif, calculée à partir de 2 critères :

- la qualité de la conception des dispositifs de maîtrise ;
- l'efficacité des contrôles évalués.

Les risques opérationnels, ainsi évalués sont suivis via un tableau de bord et font l'objet d'un reporting qui est communiqué aux directeurs et aux pilotes de processus via les comités de maîtrise.

#### 3.5.2 Mesure du risque opérationnel au sein de la mutuelle

Le risque opérationnel est suivi au travers de la collecte des incidents et des pertes opérationnelles, matérialisés au sein d'une cartographie des risques. Les incidents présentant un impact financier, réglementaire ou de réputation important sont remontés au 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. À cet effet, les risques majeurs suivants ont été identifiés par la mutuelle :

- Détournement de fonds et usage de faux
- Baisse significative du portefeuille d'actifs
- Divulgence d'informations confidentielles
- Détérioration de l'image

### 3.5.3 Maîtrise du risque opérationnel

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

En 2016, les travaux du service gestion des risques et contrôle interne (revues de cartographies de risques et de plans de contrôle) ont mis en évidence une qualité de conception des dispositifs de maîtrise face aux risques globalement satisfaisante.

De plus, 78% des processus groupe ont fait l'objectif d'un test de cheminement. Ces tests de cheminement ont permis de s'assurer de la conformité des plans de contrôle interne par rapport aux activités réalisées.

Le niveau de maîtrise du risque opérationnel est globalement satisfaisant.

### 3.6 C.6 Autres risques importants

Aucun autre risque important susceptible d'avoir un impact sur le profil de risque présenté plus haut n'est à mentionner.

## 4 D. VALORISATION À DES FINS DE SOLVABILITÉ

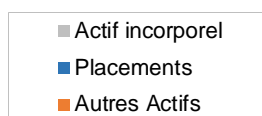
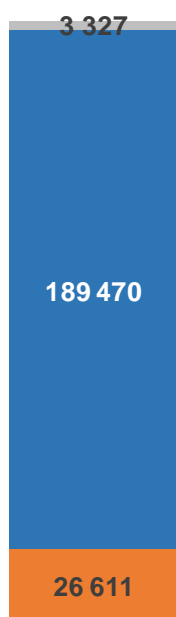
### 4.1 D.1 Actifs

#### 4.1.1 Présentation du bilan prudentiel

Les bilans simplifiés sous Solvabilité 1 et Solvabilité 2 au 31/12/2015 et 31/12/2016 sont présentés ci-après :

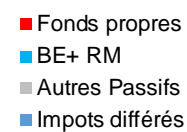
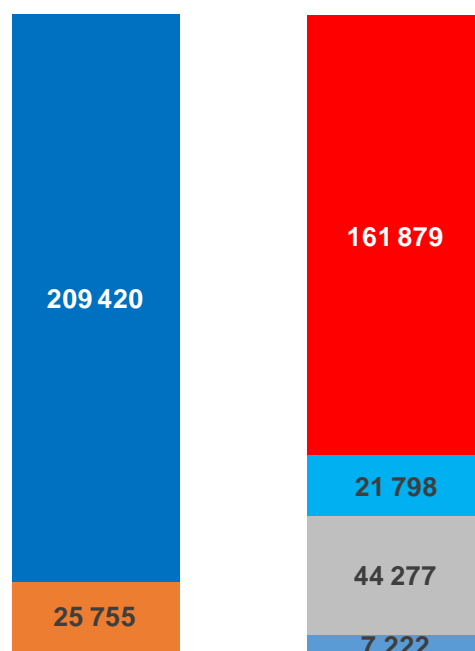
### Bilan Solvabilité 1 au 31/12/2016

