





Sommaire

1.	Introduction	4
2.	Aspects réglementaires	5
3.	Synthèse	7
4.	Activités et résultats	8
4.1.	Contexte	8
4.2.	Activités et faits marquants (2016)	9
4.3.	Résultats de souscription	10
4.4.	Résultat des investissements	11
4.5.	Résultat des autres activités	12
5.	Système de gouvernance	13
5.1.	Informations générales sur le système de gouvernance	13
5.2.	Exigences de compétence et d'honorabilité	18
5.3.	Système de gestion des risques y compris l'évaluation interne des risques et de la solvabilité	20
5.4.	Système de contrôle interne	22
5.5.	Fonction d'audit interne	23
5.6.	Fonction actuarielle	24
5.7.	Sous-traitance	25
6.	Profil de risque	26
6.1.	Définitions	26
6.2.	Risque de souscription et de provisionnement	28
6.3.	Risque de marché	29
6.4.	Risque de crédit	31
6.5.	Risque de liquidité	32
6.6.	Risque opérationnel	32
7.	Valorisation à des fins de solvabilité	34
7.1.	Actifs	34
7.2.	Provisions techniques	36
7.3.	Autres passifs	37
7.4.	Méthodes de valorisation alternatives	38
7.5.	Autres informations	38
8.	Gestion du capital	39
8.1.	Fonds propres	39
8.2.	Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis	41
8.3.	Utilisation du sous-module « risque sur actions » fondé sur la durée dans le calcul du capital de solvabilité requis	42
8.4.	Différence entre la formule standard et tout modèle interne utilisé	42
8.5.	Non-respect du capital de solvabilité requis et non-respect du minimum de capital requis	42
8.6.	Autres informations	42

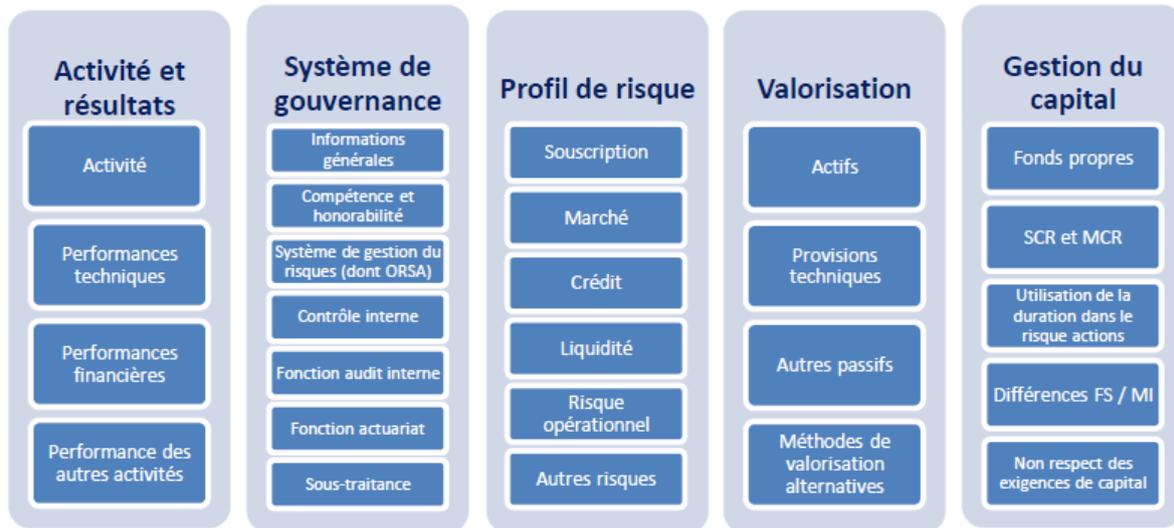


1.Introduction

Ce présent rapport constitue une obligation réglementaire dans le cadre des articles 292 à 298 du règlement délégué. Il reprend tous les changements importants survenus dans l'activité et les résultats de la Mutuelle lors du dernier exercice du 01 janvier au 31 décembre 2016. Il a été présenté au Conseil d'Administration du 11 mai 2017, qui l'a approuvé.

Les éléments présentés portent sur :

- l'activité et les résultats
- le système de gouvernance
- le profil de risque
- la valorisation à des fins de solvabilité
- la gestion du capital



Le RSR et le SFCR sont des rapports qui visent à garantir la bonne information du public et du superviseur sur les données publiées par l'organisme et sur son système de gouvernance. Le RSR est à destination du régulateur (ACPR), alors que le SFCR est à destination du public (il est notamment mis à disposition sur le site internet). Ils partagent le même plan, mais le RSR est plus détaillé.



2.Aspects réglementaires

Cette section rappelle les différents articles du règlement délégué (Solvabilité 2) encadrant le contenu du SFCR.

En l'application de l'article 292 du règlement délégué (synthèse), le rapport sur la solvabilité et la situation financière doit contenir :

- une synthèse concise, claire et compréhensible ;
- les informations sur tout changement important survenu dans l'activité et les résultats de l'entreprise, son système de gouvernance, son profil de risque, la valorisation qu'elle applique à des fins de solvabilité et la gestion de son capital ;

En l'application de l'article 293 du règlement délégué (Activité et résultats), le rapport doit contenir :

- les informations concernant le nom et la forme juridique de l'entreprise, le nom et les coordonnées de l'autorité de contrôle chargée du contrôle financier, le nom et les coordonnées de l'auditeur externe, les lignes d'activités importantes, les événements marquants survenus dans la période de référence ;
- les informations quantitatives et qualitatives concernant les résultats de souscription ;
- les informations quantitatives et qualitatives concernant les résultats des investissements ;
- les informations concernant les autres produits et dépenses importants ;

En l'application de l'article 294 du règlement délégué (Système de gouvernance), le rapport doit contenir :

- la structure de l'organe d'administration, de gestion ou de contrôle et leurs principales missions et responsabilités ;
- les informations concernant tout changement important du système de gouvernance ;
- les informations relatives à la politique et les pratiques de rémunération ;
- les informations relatives aux transactions importantes conclues durant la période référence ;
- les informations en matière de compétence et d'honorabilité ;
- les informations relatives au système de gestion des risques ;
- les informations relatives à une évaluation interne des risques et de la solvabilité ;
- les informations relatives au système de contrôle interne ;
- les informations relatives à la fonction d'audit interne ;
- les informations relatives à la fonction actuarielle ;
- les informations relatives à la politique de sous-traitance ;
- une évaluation de l'adéquation du système de gouvernance par rapport à la nature, l'ampleur et la complexité des risques inhérents à son activité ;
- toute autre information importante relative au système de gouvernance.

En l'application de l'article 295 du règlement délégué (Profil de risque), le rapport doit contenir :

- les informations quantitatives et qualitatives relatives aux risques de souscription, de marché, de crédit, de liquidité, opérationnel et autres risques importants ;
- les informations relatives à l'exposition au risque ;
- les informations relatives à la concentration des risques ;
- les informations relatives à l'atténuation des risques.



En l'application de l'article 296 du règlement délégué (Valorisation à des fins de solvabilité), le rapport doit contenir :

- les informations relatives à la valorisation des actifs ;
- les informations relatives à la valorisation des provisions techniques ;
- les informations relatives à la valorisation des autres passifs ;
- toute autre information importante concernant la valorisation des actifs et des passifs à des fins de solvabilité.

En l'application de l'article 297 du règlement délégué (Gestion du capital), le rapport doit contenir :

- les informations relatives aux fonds propres ;
- les informations relatives au capital de solvabilité requis et le minimum de capital requis ;
- toute autre information importante concernant la gestion du capital.

En l'application de l'article 298 du règlement délégué (Gestion du capital), l'entreprise doit veiller à ce que toute information ou explication relative à leur solvabilité et à leur situation financière, soit cohérente avec toute information fournie aux autorités de contrôle.



3.Synthèse

La MGAS est une personne morale à but non lucratif issue de la fusion en 1970 de la Mutuelle des Personnels du Ministère de la Santé Publique et de la Population, et de la Mutuelle des Personnels du Ministère du Travail (créées toutes les deux par des Agents des Ministères en 1945). La MGAS couvre environ 70 000 personnes, pour un chiffre d'affaire de 52 m€. Ses équipes opérationnelles sont composées d'une centaine de personnes.

La mutuelle détient l'agrément pour l'exercice d'activités relevant du livre II du code de la mutualité avec les branches suivantes de l'article R211-2 :

- branche 1 – Accident
- branche 2 – Maladie
- branche 20 – Vie-décès

Les principaux produits commercialisés (territoire français uniquement) sont :

- assurance des frais médicaux
- assurance de protection du revenu,
- assurance sur le risque décès (temporaires décès uniquement)
- dépendance (produit assuré par des tiers)
- assistance (produit assuré par des tiers)
- emprunteur (produit assuré par des tiers)
- responsabilité civile (produit assuré par des tiers)

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

- le conseil d'administration et la direction opérationnelle salariée qui porte la responsabilité de la définition, la quantification de la stratégie ainsi que de la validation des politiques écrites.
- les dirigeants effectifs (président et dirigeant opérationnel) qui mettent en œuvre la stratégie définie précédemment et peuvent engager la mutuelle auprès de tiers.
- les fonctions clés qui participent au pilotage et à la surveillance de l'activité, sur leurs champs spécifiques.