En K€



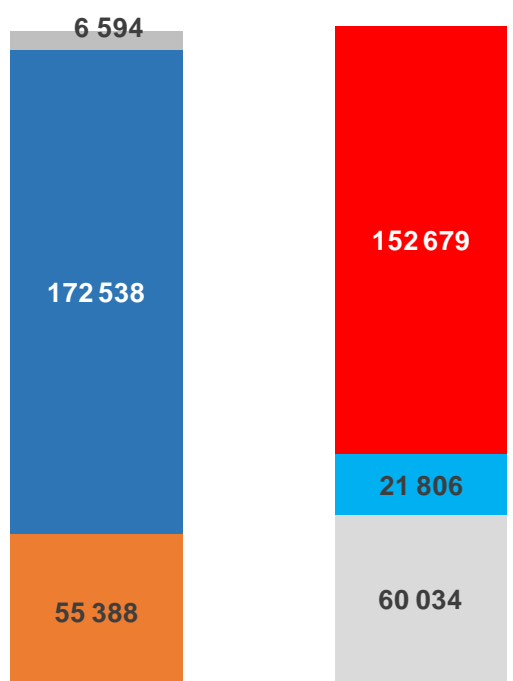
### Bilan Solvabilité 2 au 31/12/2016

En K€



### Bilan Solvabilité 1 au 31/12/2015

En K€

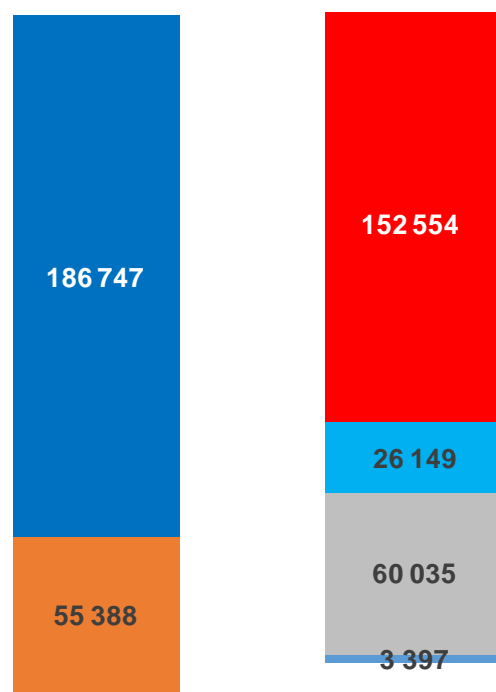


■ Actif incorporel  
■ Placements  
■ Autres Actifs

■ fonds propres  
■ Provisions Techniques  
■ Autres Passifs

### Bilan Solvabilité 2 au 31/12/2015

En K€



■ Placements  
■ Autres Actifs

■ Fonds propres  
■ BE+ RM  
■ Autres Passifs  
■ Impots différés

## 4.1.2 Périmètre et méthode d'évaluation

### 4.1.2.1 Placements

Les différents actifs sont évalués à leur valeur de marché. Lorsqu'ils sont fiables, et que des cours de marché observables sur des marchés très actifs et liquides existent, les valeurs des actifs sont égales à ces cours du marché ou aux valeurs d'expertises pour les actifs immobiliers. Lorsqu'aucune valorisation pertinente n'est disponible, la valeur nette comptable est retenue. La quasi-totalité des actifs financiers et immobiliers disposent d'une valorisation fiable au 31/12/2016, seuls les fonds en dépôts et les TSDI sont retenues pour leurs valeurs nettes comptables.

### 4.1.2.2 Actifs incorporels et autres actifs

Les actifs incorporels détenus par MGP Santé sont principalement constitués des droits d'utilisation et de développements spécifiques de son outil de gestion. De fait, les immobilisations incorporelles détenues par MGP Santé ne peuvent être vendues, MGP Santé ne détenant que des droits d'utilisation.

Ainsi les actifs incorporels de MGP Santé ne peuvent être pris en compte comme élément d'actif pour Solvabilité 2. Leur valeur est donc nulle.

La valorisation des autres actifs (bas de bilan) est identique à celle de Solvabilité 1 à l'exception de la valorisation des comptes de régularisation – actif.

Sous le référentiel Solvabilité 2, les intérêts courus non échus ainsi que l'amortissement des décotes sont déjà pris en compte dans les placements en raison de leurs évaluations en valeur de marché. Seules les charges constatées d'avance sont maintenues au poste Comptes de régularisation – Actif du bilan S2.

## 4.2 D.2 Provisions techniques

### 4.2.1 Périmètre et méthode d'évaluation

Dans le cadre de la valorisation du passif sous Solvabilité 2, les provisions techniques font l'objet d'une évaluation conforme au nouveau référentiel.

### 4.2.2 Segmentation des garanties

Dans le cadre des exigences Solvabilité 2, les différentes garanties proposées par MGP Santé relèvent de deux modules de risques :

- Le module de risque de souscription « Santé », dont l'ensemble des garanties est attaché au sous module « Santé non similaire à la vie » :

Garantie	Ligne d'activité
Gamme Traditionnelle Santé	
Gamme Accueil Bien Être Confort	
Lyria Santé	
Moduléo santé	Frais de soins
Santé Pass	
MGP Sécurité	
Complément de traitement	
Lyria salaire	
Moduléo salaire	Pertes de revenus
Garantie Protection revenus	

- Le module de risque de souscription « Non Vie », qui comprend les garanties suivantes :

Garantie	Ligne d'activité
Caution	Crédit-Caution
Calista assistance hospitalisation	Assistance

**Tableau : Segmentation des garanties par ligne d'activité**

L'évaluation des provisions techniques est effectuée par garantie et les résultats sont ensuite agrégés par ligne d'activité.

Les provisions techniques se composent d'un *Best Estimate* et d'une marge de risque, décrites ci-après.

## 4.2.3 Best Estimate

### 4.2.3.1 Best Estimate : présentation et hypothèses générales

#### **Best Estimate : présentation**

Le *Best Estimate* correspond à la valeur actualisée de l'espérance des flux de trésorerie futurs, estimés de la façon la plus réaliste possible. Il tient compte des flux entrants (primes ou cotisations) et des flux sortants (prestations et dépenses de gestion) nécessaires au respect des engagements d'assurance jusqu'à leur terme.

Le *Best Estimate* Santé et Non Vie résulte de la meilleure estimation, calculée séparément :

- des provisions pour sinistres, permettant de garantir les règlements futurs (prestations et frais) au titre des sinistres en cours à la date d'inventaire, jusqu'à leur extinction
- des provisions pour primes, permettant de garantir les règlements futurs (prestations et frais) déduction faite des primes à recevoir, au titre des engagements (contrats ou adhésions) en cours à la date d'inventaire, jusqu'à leur extinction (notion de frontière des contrats).

Pour chaque ligne d'activité, le *Best Estimate* est calculé comme étant la valeur actualisée de l'ensemble des flux (« cash flow ») futurs sortants et entrants (prestations + frais – cotisations) estimés sans marge de prudence, sur les contrats pour lesquels il existe un engagement au 31/12 de l'exercice.

#### **Best Estimate : hypothèses générales**

Les hypothèses générales qui ont été utilisées sont les suivantes :

- Frais :

Les frais retenus dans la valorisation des provisions en Best Estimate comportent une part fixe en euros indépendante des volumes d'activité, et une part variable déterminée en rapportant le montant de chaque type de frais à l'assiette associée (cotisation, provisions ou prestation). Entre 2016 et 2017, l'inflation prévisionnelle des frais a été considérée à 0%. Seuls les frais liés directement aux engagements du contrat seront pris en compte.

- Courbe des taux : la courbe des taux utilisée est la courbe de l'EIOPA au 31/12/2016 sans correction de volatilité.

### 4.2.3.2 Best Estimate : garanties « frais de soins »

En K€	Au 31/12/2016	Au 31/12/2015
Best Estimate Sinistres	+11 283	+10 900
Best Estimate Primes	-4 766	+500
<b>Best Estimate Total</b>	<b>+6 517</b>	<b>+11 400</b>

La variation du Best Estimate au titre des garanties « Frais de soins » entre le 31/12/2015 et le 31/12/2016 est expliquée en très grande partie par l'évolution des frais. On peut noter que sur ces garanties dont le déroulement est court, l'évolution de la courbe des taux, utilisée pour l'actualisation des flux de trésorerie, n'a que peu d'effet sur la variation de ces provisions.



#### 4.2.3.3 Best Estimate : garanties « pertes de revenus »

En K€	Au 31/12/2016	Au 31/12/2015
Best Estimate Sinistres	+ 11 612	+ 9 800
Best Estimate Primes	-2 705	-600
<b>Best Estimate Total</b>	<b>+ 8 907</b>	<b>+ 9 200</b>

Comme pour les garanties « frais de soins », la variation du Best Estimate des garanties « Pertes de revenus » entre le 31/12/2015 et le 31/12/2016 est expliquée en grande partie par l'évolution des frais. La progression du portefeuille de garanties Lyria Salaire entre 2015 et 2016 explique également l'évolution des deux BE.

Ici encore, l'horizon court des flux de trésorerie limite les effets que pourraient avoir l'évolution de la courbe des taux, utilisée pour l'actualisation des flux de trésorerie, sur la variation de ces provisions.

#### 4.2.3.4 Best Estimate : garantie « Caution »

MGP Santé peut recevoir des dossiers de demande de caution sur des emprunts immobiliers souscrits par ses adhérents détenteurs d'une garantie « Frais de Soins ».

En K€	Au 31/12/2016	Au 31/12/2015
Best Estimate Sinistres	0	551,4
Best Estimate Primes	561,2	32,9
<b>Best Estimate Total</b>	<b>561,2</b>	<b>584,3</b>

Lors du précédent exercice, le taux de défaillance global de 0,3% avait été porté à la ligne du Best Estimate Sinistres. Le présent retraitement amène à considérer, dans le référentiel Solvabilité 2, comme nul le BE Sinistres (absence d'IBNR) et à transférer l'estimation des engagements au BE Primes. Ce retraitement n'a pas d'incidence notable sur le montant du Best Estimate total.