Les travaux réglementaires liés à l'environnement « Solvabilité 2 » sont réalisés en parallèle avec deux outils. D'une part, les travaux sont réalisés via l'outil VEGA mis à disposition par la FNMF. D'autre part, la MGAS a mis en place un modèle ORSA permettant de calculer son pilier 1 de manière détaillée (pour les postes significatifs). Cette approche vise à conserver un niveau de connaissance élevé de la norme (afin de bien apprécier le niveau de risque de la structure) et limiter le risque d'erreur opérationnelle. Pour l'exercice 2016, la mutuelle présente les indicateurs de référence suivants :

Indicateurs de référence ¹	2015	2016
Cotisations nettes de taxes	44 m€	52 m€
Fonds propres Solvabilité 2	33,2 m€	33,4 m€
Ratio de couverture du SCR	288 %	263 %
Ratio de couverture du MCR	897 %	903 %

¹ Les indicateurs proposés sont spécifiés dans la suite du document



4. Activités et résultats

4.1. Contexte

La mutuelle est une personne morale à but non lucratif issue de la fusion en 1970 de la Mutuelle des Personnels du Ministère de la Santé Publique et de la Population, et de la Mutuelle des Personnels du Ministère du Travail (créées toutes les deux par des Agents des Ministères en 1945). La MGAS couvre environ 70 000 personnes, pour un chiffre d'affaire de 52 m€. Ses équipes opérationnelles sont composées d'une centaine de personnes.

Le siège social de la Mutuelle MGAS est situé au 96 avenue de Suffren, 75730 PARIS CEDEX 15. Elle est régie par les dispositions du livre II du code de la mutualité. Elle est inscrite sous le numéro de SIREN 784 301 475.

La mutuelle, en l'application de l'article L612-2 du code monétaire et financier, est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 61, rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09.

La mutuelle détient l'agrément pour l'exercice d'activités relevant du livre II du code de la mutualité avec les branches suivantes de l'article R211-2 :

- branche 1 – Accident
- branche 2 – Maladie
- branche 20 – Vie-décès

Les principaux produits commercialisés (territoire français uniquement) sont :

- assurance des frais médicaux
- assurance de protection du revenu,
- assurance sur le risque décès (temporaires décès uniquement)
- dépendance (produit assuré par des tiers)
- assistance (produit assuré par des tiers)
- emprunteur (produit assuré par des tiers)
- responsabilité civile (produit assuré par des tiers)



4.2. Activités et faits marquants (2016)

Retrait de l'UMG Groupe Intérieure

La MGAS a officialisé sa démission de l'UMG Groupe Intérieure en juillet 2015, mais la sortie effective du Groupe a été retardée suite à des difficultés administratives.

Le dossier final de retrait a été déposé auprès de l'ACPR (autorité de contrôle) le 24 mars 2017. La mutuelle est en attente de la validation définitive du retrait, avec une date d'effet au 31 décembre 2016.

Reprise en assurance directe de l'offre référence en prévoyance

Depuis le 1^{er} janvier 2016, la MGAS est assureur du contrat « Prévoyance Référence ». L'objectif est de réduire le temps d'instruction des dossiers en évitant des échanges avec un partenaire assureur comme cela pouvait être le cas précédemment.

Cette reprise a notamment engendré une augmentation du chiffre d'affaires de l'ordre de 3 m€ (2 m€ en ITT et 1 m€ en décès).

Plusieurs projets structurants

- **Refonte et rationalisation des offres MGAS** : le portefeuille santé et prévoyance a été modifié, avec des travaux à la fois sur les cotisations et les grilles de prestations. Les cotisations ont été rendues plus linéaires via le passage de tranches d'âges de 5 ans à des tranches de 2 ans dans le souci de lisser les évolutions de cotisations dans le temps. Parallèlement, les grilles de prestations ont été simplifiées afin d'être plus lisibles et plus linéaires, et de nouveaux services ont été apportés en particulier l'ajout d'un réseau de soin Santéclair afin que nos adhérents bénéficient de tarifs négociés.
- **Arrêt du précompte au sein des Ministères Sociaux** : au printemps 2016, nos ministères de tutelle nous ont fait part de leur volonté de cesser le précompte des cotisations sur salaire, en date d'effet de septembre 2016.
- **Mise en place d'une cellule de gestion à Tours** : Dans un souci d'harmoniser et de centraliser ses activités mais aussi de mieux répondre aux besoins de ses adhérents, la MGAS a souhaité reprendre l'ensemble des activités relevant du régime complémentaire déléguées à MFP Services.
Ce nouveau site comprenant le courrier, le Service Relation Adhérents, la liquidation santé et le service « Réclamations » est opérationnel depuis décembre 2016.
- **Refonte de l'identité visuelle** : Dans la perspective de la sortie de l'UMG et en prévision du renouvellement du référencement des Ministères Sociaux, il était important de moderniser notre image et de nous démarquer de la concurrence.



4.3. Résultats de souscription

Les tableaux ci-après fournissent une vision synthétique du résultat de souscription en fonction des activités assurées par la MGAS.

L'allocation des frais entre les différentes activités est proportionnelle au chiffre d'affaires (sauf pour les activités courtées, pour lesquelles l'allocation correspond aux facturations du sous-traitant).

(en k€)	2015	
	Cotisations	Résultat
Santé - individuel	41 340	615
Santé - collectif	653	-35
Prévoyance NV individuelle	658	-47
Prévoyance NV collective	353	-254
Prévoyance Vie individuelle	737	-1
Prévoyance Vie collective	93	86
Non rattaché	0	0
Total	43 834	363

(en k€)	2016	
	Cotisations	Résultat
Santé - individuel	40 833	205
Santé - collectif	5 659	-345
Prévoyance NV individuelle	2 643	162
Prévoyance NV collective	571	-89
Prévoyance Vie individuelle	1 945	39
Prévoyance Vie collective	174	41
Non rattaché	-38	-63
Total	51 787	-50

La diminution de la marge en 2016 correspond à deux tendances opposées :

- Une augmentation de la « marge technique » (différence entre les cotisations et les prestations), principalement liée à l'augmentation du chiffre d'affaires (prévoyance référencée et portefeuille collectif santé via du courtage)
- Une augmentation des frais liée à des projets ponctuels.

Le périmètre « santé collectif » s'est fortement dégradé en 2016, principalement à cause du portefeuille collectif courté, dont le redressement n'a pas été aussi efficace qu'attendu. Ce point a été détecté dès septembre 2016 et des actions correctrices ont été entreprises. L'amélioration de la prévoyance collective s'explique par la présence de boni de liquidation (portefeuille en cours de constitution, avec des provisions trop prudentes en absence d'historique).



4.4. Résultat des investissements

4.4.1. Résultat financier

(en k€)	2014	2015	2016
Produits des placements	780	656	808
Charges des placements	-235	-412	-195
<i>Résultat financier (en k€)</i>	545	245	613

(en k€)	2014	2015	2016
Placements 31.12.N-1 (y.c banque, hors immo.)	30 593	31 857	37 632
Rendement net de frais	1,78%	0,77%	1,63%

Le résultat financier pour 2016 ressort à 613k€, en nette amélioration par rapport à 2015 (année où d'importantes provisions avaient été passées).

Le rendement comptable de 1,63% peut être considéré comme acceptable, dans un contexte de taux très bas, avec le taux 10 ans de l'Etat français autour de 1%.

4.4.2. Synthèse du portefeuille

(en k€)	31/12/2015			31/12/2016		
	Valeur comptable	Valeur marché	PVL	Valeur comptable	Valeur marché	PVL
Dépôt en banque et principaux comptes courants	13 678	13 678	0	16 388	16 388	0
Obligations d'Etat Français et assimilés	3 540	3 945	405	2 012	2 252	241
Oblig. d'Etat OCDE (hors France) et assimilés	1 183	1 259	77	1 711	1 804	93
Oblig. Côtées d'entreprise	2 030	2 031	2	3 971	4 092	121
Obligation privée	2 000	1 907	-93	3 000	2 857	-143
OPCVM monétaires	251	251	0	1 357	1 357	0
OPCVM obligataires	8 816	9 031	215	5 657	6 185	528
OPCVM action et diversifiés	1 185	1 358	173	995	1 157	162
EMTN	2 364	2 427	64	2 425	2 482	57
Actions et assimilés	459	1 883	1 424	459	1 876	1 417
Prêts	1 811	1 811	0	1 759	1 759	0
Dépôts et cautionnement	267	267	0	943	943	0
Immobilier	5 545	5 700	155	5 377	5 700	323
Total	43 129	45 550	2 421	46 052	48 851	2 799



4.5. Résultat des autres activités

La MGAS intervient en tant qu'apporteur d'affaires pour ses partenaires, la MGAS perçoit deux types de commissions, permettant de rémunérer l'effort commercial qu'elle réalise :

- des commissions fixes, fonction du chiffre d'affaires des contrats distribués
- des commissions variables, fonction de l'équilibre technique des contrats

Chiffre d'affaire des principaux périmètres

Le tableau ci-après présente l'évolution du chiffre d'affaires. Suite à la reprise en direct du contrat « prévoyance référence » (hors dépendance, qui a été laissée auprès d'un partenaire), le chiffre d'affaire lié aux produits distribués est en forte diminution.

Prime totale (k€)	2014	2015	2016
Montant	9 238	7 545	3 923

Commissions perçues

Prime totale (k€)	2014	2015	2016
Commissions fixes	498	473	317
Commissions variables	1 799	2 573	531

La majorité des commissions variables concernent des « rattrapages » pour des survenances antérieures, liées à des libérations de boni de liquidation. Les frais associés à la distribution et à la gestion des contrats sont estimés à 160 k€ (notamment parce que la distribution de contrats en inclusion se fait à un coût marginal quasiment nul).

L'activité d'apporteur d'affaires est donc aujourd'hui une source importante de marges, même si ces dernières sont non pérennes. En complément, il n'est pas possible pour la MGAS d'anticiper les montants qu'elle touchera les prochaines années, ce qui complexifie les projections budgétaires.



5. Système de gouvernance

5.1. 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 14 du code de la mutualité et détaillés dans les articles 258 à 260, 266 à 275 des actes délégués. L'organisation générale de la gouvernance est décrite dans les statuts de la mutuelle approuvée par l'Assemblée Générale.

La MGAS est intrinsèquement tournée vers ses adhérents en mettant en avant le principe « un adhérent, une voix » : chacun d'eux vote pour ses représentants à l'Assemblée Générale. Cette instance assure le pilotage et le contrôle de la Mutuelle et se réunit une fois par an. Elle élit des administrateurs qui définissent la stratégie (grandes orientations) et assurent la supervision « courante » des activités en se réunissant une dizaine de fois par an. Les activités quotidiennes de la MGAS sont assurées par des collaborateurs salariés, placés sous la responsabilité du Dirigeant Opérationnel.

La manière de mener les activités principales de la MGAS sont définies par des « politiques écrites » définissant un ensemble de règles et de principes dans la conduite des opérations. Elles sont revues et validées annuellement par le Conseil d'Administration, afin de s'assurer de leur pertinence.

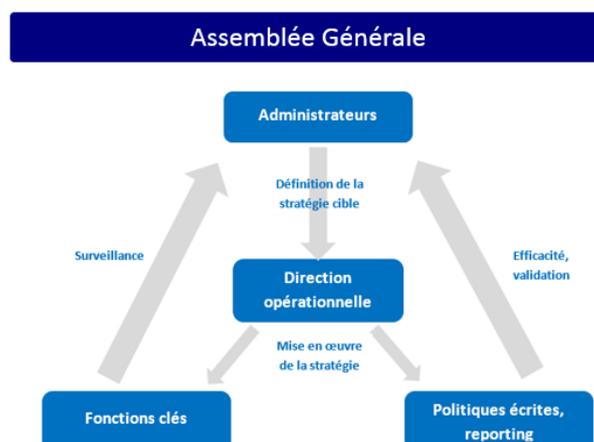
Certaines prérogatives spécifiques (actuariat, gestion des risques, conformité et contrôle interne) sont confiées à des personnes clairement identifiées, choisies pour leur expertise, et qui présentent leurs travaux personnellement, directement au Conseil d'Administration. Cela permet d'assurer la qualité des travaux, ainsi que la transparence dans la remontée des informations au Conseil d'Administration.

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

- Les administrateurs élus (conseil d'administration), représentant les adhérents
- La présidence et la direction opérationnelle choisie pour ses compétences techniques et managériales (dirigeants effectifs).
- Les fonctions clés en charge de prérogatives spécifiques (actuariat, gestion des risques, conformité et contrôle interne) devant soumettre leurs travaux au conseil d'administration.

Les rôles et responsabilités d'acteurs ont été clairement identifiés et définis, ainsi que les canaux de communication. Cela permet d'assurer une correcte séparation des tâches entre les fonctions d'administration, de gestion et de contrôle.

La vision schématique du système de gouvernance se présente comme suit :





5.1.1. Conseil d'administration

Composition et tenues du conseil d'administration

La Mutuelle est administrée par un conseil d'Administration composé de 21 membres élus par l'Assemblée Générale. Pour être éligibles au Conseil d'Administration de la MGAS, les membres doivent remplir les conditions suivantes :

- être âgé de 18 ans révolus,
- ne pas avoir exercé des fonctions de salarié au sein de la mutuelle au cours des trois ans précédents l'élection,
- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation dans les conditions énumérées à l'article L.114-21 du code de la mutualité,
- ne pas être âgé de plus de 70 ans ; à défaut, il est considéré comme démissionnaire d'office.

Les membres du conseil sont élus à bulletins secrets par l'Assemblée Générale pour six ans au scrutin uninominal majoritaire à deux tours (majorité absolue au premier tour et majorité relative au second). En cas d'égalité de voix, le candidat le plus jeune est élu.

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du Président, à minima trois fois par an. Le Conseil d'Administration est convoqué obligatoirement si un quart de ses membres le demande.

Prérogatives du conseil d'administration

Les principales prérogatives du conseil d'administration fixées dans les statuts sont les suivantes :

- détermination des orientations de la MGAS et surveillance de leur application,
- nomination du dirigeant opérationnel et approbation de son contrat de travail,
- nomination des autres dirigeants effectifs
- désignation des responsables des fonctions clés
- fixation des pouvoirs des dirigeants opérationnels et effectifs
- révocation des dirigeants opérationnels et effectifs

En complément des statuts, dans le cadre de Solvabilité 2, le conseil d'administration joue un rôle central dans le système de gouvernance de la mutuelle. A ce titre, les missions du conseil d'administration sont les suivantes :

- fixe l'appétence et les limites de tolérance générale,
- approuve les stratégies et politiques principales de gestion des risques,
- fixe les principes généraux de la politique de rémunération et supervise sa mise en œuvre,
- est conseillé par le responsable de la fonction clé conformité sur le respect des dispositions législatives règlementaires et administratives,
- détermine les actions qui sont menées pour chacune des conclusions et recommandations de l'audit interne et veille à leur bonne application
- est informé du caractère adéquat et de la fiabilité des provisions techniques ainsi que de l'avis du responsable de la fonction actuariat à travers un rapport formalisé,
- s'assure que le système de gestion des risques est efficace
- approuve et réexamine annuellement les politiques écrites
- approuve les rapports sur la solvabilité et la situation financière et l'ORSA
- en cas de recours à la sous-traitance, veille à ce que les dispositions afférentes pour chaque prestataire soient mises en place
- assume la responsabilité finale du respect par l'organisme de la directive Solvabilité 2
- fixe les délégations de pouvoirs au président et au dirigeant opérationnel.



Comités du conseil d'administration

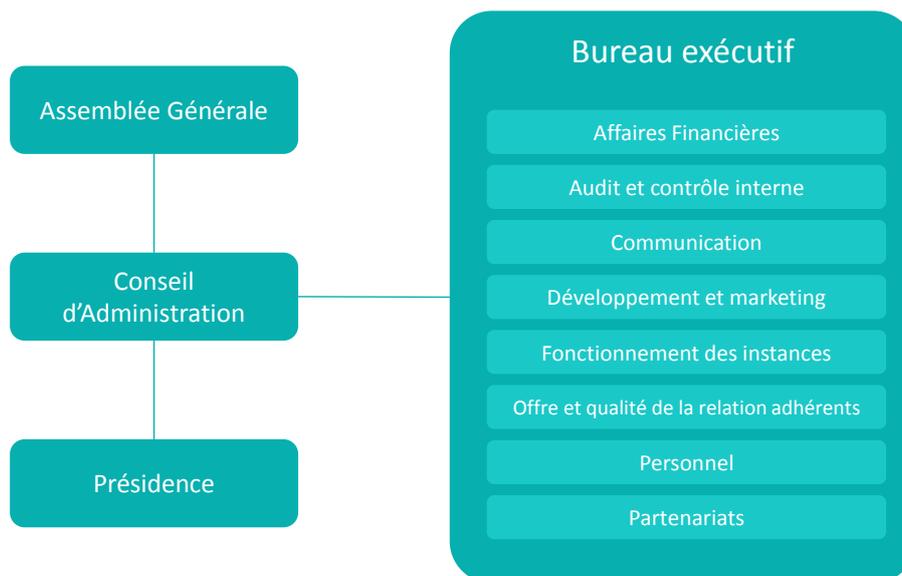
La MGAS a mis en place un programme de formation auprès d'organismes externes (cabinet de conseil ou FNMF principalement) pour assurer un socle de connaissances communes, notamment sur les problématiques solvabilité 2.

En complément, le Conseil d'Administration a identifié un certain nombre de sujets clés permettant de décomposer les activités de la Mutuelle par grande catégorie. Chacune de ces activités fait l'objet d'un suivi et d'un pilotage par un administrateur qui préside un groupe de travail. Les administrateurs qui se sont vus confier ces activités sont regroupés au sein d'une instance appelée « bureau exécutif » ; ils ont été choisis parmi les membres du Conseil d'Administration en fonction de leurs compétences et centres d'intérêts.

Ce mode d'organisation permet notamment :

- de faciliter le travail de suivi et de contrôle du CA
- d'assurer une spécialisation des administrateurs afin que le CA dispose d'une expertise dans chacun des domaines d'action de la MGAS

Conformément à son statut mutualiste, la MGAS est orientée vers ses adhérents. Elle a mis en place une organisation permettant à ses adhérents d'être représentés dans l'ensemble du processus décisionnel. La spécialisation de certains élus sur des sujets techniques permet d'assurer un contrôle de qualité sur les travaux réalisés par les collaborateurs.



Les membres du conseil d'administration disposent collectivement de la compétence et de l'expérience nécessaires mentionnés à l'article L114-21 du code de la mutualité.

Ces compétences concernent :

- les activités d'assurance (groupe de travail « offre »)
- la gestion financière (groupe de travail « Affaires Financières »)
- la stratégie de l'organisme et son modèle économique (compétence générale du CA, et plus principalement des groupes « offre », « affaires financières » pour le modèle économique, sous le contrôle du comité d'audit)
- son système de gouvernance (groupe de travail « Instances »)
- l'analyse comptable (groupes de travail « Affaires Financières » et « Audit »)
- le cadre règlementaire applicable à l'organisme (groupe de travail « Instances »)
- l'analyse statistique et/ou actuarielle (groupe de travail « offre »)



5.1.2. Direction effective

La direction effective de la mutuelle est assurée par trois dirigeants effectifs :

- Le président du conseil d'administration : Paul BENOIT (depuis le 01.12.2015)
- Le Directeur Général : Bertrand JOIGNEAULT (depuis le 01.12.2015)
- Le Directeur Général Adjoint : Yann GEORGE (depuis le 01.12.2015)

Dans le respect du principe des quatre yeux, les dirigeants effectifs de la mutuelles 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.

La MGAS a fait le choix d'avoir « 6 yeux », en nommant un 3^{ème} dirigeant effectif (la directive n'en impose que deux). Intégrer un collaborateur additionnel ayant une vision « risque » a pour objectif de garantir que cette dimension est systématiquement envisagée dans le processus de décision. En cas d'absence de consensus entre les 3 dirigeants effectifs, la voix du Président est prépondérante, conformément à nos statuts (quand bien mêmes les deux salariés auraient une position commune).