#### 4.2.3.5 Best Estimate : garantie « Assistance »

Au titre de l'activité de la branche Assistance, MGP Santé porte les risques d'un seul produit intitulé « Calista assistance hospitalisation », dont l'effectif au 31/12/2016 est de 150 adhérents.

En K€	Au 31/12/2016	Au 31/12/2015
Best Estimate Sinistres	0	0
Best Estimate Primes	- 5	0
<b>Best Estimate Total</b>	<b>-5</b>	<b>0</b>

L'activité « Assistance » n'est pas significative.

#### 4.2.3.6 Best Estimate : synthèse et analyse

Les *Best Estimate* ainsi obtenus sont les suivants :

en K€	2016			2015		
	BE de primes	BE de sinistres	BE total	BE de primes	BE de sinistres	BE total
Frais de soins	-4 766	11 283	6 517	472	10 889	11 362
Perte de revenus	-2 705	11 613	8 907	-615	9 872	9 257
Caution	561	0	561	33	552	584
Assistance	-5	0	-5	0	0	0
<b>Total</b>	<b>-6 915</b>	<b>22 896</b>	<b>15 980</b>	<b>-110</b>	<b>21 313</b>	<b>21 203</b>

**Tableau : Best Estimate 2015 et 2016 par garantie**

Le montant des *Best Estimate* évalués pour 2016 est en diminution de près de 25%, soit 5 223 K€, par rapport à 2015. On note une variation du BE de Sinistres de + 7,5% expliquée par l'évolution de l'activité, et un effet minorant significatif lié à l'évolution des provisions correspondant aux engagements futurs, majoritairement expliqué par l'évolution des frais.

#### 4.2.4 Marge pour risque

Dans le cadre de la norme Solvabilité 2, la marge pour risque doit être calculée par la méthode du coût du capital. Selon cette méthode, la marge pour risque doit financer le montant de capital minimum que devrait réunir un organisme assureur qui reprendrait le portefeuille d'assurance en cas de défaillance de celle-ci, et ce jusqu'à extinction du portefeuille.

En référence aux articles 56 et 58 du règlement délégué (UE) 2015/35 de la Commission du 10 octobre 2014, MGP Santé utilise une simplification du calcul de la marge pour risque, qui utilise une approximation du SCR basée sur une proportionnalité à la valeur des provisions Best Estimate.

**La marge pour risque calculée pour l'année 2016 est égale à 5 817 K€**

#### 4.2.5 Synthèse des provisions techniques

Après ventilation de la marge pour risque sur chaque ligne d'activité au prorata des SCR, les provisions techniques se présentent comme suit :

en K€	2016		
	<i>Best Estimate</i>	Marge pour risque	Total
Frais de soins	6 517	4 629	11 146
Pertes de revenus	8 907	1 181	10 088
Crédit-Cautiion	561	5	566
Assistance	-5	2	-3
<b>Total</b>	<b>15 980</b>	<b>5 817</b>	<b>21 797</b>

en K€	2015		
	<i>Best Estimate</i>	Marge pour risque	Total
Frais de soins	11 362	3 692	15 054
Pertes de revenus	9 257	1 211	10 468
Crédit-Cautiion	584	44	628
Assistance	0	0	0
<b>Total</b>	<b>21 203</b>	<b>4 947</b>	<b>26 150</b>

#### **Tableau** : synthèse des provisions techniques au 31/12/2016 et au 31/12/2015

En synthèse, les provisions techniques en Solvabilité 2 sont évaluées à **21 797 K€**, répartis entre 15 980 K€ pour les provisions *Best Estimate* et 5 817 K€ lié à la marge pour risque. En comparaison, elles étaient évaluées à 26 150 K€ au 31 décembre 2015

### 4.3 D.3 Autres passifs

#### 4.3.1 Impôts différés

Les impôts différés représentent les impôts à venir sur les résultats futurs qui sont intégrés dans la valorisation de marché du bilan Solvabilité 2.

Le taux d'imposition considéré est de 34,43 %.

Ainsi un impôt différé de 7 222 K€ est calculé au passif du bilan Solvabilité 2

#### 4.3.2 Autres passifs

Les autres passifs sont essentiellement composés des dettes non liées aux opérations directes et de prise en substitution ou envers les établissements de crédits. Les autres passifs étant déjà en valeur réelle sous solvabilité 1, ils ne font pas l'objet d'une revalorisation pour solvabilité 2. Ils sont donc valorisés pour les mêmes montants dans les deux référentiels.