Prérogatives spécifiques du président :

- organise et dirige les travaux du conseil d'administration,
- rend compte à l'Assemblée Générale,
- veille au bon fonctionnement des organes de la MGAS,
- convoque le conseil d'administration et fixe l'ordre du jour,
- donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées,
- engage les dépenses,
- représente la MGAS en justice et dans les actes de la vie civile,
- est compétent pour décider d'agir en justice ou de défendre la mutuelle dans les actions contre elle,
- engage la responsabilité de la mutuelle,
- fixe les délégations de pouvoirs aux salariés.

Prérogatives spécifiques de la Direction Générale

- rend compte au Conseil d'Administration
- dirige les travaux des collaborateurs
- organise les travaux des 4 fonctions clés
- apporte l'expertise technique



5.1.3. Fonctions clés

Conformément à la réglementation Solvabilité 2, la mutuelle a nommé quatre responsables de fonctions clés sur les domaines suivants :

Fonction clé	Date de nomination
Gestion des risques	12/2015
Actuarielle	12/2015
Audit interne	12/2015
Conformité	12/2015

Les principales missions et responsabilités des fonctions clés sont décrites dans la politique des risques. Ce document présente également les modalités permettant à la fonction clé de disposer de toute l'autorité, ressources et indépendance opérationnelle nécessaires afin de mener ses tâches à bien.

Application du principe de proportionnalité :

- A l'heure actuelle, les fonctions « audit interne » et « conformité » sont portées par des administrateurs, et la réalisation des tâches afférentes est déléguée à des prestataires extérieurs
- Les fonctions « gestion des risques » et « actuariat » sont portées par un même collaborateur. Un recrutement est en cours, afin de séparer ces fonctions.

5.1.4. Pratique et politique de rémunération

La mutuelle a défini et validé le 21 janvier 2016 une politique de rémunération. Voici les principaux éléments :

L'article L114-26 du Code de la Mutualité prévoit les conditions d'indemnisation des administrateurs. Au sein de la MGAS, la fonction d'administrateur est gratuite et ces derniers ne bénéficient d'aucune indemnisation, y compris celles prévues au 2^{ème} alinéa de l'article précédemment cité.

La rémunération du dirigeant opérationnel, quant à elle, est votée chaque année en Conseil d'Administration, lors du renouvellement de son mandat. Elle est indépendante du résultat ou du chiffre d'affaires de la Mutuelle.

En ce qui concerne les salariés, la rémunération est principalement fixe, avec des variables ne dépassant pas 15% de la rémunération de base, et alloués suivant des critères objectifs.

En complément, la MGAS a mis en place un accord de participation dérogatoire à la formule légale, et met en place un accord d'intéressement, afin d'assurer une cohérence entre la performance opérationnelle et la rémunération versée.

5.1.5. Adéquation du système de gouvernance

Le système de gouvernance est revu périodiquement par le Conseil d'Administration, lors des validations des rapports ORSA, RSR ou SFCR.

L'organisation des comités au sein du Conseil d'Administration est revue à chaque nouvelle élection d'administrateurs, c'est-à-dire tous les 2 ans.



5.2. Exigences de compétence et d'honorabilité

Conformément à l'article 42 de la directive, transposées à l'article L.114-21 du code de la mutualité et développées aux articles 258 et 273 des actes délégués, les administrateurs, les dirigeants et responsables des fonctions clés sont soumis à une exigence double de compétence et d'honorabilité.

La mutuelle accorde une importance graduée à son niveau d'exigence en matière de compétences et d'honorabilité, conformément au principe de proportionnalité, qui se décline selon la complexité, la nature et l'envergure des activités, des domaines et des risques au sein desquels la personne évolue.

Elle opère également une distinction entre :

- Les administrateurs, devant avoir une compétence collective
- Les dirigeants effectifs
- Les fonctions clés (et éventuellement les attentes en cas de recours à la sous-traitance)

5.2.1. Politique de compétence et d'honorabilité

Le Conseil d'Administration de la MGAS a défini une politique de compétence et d'honorabilité. Cette politique, revue annuellement, précise notamment :

- Les critères permettant d'apprécier la compétence
- Les critères permettant d'apprécier l'honorabilité
- Les modalités de validation des compétences et d'honorabilité
- La responsabilité du suivi dans le temps de ces éléments
- Les modalités de vérification que les critères de compétence et d'honorabilité sont toujours adaptés à la situation de la MGAS

En pratique, on peut distinguer les travaux initiaux lors de la nomination d'une personne, et les travaux périodiques de validation que le niveau de compétence est toujours satisfaisant, compte tenu de la complexité des activités de la MGAS.

5.2.2. Exigences d'honorabilité et processus d'appréciation

L'honorabilité est appréciée via la communication d'un casier judiciaire vierge de manière régulière :

- une fois tous les 3 ans pour les salariés occupant une fonction clé
- au début de chaque mandat pour les élus (y compris au moment de leur renouvellement)
- chaque année en cas de sous-traitance

Ces travaux sont pilotés par la fonction « conformité ».



5.2.3. Exigences de compétence et processus d'appréciation

Administrateurs

L'objectif est d'assurer une compétence collective des élus, notamment au niveau du Conseil d'Administration. Cette exigence de compétence collective reste proportionnée à la nature, à la portée et à la complexité des garanties, des portefeuilles et des activités de l'organisme.

La MGAS ne distribuant que des contrats annuels, avec des garanties « classiques » (santé, incapacité, temporaire décès), l'expérience acquise grâce à l'engagement mutualiste est généralement suffisante pour assurer l'aptitude des élus.

La MGAS a mis en place un programme de formation auprès d'organismes externes (cabinet de conseil ou FNMF principalement) pour assurer un socle de connaissances communes, notamment sur les problématiques solvabilité 2.

Comme cela a été décrit précédemment, le Conseil d'Administration a identifié un certain nombre de sujets clés permettant de décomposer les activités de la Mutuelle par grande catégorie. Chacune de ces activités fait l'objet d'un suivi et d'un pilotage par un administrateur qui préside un groupe de travail. Les administrateurs qui se sont vus confier ces activités sont regroupés au sein d'une instance appelée « bureau exécutif » ; ils ont été choisis parmi les membres du Conseil d'Administration en fonction de leurs compétences et centres d'intérêts.

Dirigeants effectifs et Responsables de fonctions clés

La compétence des dirigeants effectifs et des responsables de fonctions clés s'apprécie de manière individuelle au regard de leurs prérogatives spécifiques avec les éléments suivants :

- Formations et diplômes.
- Expérience professionnelle.

Parallèlement à ces éléments, les dirigeants effectifs et les responsables de fonctions clés suivent des séminaires et conférences leur permettant d'assurer un maintien de leur compétence.

Le contrôle des exigences de compétence pour les dirigeants effectifs et les responsables de fonctions clés est assuré par le conseil d'administration.

Processus d'appréciation

Ces travaux sont pilotés par la fonction « conformité ». Ils sont présentés au moins une fois par an au Conseil d'Administration, et à chaque nomination d'une fonction clé ou d'un dirigeant effectif.

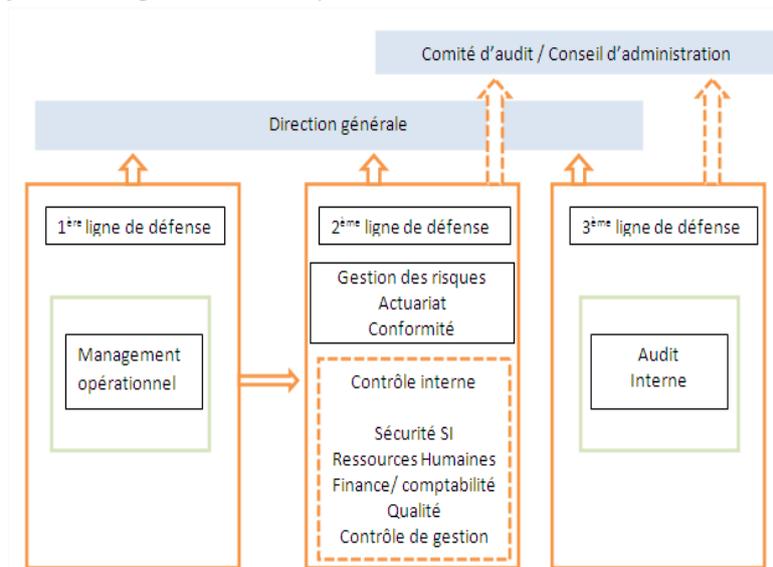


5.3. Système de gestion des risques y compris l'évaluation interne des risques et de la solvabilité

5.3.1. Organisation du système de gestion des risques

En application de l'article 44 de la directive et de l'article 259 des actes délégués, la mutuelle est tenue de mettre en place un système de gestion ayant pour vocation d'identifier et mesurer les risques auxquels elle est exposée dans le cadre de ses activités.

A cet effet, la mutuelle a mis en place un dispositif de gestion des risques dont l'organisation est définie dans la politique de gestion des risques et validée par le conseil d'administration. L'organisation du système de gestion des risques est la suivante :



A ce jour, il reste quelques périmètres sur lesquels des améliorations sont nécessaires. En particulier, le non retrait de l'UMG Groupe Intérieure et la « pression financière » (doublonnage de certains coûts) que cela a engendré ont limité la capacité de la MGAS à assumer les 4 fonctions clés de manière optimale :

- Pas de recrutement d'un collaborateur afin de porter la fonction « actuariat » : il reste un doublon avec la fonction risque
- L'audit interne n'a démarré de manière formelle qu'en avril 2017

Ce dispositif est pleinement intégré à l'organisation et au processus décisionnel. Pour cela il repose sur :

- Un cadre de risques revu annuellement déterminant l'appétence et la tolérance aux risques de la mutuelle, défini par le conseil d'administration en lien avec la stratégie.
- Des politiques de gestion des risques fixant les indicateurs de suivi des risques et limites associées conjointement définis par les managers opérationnels, la fonction clé gestion des risques et la direction puis validées par le conseil d'administration.
- Un processus de reporting et de suivi régulier des indicateurs et limites remontant jusqu'à la direction et le conseil d'administration ainsi que des modalités d'alerte en cas de détection de risques importants potentiels ou avérés.
- Une comitologie adaptée associant les dirigeants effectifs et les fonctions clés pour avis dans les instances de décision (conseil d'administration et comités de direction principalement) permettant de piloter la stratégie en fonction des risques et de contrôle (comité d'audit, groupe conformité notamment).



Les politiques suivantes ont été définies et validées par le Conseil d'Administration :

- Politiques de souscription et de provisionnement
- Politique de réassurance
- Politiques d'investissement, de gestion actif-passif, de liquidité et de concentration
- Politique de risque opérationnel
- Politique de sous-traitance

5.3.2. Evaluation interne des risques et de la solvabilité

Le dispositif d'évaluation interne des risques et de la solvabilité (ORSA) est intégré au fonctionnement de l'entreprise et s'inscrit dans le cadre du dispositif de gestion des risques. Une politique ORSA validée par le conseil d'administration précise l'organisation du processus ORSA. Plus particulièrement, la politique ORSA prévoit :

- Une réalisation annuelle de l'ORSA, voire infra-annuelle en cas de changement significatif de l'environnement ou du profil de risques.
- Une validation du rapport ORSA par le conseil d'administration qui peut selon son jugement exiger de revoir et/ou corriger des paramètres concernant l'environnement externe (concurrence, juridique, économie, fiscalité, etc.) ou interne (interdépendances de décisions, évolution du niveau d'appétence aux risques fixé, adaptation de la stratégie et/ou de l'organisation, etc.).
- Une démarche ORSA placée sous la responsabilité de la fonction « risques »

L'ORSA est considéré comme un outil de pilotage de la mutuelle qui permet notamment de :

- Valider ou amender le plan de réassurance.
- Valider ou amender la politique d'investissement.
- Valider le développement de nouveaux produits.

Dans le cadre de cet exercice, la mutuelle analyse, évalue et s'assure de la couverture de l'ensemble des risques auxquels elle est soumise et détermine ses besoins de solvabilité.

Pour cela, la démarche ORSA de la mutuelle se fonde sur les étapes suivantes :

- Une identification préalable du besoin global de solvabilité.
- Un respect permanent des exigences réglementaires en projetant l'activité de la mutuelle dans des conditions normales et dans des conditions adverses.
- Une étude de la déviation du profil de risque de la mutuelle par rapport à la formule standard proposée par la législation.

5.3.3. Rôle spécifique de la fonction gestion des risques

Dans le cadre du système de gestion des risques, le responsable de la fonction gestion des risques assume les prérogatives spécifiques suivantes :

- assistance à la mise en œuvre du système de gestion des risques,
- suivi du système de gestion des risques et du profil de risque de la mutuelle,
- déclaration des expositions aux risques et assistance sur son domaine au conseil d'administration,
- identification et évaluation des risques émergents,
- coordination opérationnelle du processus ORSA.



5.4. Système de contrôle interne

5.4.1. Description du système

En application de l'article 46 de la directive et de l'article 266 des actes délégués, la mutuelle est tenue de mettre en place un système de contrôle interne. Cette disposition est en cohérence avec les exigences préalables du décret n° 2008-468 du 19 mai 2008 transposées à l'article R.211-28 du Code de la Mutualité.

La mutuelle a défini une politique de contrôle interne décrivant les objectifs, responsabilités, processus et procédures de contrôle interne.

Ce système a pour fonction principale l'analyse et la mise en place de l'ensemble des dispositions contribuant à fournir une assurance raisonnable quant à la réalisation des objectifs suivants :

- la conformité aux lois et aux règlements régissant les activités de la mutuelle (notamment au Code de la Mutualité, Solvabilité 1 et 2, ...),
- le bon fonctionnement des processus internes de la société, la détection des éventuels dysfonctionnements et la mise en œuvre les actions correctives ou préventives adaptées,
- le recensement et le suivi des incidents (incidents informatiques, de gestion, réclamations adhérent, tiers...),
- la fiabilité de l'information comptable et financière,
- le suivi et la prise en compte des décisions des organes de direction (AG, CA, Direction Générale)

Début 2017, il a été décidé de fusionner les postes de « responsable qualité » et « responsable contrôle interne », afin d'assurer une unicité des travaux de cartographie des risques et des processus. En complément, cela permet une centralisation des travaux d'analyse des anomalies et donc une meilleure efficacité des travaux d'amélioration continue.

Les travaux du contrôle interne reposent principalement sur :

- La maintenance d'une cartographie des processus, des risques et des contrôles en place
- La mise en œuvre de ces contrôles et leur validation périodique (contrôles de premier et second niveaux)
- Le recensement des incidents, leur analyse et la mise en place de plans de correction
- La validation de l'existence d'une documentation à jour des principaux processus
- Un plan de conformité renouvelé annuellement visant à piloter l'activité de conformité et porté par la fonction « conformité ».



5.4.2. Rôle spécifique de la fonction conformité

La fonction de vérification de la conformité mentionnée à l'article L.354-1 du code de la mutualité est en charge de participer à la veille réglementaire et d'évaluer l'impact de tout changement de l'environnement juridique sur l'activité de la mutuelle. En cela, elle s'assure tout particulièrement de la couverture des risques de non-conformité. L'information est ensuite partagée tant au niveau opérationnel afin d'alimenter la mise à jour du dispositif de contrôle qu'au niveau de la direction et du conseil d'administration afin d'alerter sur les risques de non-conformité susceptibles d'impacter la stratégie, le cadre d'appétence et de tolérance aux risques et les systèmes de gestion des risques et de contrôle interne.

La fonction de vérification de la conformité est également consultée pour avis, régulièrement dans le cadre des comités Instances, Audit et Contrôle interne ou ponctuellement à l'initiative notamment de la direction et du conseil d'administration, sur toute question réglementaire ou de conformité liée aux activités d'assurance ou de réassurance dont les aspects de fraude, lutte anti-blanchiment, lutte contre le terrorisme, la protection de la clientèle... La politique de conformité décrit en détail ses responsabilités, les contours de sa mission et les modalités de reporting.

- Cette fonction est assurée par le Président du Groupe de Travail « Instances ». La réalisation des travaux sous-jacents est sous-traitée à un cabinet d'avocat et à la responsable du contrôle interne/qualité.

5.5. Fonction d'audit interne

La fonction audit interne consiste en l'organisation, le pilotage et le suivi d'une activité de diagnostic ponctuel et la rédaction de recommandations suite à une étude d'un ou plusieurs processus de fonctionnement de la MGAS. L'audit interne s'intéresse en particulier à l'analyse et la maîtrise des risques.

Il se distingue des activités de contrôle interne, dont la responsabilité incombe aux équipes opérationnelles de la MGAS et est intégré au fonctionnement quotidien, dans le but d'assurer une maîtrise adaptée des activités.

Le Conseil d'Administration de la MGAS a défini une politique d'audit interne adressant les sujets suivants :

- prérogatives,
- principe d'indépendance
- déontologie
- missions
- fonctionnement / modalités d'intervention

L'ensemble des travaux sont supervisés par un comité d'élus « Audit et Contrôle Interne ». Le conseil d'administration, par l'intermédiaire du comité d'audit, entend annuellement la fonction d'audit interne. 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.



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

- ➔ Cette fonction est assurée par le Président du Comité d'Audit et de Contrôle Interne. Les tâches sont déléguées à un cabinet extérieur, pouvant également d'appuyer sur des collaborateurs de la MGAS (responsable qualité/contrôle interne et experts métiers notamment)

Cette organisation permet d'assurer que la fonction clé a un accès direct au Conseil d'Administration, et que les travaux sont réalisés avec une indépendance vis-à-vis de la Direction Effective (ce qui permet un contrôle accru). La conduite effective des travaux est réalisée en interaction avec le Dirigeant Opérationnel.

5.6. 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.

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 à la direction 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.

- ➔ Cette fonction est assurée par le Directeur Général Adjoint (en tant que Directeur Technique et Financier). Les travaux sont réalisés sous la supervision de la « commission des offres », mais la responsabilité de la fonction est portée par un opérationnel.

En décembre 2016, la fonction clé « actuariat » a émis un rapport qui a été présenté et validé au Conseil d'Administration.



5.7. Sous-traitance

Conformément aux dispositions de l'article 49 de la directive, « Règles générales concernant l'accès aux activités de l'assurance directe et de la réassurance et leur exercice », la mutuelle dispose d'une politique de sous-traitance qui prévoit notamment les modalités de sélection et d'engagement, de suivi et de contrôle des prestations déléguées.

La politique de sous-traitance vise à garantir que la MGAS conserve la maîtrise de ses outils et procédures, même lorsqu'elle a recours à des tiers non-salariés pour mener certaines opérations.

De manière générale, la MGAS accepte de sous-traiter toutes ses activités.

Les exceptions sont les suivantes, et elles sont plus des limites que des interdictions :

- limitation de la sous-traitance pour les activités clés de la MGAS, pour lesquelles disposer de compétences en interne est clé. Cela concerne :

- GAAM (outil de gestion des contrats et cotisations)
- la liquidation santé
- la liquidation en prévoyance

- limitation limitations de la sous-traitance si elle conduit à divulguer à des tiers d'informations confidentielles trop détaillées comme :

- ses argumentaires commerciaux / son positionnement stratégique
- le détail des comptes/ de la structure de frais de gestion
- le détail des équilibres techniques de ses activités

Le pilotage des sous-traitants (ou partenaires) s'appuie notamment sur :

- une cartographie de l'ensemble des sous-traitants
- une évaluation régulière de chacun d'entre eux
- la sécurisation de la relation via des contrats détaillés, signés, détaillant les obligations de chacune des parties

Des travaux sont en cours pour centraliser l'intégralité des contrats. Ces derniers étaient historiquement suivis par chaque direction, mais il a été décidé fin 2016 que c'est le service « qualité/contrôle interne » qui piloterait ce sujet.