#### 4.4 D.4 Méthodes de valorisation alternatives

La mutuelle n'utilise aucune méthode de valorisation alternative autre que celles prévues par la réglementation et présentées ci-dessus.

#### 4.5 D.5 Autres informations

Aucune autre information importante susceptible d'impacter la valorisation des actifs et passifs présentée ci-dessus n'est à mentionner.

### 5 E. GESTION DU CAPITAL

#### 5.1 E.1 Fonds propres

##### 5.1.1 Structure et montant des fonds propres

Le conseil d'administration valide chaque année la couverture de la marge de la mutuelle ainsi que les projections issues du processus ORSA utilisant un horizon à 3 ans. Étant donné l'activité de la mutuelle, la politique de gestion des fonds propres est simplifiée et précisée dans la politique de gestion du capital.

En vision Solvabilité 2, les fonds propres sont obtenus par différence entre le bilan actif et les provisions techniques et les autres passifs. Ils s'élèvent à 161 879 K€ au 31/12/2016.

La structure des fonds propres S2 se présente de la manière suivante :

<i>En K€</i>	<b>2016</b>	<b>2015</b>
<b>Fonds d'établissement</b>	457	457
<b>Réserves</b>	152 211	148 462
<b>Report à nouveau</b>	0	0
<b>Résultat de l'exercice</b>	- 1 222	3 748
<b>Subventions</b>	6	11
<b>Fonds propres total en norme S1</b>	151 452	152 679
<b>Réserve de réconciliation</b>	10 427	-125
<b>Fonds propres total en norme S2</b>	<b>161 879</b>	<b>152 554</b>

**Tableau : Fonds propres 2016 et 2015 sous Solvabilité 2**

La variation des fonds propres provient principalement du résultat de l'exercice et de la réserve de réconciliation.

### 5.1.2 Qualité, clauses et conditions attachées aux éléments de fonds propres

Conformément à l'article 69 du règlement délégué (UE) 2015/35 de la Commission du 10 octobre 2014, la totalité des éléments constitutifs des fonds propres sous Solvabilité 1 est classée en niveau 1 selon la norme Solvabilité 2. Ainsi, l'intégralité des fonds propres est éligible pour couvrir le SCR et le MCR.

Aucune clause ni condition importantes attachées aux éléments de fonds propres détenus par MGP Santé ne sont à signaler.

### 5.1.3 Comparaison des fonds propres prudentiels et des fonds propres sociaux

Les fonds propres sont évalués à 151 452 K€ en valorisation Solvabilité 1 au 31 décembre 2016. La réserve de réconciliation permet d'articuler les fonds propres sociaux et le bilan prudentiel. Elle s'élève à 10 427 K€ au 31 décembre 2016, soit une hausse de 6 % des fonds propres S2 par rapport à la norme S1. Sa décomposition est présentée dans le tableau suivant.

<i>En K€</i>	<b>2016</b>	<b>2015</b>
Valorisation des actifs incorporels	- 3 327	-6 594
Passage des actifs en valeur de marché	19 951	14 209
Calcul des impôts différés	-7 222	-3 397
Calcul des provisions techniques en norme S2	1 880	-4 344
Réévaluation des autres actifs	-855	0
Réévaluation des autres passifs	0	0
<b>Réserve de réconciliation</b>	<b>10 427</b>	<b>-125</b>

**Tableau : Décomposition de la réserve de réconciliation en 2015 et 2016**

La hausse des fonds propres S2 s'explique principalement par les plus-values latentes des placements en raison du passage de ces derniers en valeur de marché. Cet effet est toutefois atténué par la valorisation nulle des actifs incorporels et la constitution d'impôts différés.

### 5.1.4 Gestion des fonds propres

Aucune évolution notable des fonds propres n'est attendue à court ou moyen terme.

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

Le capital de solvabilité requis (SCR) de la mutuelle est calculé selon la formule standard et aucune simplification ou paramètre propres à la mutuelle n'a été utilisé pour les besoins du calcul du SCR.

### 5.2.1 SCR : risque de marché

Une fois que la distinction et la mesure des différents actifs est faite, il est possible d'entamer les évaluations des charges de capital (à travers les stress tests ou des formules de calcul) pour l'ensemble des risques du module de marché. Il est à noter que parmi les risques de marché, le risque de taux d'intérêt a un impact sur les actifs, mais également sur les passifs au niveau de la valorisation des provisions.

Le module risque de marché mesure les risques découlant de la volatilité des cours de marché des actifs financiers et immobiliers. L'exposition au risque de marché est mesurée par l'impact des mouvements dans le niveau des variables financières telles que les cours des actions, les taux d'intérêt, les cours de l'immobilier, etc. Différents chargements en capital doivent être calculés, ils se décomposent en :

- chargement au titre du risque de taux d'intérêt ;
- chargement au titre du risque action ;
- chargement au titre du risque immobilier ;
- chargement au titre du risque de spread ;
- chargement au titre du risque de change ;
- chargement au titre du risque de concentration.

Le SCR de marché se présente comme suit en 2015 et 2016 :

<i>en K€</i>	2016	2015	Evolution (en %)
Risque de taux	3 385	3 912	-13 %
Risque action	17 747	10 567	68 %
Risque immobilier	4 484	5 264	-15 %
Risque de spread	11 597	12 714	-9 %
Risque de change	7 562	7 812	-3 %
Risque de concentration	11 944	6 361	88 %
<b>SCR de marché avant diversification inter-risques</b>	<b>56 719</b>	<b>46 630</b>	<b>22 %</b>

**Tableau** : Différentes composantes du SCR de marché observés en 2015 et 2016

En 2016, le risque actions a augmenté de 68 % et le risque de concentration de 88 %. Ces hausses s'expliquent par deux raisons principales:

- la souscription de certificats mutualiste par MGP Santé auprès de MGP AMIES pour un montant de 15 millions d'euros
- le renforcement des positions sur les titres de participation de la BFM pour un montant de 2,8 millions d'euros.

À l'inverse, l'ensemble des autres risques a connu une baisse en 2016.

In fine, l'agrégation des sous-modules conduit à un risque de marché, avant diversification inter-risques de 56 719 K€ soit une hausse de 22% par rapport à l'année 2015.

La charge de capital au titre du risque de marché est obtenue en agrégeant les charges de capital des risques compris dans le module de marché à l'aide de la matrice de corrélation.

<i>en K€</i>	<b>2016</b>	<b>2015</b>	<b>Evolution (en %)</b>
Exigence de capital sans diversification	56 719	46 630	22 %
Exigence de capital – Risque de marché	36 078	29 942	20 %

**Tableau : Comparaison des SCR de marchés 2015 et 2016**

In fine, l'agrégation des sous-modules conduit à un risque de marché de **36 078 K€** au 31 décembre 2016 contre 29 942 K€ au 31 décembre 2015 soit une augmentation de 20 %, essentiellement lié à la hausse des risques actions et de concentration.

## 5.2.2 SCR : risque de contrepartie

Les bas de bilan Solvabilité 2 correspondent dans le bilan de la MGP Santé au 31 décembre 2016 aux classes suivantes :

- autres créances nées d'opérations directes et de prise en substitution,
- créances nées d'opérations de réassurance et de cessions en substitution,
- personnel,
- État, organismes sociaux, collectivité publiques,
- débiteurs divers,
- avoirs en banque, CCP et caisse,
- actifs corporels d'exploitation,
- autres comptes de régularisation.

Par ailleurs, conformément aux spécifications techniques du règlement délégué (UE) 2015/35 de la Commission du 10 octobre 2014, les créances intra-groupes, les autres comptes de régularisation et les actifs corporels d'exploitation sont exclus de l'assiette de risque.

Pour MGP Santé, le risque de contrepartie est évalué à **4 233 K€** au 31 décembre 2016. L'évolution par rapport à fin 2015 se présente comme suit :

<i>en K€</i>	<b>2016</b>	<b>2015</b>	<b>Evolution (en %)</b>
Assiette de risque	12 197	8 561	42 %
<b>SCR contrepartie</b>	<b>4 233</b>	<b>3 527</b>	<b>67 %</b>

**Tableau : Capital relatif au risque de contrepartie de la MGP Santé au 31/12/2016**

Le SCR de contrepartie augmente de 67 %. Cette hausse s'explique par l'augmentation de l'assiette de risque.

### 5.2.3 SCR : risque de souscription santé

La mutuelle s'intéresse uniquement aux sous-modules concernant les risques Catastrophe et les risques non compatibles avec les techniques de l'assurance vie, soit les risques pour les garanties santé et salaire.

Le chargement en capital au titre du risque de souscription santé est obtenu en combinant les chargements en capital des différents sous-modules santé (tarification et réserve, rachat et catastrophe).

La valeur du module risque de souscription santé en 2016 est de **26 954 K€** et se décompose comme suit :

<i>en K€</i>	<b>2016</b>	<b>2015</b>
Risque de tarification et réserves	26 469	26 755
Risque de rachat	3 381	7 002
Risque Catastrophe	1 007	150
<b>SCR de souscription santé après diversification inter-risques</b>	<b>26 954</b>	<b>27 694</b>

**Tableau : SCR risque de souscription santé en 2015 et 2016**

La légère baisse s'explique principalement par la diminution du risque de tarification et de réserves et du risque de rachat partiellement compensé par l'accroissement du risque catastrophe.