Cela vise à faciliter les travaux de revue par la fonction « conformité ».



6. Profil de risque

6.1. Définitions

La place de la mesure des risques dans la gestion des risques

Même si le présent rapport ne présente que les aspects de mesure des risques, il semble utile de rappeler en quoi cette étape permet d'initier toute l'analyse des risques auxquels la MGAS est confrontée, et d'en déduire des limites concrètes, opérationnelles dans la conduite de son activité. Cela permet notamment d'assurer que le niveau de risque auquel la MGAS est confrontée est inférieur au niveau de risque maximal que le Conseil d'Administration accepterait (appétence aux risques).

Processus de gestion des risques (annuel) :



Mesure du profil de risque

Cette étape consiste à mesurer l'exposition actuelle, en fonction des métriques de risque retenues. Comme indiqué précédemment, pour ne pas multiplier les indicateurs la MGAS ne diffuse que les mesures correspondant au SCR. Les travaux opérationnels utilisés pour la définition des limites de risque utilisent également des métriques avec des probabilités à 90% (plutôt que 99,5% dans le cadre du SCR).

Comparaison avec l'appétit pour le risque

Après avoir mesuré le profil de risque, il est nécessaire de le confronter à l'appétit pour le risque défini au sein de l'entreprise. Deux situations peuvent alors se présenter :

- Les mesures de risques sont dans les limites d'appétit pour le risque et il est envisageable d'accepter des risques complémentaires
- Les mesures de risques dépassent les limites d'appétit pour le risque et certains risques doivent être cédés

Préférences de risques

La sélection des catégories de risques à développer/réduire s'appuiera sur les préférences de risque, pour définir la direction dans laquelle le plan de développement (ou les réductions d'exposition) doivent être orientés.

Tolérance aux risques / allocation des tolérances aux risques

A partir de la comparaison entre le profil de risque et l'appétit pour le risque, et des critères de préférence, l'entreprise définit concrètement la manière dont elle souhaite faire évoluer son profil de risque, en allouant des « budget de risque » à chaque activité. Pour la MGAS, cela concerne principalement un équilibre entre les risques liés aux placements, à la souscription et aux contreparties.

La valeur sera négative si le souhait est de réduire une exposition, ou positif en cas d'augmentation du risque.



■ Définition des limites de risques

Dans la mesure où le calcul du profil de risque est coûteux en temps et en ressource, il n'est généralement pas envisageable de le recalculer fréquemment pour s'assurer que le développement commercial permet effectivement de rester dans les limites de l'appétit pour le risque. Dans ces conditions, il est préférable de fixer dès le départ des limites opérationnelles aisées à suivre dans le temps et dont on a estimé un lien avec le profil de risque.

Ainsi, la fixation de contraintes sur la composition du portefeuille d'actif, les types de contrats distribués, les volumes vendus ou les capitaux sous risque sur chaque tête permet de garantir la satisfaction de la politique de management du risque.

Plusieurs types de risques

Solvabilité 2 introduit plusieurs notions vis-à-vis des risques :

- les risques « importants » : les éléments « importants » sont par définition en Solvabilité 2, susceptible d'influencer le jugement et la décision
- les risques « quantifiables » : ceux pour lesquels il est possible de définir un montant de capital à détenir pour le contrer (par exemple, le risque action : il suffit de détenir suffisamment de fonds propres pour pouvoir encaisser une baisse des marchés sans faire défaut)
- les risques « non quantifiables » : l'article 29 de la Directive prévoit que « Certains risques ne peuvent être convenablement contrés qu'au moyen d'exigences concernant la gouvernance, et non par des exigences quantitatives exprimées dans le capital de solvabilité requis... ». En particulier, les risques découlant des décisions stratégiques et les risques de réputation ne sont pas quantifiables.

Dans la définition de son profil de risque, la MGAS doit s'intéresser à la fois aux aspects quantifiables (recours au pilier 1 de Solvabilité 2, comme indiqué ci-après), mais également faire une description littéraire des autres types de risques importants/significatifs auxquels elle est exposée. Ce travail servira de base à l'estimation du « Besoin Global de Solvabilité ».

Détermination du profil de risque :

Identification :

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

- Approche réglementaire : Etude de la législation et notamment de l'Article 44 de la directive européenne (souscription et provisionnement, gestion actif-passif, investissement financier, gestion du risque de liquidité et de concentration, gestion du risque opérationnel, réassurance et les autres techniques d'atténuation des risques) mais aussi des risques émergents et les risques stratégiques et de réputation.
- Approche propre à la mutuelle : Parallèlement à l'approche réglementaire, la mutuelle identifie quels sont les risques les plus importants ou significatifs à travers son dispositif ORSA et sa cartographie des risques

Mesure :

Consécutivement à l'identification, la mutuelle définit des critères de mesure et de quantification des risques (fréquence, impact, ...), ceci au moyen d'outils, de règles ou d'indicateurs (cartographie des risques, formule standard, outil de business-plan).



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

Type de risque	Outil de mesure	Type de mesure
Risques techniques	Formule standard du pilier 1	quantitatif
Risques financiers	Formule standard du pilier 1	quantitatif
Risque de réassurance	Formule standard du pilier 1	quantitatif
Risque opérationnel	- (forfaitaire) Formule standard du pilier 1 - (spécifique MGAS) Cartographie des risques	- (forfaitaire) quantitatif - (spécifique MGAS) qualitatif
Risque de conformité	Cartographie des risques	qualitatif
Risques stratégiques	Cartographie des risques Outils de business plan	plutôt qualitatif + scénarios chiffrés
Risque d'image	Cartographie des risques	qualitatif

6.2. Risque de souscription et de provisionnement

6.2.1. Appréhension du risque de souscription au sein de la mutuelle

Le risque de souscription et de provisionnement de la mutuelle correspond au risque de perte financière découlant d'une tarification ou d'un provisionnement inadaptés à la garantie sous-jacente (les cotisations ne permettent pas de couvrir les prestations et frais de l'organisme ou les provisions ne permettent pas de couvrir les prestations afférentes).

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

- **Aléa d'assurance** : le métier d'assurance en tant que tel est risqué. Le niveau de prestations à verser est volatil (d'autant plus que le portefeuille est petit, que la probabilité d'occurrence est faible et les niveaux de garanties élevés). Un tarif correct en moyenne peut s'avérer très insuffisant pour une année donnée, et la MGAS doit pouvoir « encaisser » les pertes liées à cet aléa.
- des hypothèses de tarification et de provisionnement.
- de la structure tarifaire du produit : Cotisation unique, par tranche d'âge ou par âge. Plus les tarifs sont segmentés, plus le risque d'anti sélection est limité.
- de la structure des garanties : Les gammes modulaires, ou de grandes disparités entre les niveaux de garanties, entraînent un risque d'anti sélection.
- de la distribution des produits : Les garanties proposées par un courtier présentent généralement une sinistralité plus élevée que celles distribuées en direct.
- des modalités d'adhésion : Le risque d'anti sélection est fortement corrélé aux modalités d'adhésion.
- des informations sur la population, disponibles pour la tarification et le provisionnement.



6.2.2. Mesure du risque de souscription et risques majeurs

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

- l'évolution du portefeuille (nombre d'adhérents ou montant de cotisations).
- L'évolution du rapport P/C (Prestations + Frais / Cotisations)
- les écarts entre les provisions estimées et les prestations constatées (boni/mali)

La quantification du niveau de risque s'appuie principalement sur la formule standard du pilier 1. En complément, une analyse qualitative complémentaire peut être menée, à dire d'expert, en fonction du type de produit, de la population couverte, et de la profondeur d'historique.

A l'heure actuelle, la MGAS porte une attention particulière à ses contrats de prévoyance, notamment les contrats collectifs. En effet, il s'agit d'un périmètre nouveau, présentant une volatilité plus forte que l'activité historique de couverture santé.

En complément, le renouvellement ou non de notre référencement par les Ministères de la Santé et du Travail fait peser un risque élevé sur le risque de souscription et les équilibres techniques de nos contrats individuels à court terme.

6.2.3. Maîtrise du risque de souscription

Afin de maîtriser les risques évoqués plus haut, la mutuelle a défini une politique de souscription et de provisionnement qui contribue au système de gestion des risques. A cet effet :

- le processus de tarification et de commercialisation de nouveaux produits qui prévoit des limites de volume pour les 3 premières années, lors de la mise en place d'un nouveau produit
- le processus de renouvellement tarifaire qui prévoit une analyse systématique des P/C, avec une fréquence mensuelle sur les plus gros périmètres afin de détecter rapidement toute dégradation des équilibres techniques
- le processus de provisionnement qui prévoit notamment une revue par la fonction actuarielle et des analyses d'écoulement des provisions
- le recours à la réassurance qui vise à protéger la solvabilité de la mutuelle.

Par ailleurs la sensibilité de la mutuelle au risque de souscription est testée dans le processus ORSA par le scénario 1 (le non référencement en 2017) et 2 (dérive des prestations).

6.3. Risque de marché

6.3.1. Appréhension du risque de marché au sein de la mutuelle

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

Ce risque de marché peut provenir :

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



6.3.2. Mesure du risque de marché et risques majeurs

La mutuelle pilote son risque de marché au travers de plusieurs indicateurs suivis régulièrement et présentés à la direction et au conseil d'administration (via le Groupe de Travail « Affaires Financières »). Les principaux indicateurs sont :

- l'allocation stratégique des investissements validée par le conseil d'administration.
- l'évolution des plus et moins-values latentes et rendement par type d'actif
- l'évolution des notations des actifs en portefeuille.
- la concentration du portefeuille par émetteur
- l'évolution des durations moyennes par classe d'actif

Une vision synthétique du portefeuille est analysée au moins une fois par mois par le Directeur Financier, afin d'identifier rapidement les éventuels titres « en décrochage ».