### 5.2.4 Risque de souscription non-vie

Ce module se divise en trois sous-modules, à savoir :

- les risques de tarification et réserves
- le risque de rachat
- le risque catastrophe.



Pour MGP Santé, le risque de souscription non-vie correspond aux garanties caution et assistance. Il est par conséquent très faible comparé au risque de souscription santé.

Le chargement en capital au titre du risque de souscription non-vie est obtenu comme suit en combinant les chargements en capital des différents sous-modules présentés ci-dessus.

La valeur du module risque de souscription non-vie en 2015 est de **35 K€**

En K€	2016	2015
Risque de tarification et réserves	6	314
Risque de rachat	0	0
Risque catastrophe	33	46
<b>SCR Souscription Non-vie</b>	<b>35</b>	<b>329</b>

**Tableau : SCR risque de souscription non-vie en 2016 et 2015**

## 5.2.5 Évaluation du SCR

### 5.2.5.1 BSCR

Le BSCR est le Capital de Solvabilité Requis avant tout ajustement, combinant, dans la présente étude, les charges de capital pour les trois principaux modules de risque : module risque de marché, module défaut de contrepartie et module santé.

Sur la base des calculs et résultats présentés ci-avant, le BSCR en 2016 est de **51 637 K€**, **en hausse de 10 %**.

En K€	2016	2015	Evolution
<b>BSCR</b>	<b>51 637</b>	<b>46 886</b>	<b>10 %</b>

**Tableau : BSCR en 2015 et 2016**

### 5.2.5.2 Ajustement au titre de la capacité d'absorption des pertes futures

L'ajustement au titre de la capacité d'absorption des pertes futures est la somme de l'ajustement dû à la capacité d'absorption des provisions techniques et de l'ajustement dû aux impôts différés.

Dans le cas de MGP Santé, les contrats n'intégrant pas de participations aux bénéficiaires, l'ajustement dû à la capacité d'absorption des provisions techniques est nul.

Dans une situation de stress, les fonds propres S2 deviendraient inférieurs aux fonds propres S1, il n'y aurait alors plus d'impôts différés. L'ajustement dû aux impôts différés est donc égal à l'intégralité des impôts différés du bilan prudentiel, à savoir 7 222 K€

### 5.2.5.3 Risque opérationnel

Les charges de capital au titre du risque opérationnel sont fonctions du BSCR, de la charge au titre du risque opérationnel pour toutes les branches d'activité (à l'exclusion des unités de compte et du montant des frais des 12 derniers mois pour les produits en unités de compte non considérés ici).

Le SCR opérationnel est de **4 605 K€** en 2016.

En K€	2016	2015
<b>SCR Opérationnel</b>	<b>4 605</b>	<b>4 768</b>

**Tableau : Evolution du SCR opérationnel entre 2015 et 2016**

### 5.2.5.4 SCR global

Le SCR global est le Capital de Solvabilité Requis de la formule standard visée à l'article L352-1-I du Code des assurances. Il est égal à la somme du Capital de Solvabilité Requis de Base BSCR, de l'ajustement au titre de la capacité d'absorption des pertes futures et des charges de capital au titre du risque opérationnel.