A l'heure actuelle, la MGAS porte une attention particulière à l'allongement de la durée de ses obligations, et à leur notation. En effet, elle considère que les taux d'intérêt sont amenés à remonter, ce qui aura un impact d'autant plus défavorable sur la valeur de ses placements que l'horizon d'investissement sera long (sur ses obligations).

6.3.3. Maîtrise du risque de marché

Afin de maîtriser les risques évoqués plus haut, la mutuelle a défini une politique d'investissement et de gestion actif-passif qui contribuent au système de gestion des risques. De plus, la mutuelle s'appuie sur l'expertise d'un gestionnaire d'actif à qui elle a donné des limites d'investissement, afin de limiter son exposition et son SCR.

A cet effet :

- le Conseil d'Administration a accepté une dégradation des rendements financiers, dans un contexte de taux bas, plutôt que d'augmenter le niveau de risque pour avoir du rendement à tout prix
- les orientations de placements sont définies en cohérence avec la stratégie de préservation des fonds propres
- bien que cela n'ait pas d'impact en environnement « Solvabilité 2 », la MGAS a réorienté son portefeuille obligataire vers des titres en direct, plutôt que via des OPCVM. Cela permet de lisser le résultat comptable, puisque les plus ou moins-values latentes ne sont pas comptabilisées. En complément, la MGAS a augmenté son niveau de plus-value latente afin également d'avoir des « amortisseurs comptables ».

Enfin, tous les placements de la mutuelle sont réalisés dans le respect du principe de la personne prudente :

- la mutuelle est en mesure d'appréhender les risques financiers associés aux actifs détenus (investissement dans des actifs « simples », dont la valeur et le niveau de risque peuvent être expliqués à des non expert)
- les investissements sont réalisés dans le meilleur intérêt des adhérents.

Par ailleurs la sensibilité de la mutuelle au risque de marché est testée dans le processus ORSA par le scénario 4 (pertes financières).



6.4. Risque de crédit

6.4.1. Appréhension du risque de crédit au sein de la mutuelle

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

Ce risque de défaut peut provenir :

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

6.4.2. Mesure du risque de crédit et risques majeurs

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

- la notation des banques.
- la notation des réassureurs.
- la concentration du portefeuille en termes de banques et de réassureurs.
- le suivi du paiement des créances des adhérents et des tiers.

Suite à l'arrêt du précompte par certains employeurs publics, la MGAS prête une attention particulière au risque de contrepartie vis-à-vis de ses adhérents. En effet, le risque d'impayés a fortement augmenté au cours des derniers mois.

De la même manière, les contrats collectifs engendrent un risque d'impayé important (les paiements sont souvent trimestriels et les montants en jeu sont importants).

6.4.3. Maîtrise du risque de crédit et risques majeurs

La MGAS s'est fixé des règles contraignantes dans le choix de ses partenaires bancaires et de réassurance.

Une réflexion a été initiée pour diversifier les placements de court terme, et limiter la dépendance à notre principal partenaire bancaire.



6.5. Risque de liquidité

6.5.1. Appréhension du risque de liquidité au sein de la mutuelle

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

6.5.2. Mesure du risque de liquidité et risques majeurs

Pour ses engagements à court terme relatifs à l'activité de santé, la mutuelle suit tout particulièrement son niveau de trésorerie et la liquidité des placements détenus en portefeuille.

Le risque est considéré comme faible actuellement.

6.5.3. Maîtrise du risque de liquidité

Afin de maîtriser le risque de liquidité, la mutuelle s'est donné pour objectif d'avoir des actifs liquides dont le niveau correspond à plus de deux mois de prestations.

6.6. Risque opérationnel

6.6.1. Appréhension du risque opérationnel au sein de la mutuelle

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

- risques de non-conformité (sanctions financières liées à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ou bien encore la protection de la clientèle).
- risques juridiques (frais juridiques engagés et amendes faisant suite à des litiges).
- risque de fraude interne et externe.
- risques d'exécution des opérations (défaillance humaine, de contrôle, d'organisation, etc.).
- risque de défaillance des systèmes d'information (indisponibilité ou latence des outils affectant la capacité de travail, etc.).
- risques liés à la qualité des prestations sous-traitées (qualité et délai de gestion, etc.).
- risques relevant de la sécurité des biens et des personnes (incendie, etc., affectant la disponibilité des collaborateurs et des locaux).
- risques de réputation (dégradation de l'image de la mutuelle suite à une mauvaise qualité de gestion ou un défaut de conseil lors de la commercialisation, à la qualité des produits).
- risques liés à l'évolution de l'environnement légal (nouvelle réglementation affectant directement ou indirectement la capacité à maintenir une activité).



6.6.2. Mesure du risque opérationnel et risques majeurs

Les principaux critères permettant d'apprécier le niveau de risque sont :

- le recul disponible sur les procédures et les outils en place (plus les processus existent depuis longtemps et plus le risque peut être considéré comme faible)
- le recul disponible sur l'environnement de contrôle
- la complexité des offres, des produits et des opérations
- le niveau de formation des équipes et de documentation des processus
- le niveau de sollicitation/ charge de travail des équipes, notamment des membres du Comité de Direction

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 en conseil d'administration (via le Groupe de Travail « Audit et Contrôle Interne »).

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.

6.6.3. Maîtrise du risque opérationnel

Les actions de maîtrise des risques sont listées dans la cartographie des risques. En ce qui concerne les risques opérationnels, on peut citer les moyens de mitigation suivant :

- Systématisation des processus et simplification des activités
- Documentation des procédures et formation des collaborateurs
- Environnement de contrôle de 1^{er} niveau

En complément, la MGAS est exposé au risque d'indisponibilité de ses locaux. La probabilité d'occurrence est faible, mais les conséquences sont suffisamment importantes pour que ce scénario soit préparé avec attention. A cet égard, un Plan de Continuité d'Activité (via des solutions de repli) sera formalisé en 2017. En pratique, la MGAS n'a pas les ressources financières lui permettant d'avoir un site de repli. Néanmoins, ses outils permettent le travail à distance et le PCA vise surtout à valider la capacité à déporter les activités « hors site ».



7. Valorisation à des fins de solvabilité

7.1. Actifs

7.1.1. Présentation du bilan

Bilan actif conformément aux états financiers Solvabilité 2 (en euros) :

Bilan actif	2016	2015
Écarts d'acquisitions	0	0
Frais d'acquisition reportés	0	0
Actifs incorporels	0	0
Impôts différés actifs	0	0
Excédent de régime de retraite	0	0
Immobilisations corporelles pour usage propre	5 700 000	5 897 385
Placements (autres que les actifs pour contrats en UC ou indexés)	30 121 874	29 382 055
Immobilier (autre que pour usage propre)	616 670	722 174
Participations	0	0
Actions	1 875 813	1 783 784
Actions cotées	35 140	42 140
Actions non cotées	1 840 673	1 741 644
Obligations	13 625 389	11 685 121
Obligations d'Etat	4 135 162	5 290 851
Obligations de sociétés	9 490 227	6 394 270
Obligations structurées	0	0
Titres garantis	0	0
Fonds d'investissement	8 687 635	10 640 340
Produits dérivés	0	0
Dépôts autres que ceux assimilables à de la trésorerie	5 316 367	4 550 636
Autres placements	0	0
Placements en représentation de contrats en UC ou indexés	0	0
Prêts et prêts hypothécaires	1 142 358	1 089 153
Prêts et prêts hypothécaires aux particuliers	0	0
Autres prêts et prêts hypothécaires	1 142 358	1 089 153
Avances sur polices	0	0
Provisions techniques cédées	0	0
Non vie et santé similaire à la non-vie	0	0
Non vie hors santé	0	0
Santé similaire à la non vie	0	0
Vie et santé similaire à la vie, hors UC ou indexés	0	0
Santé similaire à la vie	0	0
Vie hors santé, UC ou indexés	0	0
UC ou indexés	0	0
Dépôts auprès des cédantes	0	0
Créances nées d'opérations d'assurance	2 002 667	306 097
Créances nées d'opérations de réassurance	0	0
Autres créances (hors assurance)	1 156 650	2 777 173
Actions auto-détenues	0	0
Instruments de fonds propres appelés et non payés	0	0
Trésorerie et équivalent trésorerie	12 367 827	9 673 275
Autres actifs non mentionnés dans les postes ci-dessus	377 527	135 714
Total de l'actif	52 868 904	49 260 852



Les principales évolutions sont :

- Diminution des placements de type OPCVM et augmentation des titres détenus en direct, notamment les obligations d'entreprise
- Diminution des obligations d'Etat : en présence de taux très bas, les obligations d'états arrivant à échéance n'ont pas été remplacées
- Augmentation de la trésorerie, liée notamment à la constitution de provision de prévoyance (reprise de portefeuille) et aux difficultés rencontrées pour investir dans un environnement de taux bas
- Les créances nées d'opérations d'assurance sont principalement liées au développement du collectif : les encaissements de cotisation sont trimestriels à terme échu, si bien que le dernier trimestre 2016 n'avait pas été encaissé.
- Les autres créances ont baissé, du fait d'une baisse des commissions variables au titre des contrats distribués pour le compte de tiers
- Les Immobilisations corporelles, qui étaient comptabilisées pour 193 k€ en 2015 au titre de « Immobilisations corporelles pour usage propre » sont désormais positionnées en « autre actifs » pour 283 k€. Il s'agit d'un reclassement imposé par l'utilisation de l'outil VEGA, sans impact autre que de présentation.

7.1.2. Base générale de la comptabilisation des actifs

La base générale de comptabilisation de l'actif, est conforme à la réglementation Solvabilité 2 et fondée sur l'approche suivante [à modifier/compléter en fonction de la situation de chaque mutuelle] :

- Valeur d'échange quand le titre est disponible sur un marché actif règlementé (actions, obligations,...)
- Si celle-ci n'est pas disponible :
 - Valeur d'expert (notamment pour l'immobilier ou les titres non liquides).
 - Ou valeur issue d'un modèle (notamment pour les provisions cédées).