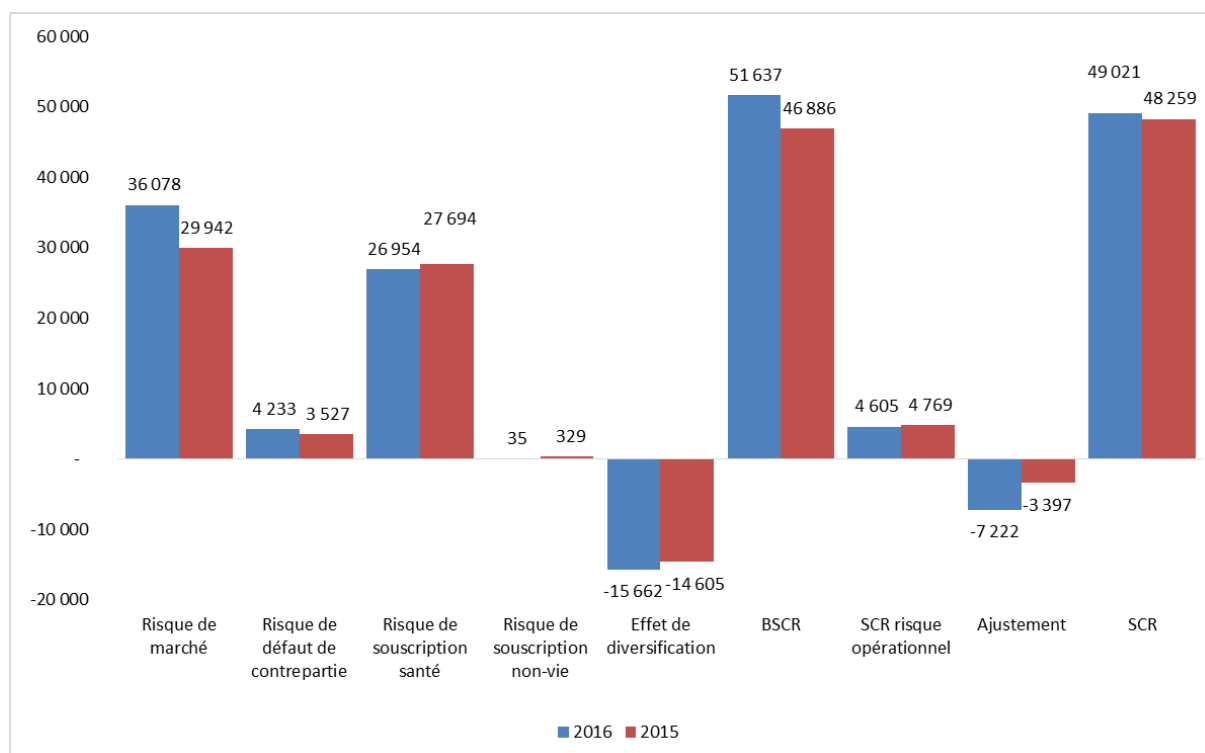
Le SCR est de **49 021 K€** pour l'année 2016.

Le SCR était égal à 48 258 K€ en 2015, soit une soit une augmentation du SCR de 2 % en 2016.

En K€	2016	2015	Evolution
Ajustement	-7 222	-3 397	113 %
SCR opérationnel	4 605	4 768	-3 %
BSCR	51 637	46 886	10 %
<b>SCR</b>	<b>49 021</b>	<b>48 258</b>	<b>2 %</b>

**Tableau : Evolution du SCR entre 2015 et 2016**

Une décomposition du SCR par sous-module permet d'illustrer le poids des différents types de risque qui le composent.



**Poids des différents sous-risques qui composent le SCR en 2015 et 2016**

Le taux de couverture de SCR s'élève à **330 %** au 31 décembre 2016 contre 316 % à fin 2015

En K€	2016	2015
<b>Fonds propres S2</b>	<b>161 879</b>	<b>152 554</b>
<b>SCR global</b>	<b>49 021</b>	<b>48 258</b>
<b>Ratio de couverture</b>	<b>330 %</b>	<b>316 %</b>

**Tableau : Taux de couverture du SCR**

### 5.2.6 MCR

Cette section décrit le mode d'évaluation du MCR.

Son calcul repose sur une combinaison linéaire des primes et des provisions, accompagnée d'un plancher et d'un plafond correspondant respectivement à 25 % et à 45 % du SCR et d'un plancher absolu (3,7 millions d'euros).

Le montant du MCR est égal à **12 255 K€** en 2016 contre 12 065 K€ en 2015.

Le taux de couverture de MCR s'élève à **1321 %** au 31 décembre 2016 contre 1264 % à fin 2015

En K€	2016	2015
<b>Fonds propres S2</b>	<b>161 879</b>	<b>152 554</b>
<b>MCR</b>	<b>12 255</b>	<b>12 065</b>
<b>Ratio de couverture</b>	<b>1321 %</b>	<b>1264 %</b>

**Tableau : Taux de couverture du MCR**

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

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

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

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

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

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

### 5.6 E.6 Autres informations

Aucune autre information importante susceptible d'impacter la structure ou les modalités de gestion des fonds propres n'est à mentionner.

# Au plus près de ses adhérents

Protéger la Nation et leurs concitoyens est l'engagement quotidien dont s'acquittent avec dévouement les forces de la communauté sécurité-défense. C'est pour leur témoigner une reconnaissance à la hauteur de leur engagement qu'Unéo, MGP et GMF se sont unies au sein d'**UNEOPOLE**. Ensemble, ces trois acteurs mutualistes référents s'engagent à assurer durablement la protection et les conditions de vie des membres de la communauté sécurité-défense en leur apportant des solutions plus spécifiques et plus justes.

Protéger ceux qui nous protègent, rassurer ceux qui nous rassurent : telle est notre mission.

Unéo, MGP et GMF  
sont membres d'  
**UNEOPOLE**  
la communauté  
sécurité défense