La mutuelle n'a pas identifié de source majeure d'incertitude liée à la valorisation des actifs. Le seul actif significatif pour lequel une valeur à dire d'expert est retenue concerne la participation dans la banque BFM (les titres ne sont pas cotés et il n'y a pas eu transaction récente). La valeur des actions est fondée sur l'actif net comptable, et est *a priori* prudent.

7.1.3. Immobilisation incorporelles significatives

Toutes les immobilisations incorporelles sont mises à 0 dans le bilan économique.

7.1.4. Baux financiers et baux d'exploitation

Sans objet.

7.1.5. Impôts différés actifs

Les impôts différés liés à l'annulation des immobilisations corporelles ne sont pas prises en compte. Ils valent 22 k€ et sont de toute manière négligeables. Ils ne sont ni reconnus à l'actif, ni « nettés » avec les impôts différés passifs.

7.1.6. Entreprises liées

Sans objet.



7.2. Provisions techniques

7.2.1. Montant des provisions techniques et méthodologie

Ligne d'activité	Provisions de primes brutes	Provisions de sinistres brutes	Marge de risque	Provisions techniques Brutes (pas de provisions cédées)
Santé	-498 100	5 869 050	418 742	5 789 692
Prévoyance NV	-545 032	2 793 403	199 303	2 447 674
Vie (tempo DC)	0	978 110	69 410	1 047 519
Total	-1 043 132	9 640 562	687 455	9 284 885

La MGAS estime les flux de provisions, qui sont ensuite alimentés dans VEGA pour être actualisés (courbe des taux de l'EIOPA).

Ces flux sont obtenus de la manière suivante :

- Provisions pour primes : utilisation des chiffres d'affaires, des ratios P/C et des niveaux de frais du modèle ORSA (généralement, on suppose que CA N+1 = CA, idem pour le P/C). Le niveau de frais est estimé à partir des travaux budgétaires.
- Provision pour sinistres : on considère que le Best Estimate est égal aux provisions comptables. La MGAS n'a pas assez d'historique pour estimer les marges futures dans ses provisions.

Par simplification, on suppose que les flux tombent tous la première année. En environnement de taux très bas et avec des produits ayant une durée courte, cette hypothèse est conforme au principe de proportionnalité

Le calcul de la marge de risque est réalisé via une approche par durée (avec durée mini =1) :

$$\rightarrow \text{durée} \times 6\% \times \text{SCR}_{\text{hors marché}}$$

NB : dans la mesure où les produits de prévoyance non vie (pour lesquels le CA N+1 doit être retenu) et les temporaires décès (dont le CA devrait être exclu) sont commercialisés conjointement (et renouvelables par tacite reconduction), les provisions techniques « vie » tiennent compte d'une année de chiffre d'affaire (ainsi que des prestations et frais associés).

7.2.2. Incertitude liée à la valeur des provisions techniques

Dans le cadre de l'évaluation précédente, les incertitudes liées au calcul des provisions techniques sont les suivantes :

- sur l'évaluation des provisions de sinistre :
 - incertitude liée à la cadence d'écoulement des sinistres.
- sur l'évaluation des provisions de prime :
 - incertitude liée à la sinistralité future.
 - incertitude liée aux frais futurs.



7.3. Autres passifs

7.3.1. Montant des autres passifs et méthodologie

Les autres passifs de la mutuelle, se présentent de la manière suivante :

Autres passifs	2016	2015
Dettes pour dépôts espèces des réassureurs		
Impôts différés passifs	697 359	705 544
Produits dérivés		
Provisions non techniques (retraite et contentieux)	595 075	473 088
Dettes envers les établissements de crédit	0	2 015 429
Dettes financières (autres qu' envers les établissements de crédit)		
Dettes nées d'opérations d'assurance		
Dettes nées d'opérations de réassurance		
Autres dettes (non liées aux opérations d'assurance)	8 867 411	7 114 602
Dettes subordonnées		
Dettes subordonnées exclues des fonds propres de base		
Dettes subordonnées incluses dans les fonds propres de base	5 000 000	5 000 000
Autres dettes non mentionnées dans les postes ci-dessus		

Les impôts différés passifs proviennent :

- Des plus-values latentes fiscalisée (400 k€)
- Du passage des provisions techniques aux *Best Estimates* (300 k€)

Les autres passifs de la mutuelle ont été comptabilisés de la manière suivante :

- Estimation à la valeur comptable considérée comme la meilleure approximation de la valeur de marché.
- Retraitements du bas de bilan liés à la valeur de marché (annulation des décotes notamment).

Par ailleurs, la mutuelle n'a pas procédé au cours de l'exercice à une modification des bases de comptabilisation et de valorisation, elle n'a pas non plus identifié de source majeure d'incertitude liée à la valorisation de ces autres passifs.

7.3.2. Accord de location

Le seul bail significatif concerne le site de gestion à Tours, dont le loyer est un 3-6-9, pour un montant annuel de l'ordre de 100 k€.

7.3.3. Impôts différés Passif

Les impôts différés passifs sont obtenus en multipliant le taux d'IS (33,33%) par les plus-values futures sur actifs (en tenant compte des éléments pour lesquelles l'IS a déjà été payé ou ceux pour lesquelles il n'est pas dû) ; ainsi que par la marge future mise en évidence lors du passage aux provisions prudentielles (l'impact provient de la prise en compte d'une année de résultat technique dans le « BE de prime »).



7.3.4. Avantages économiques et avantages du personnel

Le poste « Provisions non techniques (retraite et contentieux) » correspond à la provision au titre des indemnités de fin de carrière. Le montant économique est supposé égal au montant comptable (pas de modification de la courbe des taux utilisée, l'écart étant marginal).

Il en va de même pour les provisions pour contentieux.

7.4. Méthodes de valorisation alternatives

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

7.5. Autres informations

En tant qu'apporteuse d'affaires pour le compte d'assureur tiers, la MGAS bénéficie d'une quote-part des résultats techniques. Cette quote-part peut être immédiate, ou différée via la constitution de « provision pour égalisation ».

Le bilan économique de la MGAS ne tient pas compte des quotes-parts de « provisions pour égalisation » qui doit revenir à la MGAS dans les années à venir. Si la valorisation au bilan serait possible, la MGAS ne dispose pas des informations techniques suffisantes pour les intégrer dans ses calculs de SCR.

Ces montants sont de l'ordre de 2 m€ au 31.12.2016, soit 1,3 m€ après impôts. Le ratio de solvabilité est donc légèrement sous-estimé.



8. Gestion du capital

8.1. Fonds propres

8.1.1. Structure des fonds propres

En tant qu'organisme à but non lucratif, la MGAS vise seulement à assurer un résultat comptable lui permettant d'améliorer continuellement sa stabilité financière. Sa politique de placement s'apparente à celle d'un « bon père de famille », c'est-à-dire à obtenir des revenus stables dans le temps, en limitant le risque de perte en capital. Dans la mesure où elle n'a pas d'actionnaire, la MGAS ne verse pas de dividendes, mais ne peut pas non plus lever de nouveaux fonds propres. Par suite, ces derniers correspondent exclusivement à ses résultats (résultats passés en environnement comptable, prise en compte des « résultats latents » en Solvabilité 2).

Dans le cadre de ses travaux d'ORSA, ainsi que lors de la réalisation de son rapport de Solvabilité, la MGAS a réalisé un certain nombre de simulation permettant de confirmer que son niveau de fonds propres est suffisant pour conduire son plan de développement. L'horizon de projection retenu est de 5 ans.

La gestion des fonds propres de la mutuelle est revue chaque année par le conseil d'administration qui valide la couverture de marge de la mutuelle ainsi que les projections issues du processus ORSA utilisant un horizon de 3/5 ans. Etant donné la nature de l'organisme, la politique de gestion des fonds propres est simplifiée et précisée dans la politique d'investissement.

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

Structure des fonds propres (en euros)	Fonds propres N	Fonds propres N-1	Niveau 1 - non restreint	Niveau 1 - restreint
Fonds propres de base				
<ul style="list-style-type: none"> ■ Fonds initial, cotisations des membres ou élément de fonds propres de base équivalent pour les mutuelles et les entreprises de type mutuel 	381 100	381 100	381 100	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Réserve de réconciliation 	28 043 073	27 799 525	28 043 073	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Passifs subordonnés 	5 000 000	5 000 000		5 000 000
<ul style="list-style-type: none"> ■ Montant égal à la valeur des actifs d'impôts différés nets 				
Total fonds propres de base après déductions	33 424 173	33 180 625	28 424 173	5 000 000

Rationalisation des fonds propres	2016
Fonds propres comptables (dont TSDI)	30 503 250
Annulation actifs incorporels	-67 554
Reconnaissance des plus-values latentes	2 788 111
Passage des provisions en prudentiel	897 725
Impôts différés passifs	-697 359
Fonds propres prudentiels	33 424 173

La variation 2015/2016 est très faible, dans la mesure où le résultat 2016 est juste à l'équilibre. L'écart provient d'une augmentation des plus-values latentes d'environ 300 k€ sur des OPCVM. Il n'y a pas eu d'évolution majeure dans le passage du bilan S1 au bilan S2.



8.1.2. Passifs subordonnés

LA MGAS a émis des titres subordonnés pour 5 m€ en 2010. Les principales caractéristiques de ces passifs sont :

- Ils ne sont remboursables qu'après validation de l'ACPR, et un préavis de 5 ans
- Ils ont un taux d'intérêt variable indexé sur le TEC 10, payable annuellement
- Ils sont subordonnés, c'est-à-dire que le créancier n'est pas prioritaire dans le recouvrement des sommes si la MGAS venait à être liquidée.
- Au regard des clauses de « *grand fathering* » prévues par la directive Omnibus II, ces titres sont classés en niveau 1.

8.1.3. Fonds propres éligibles et disponibles

Structure des fonds propres (en euros)	Fonds propres N	Fonds propres N-1	Niveau 1 - non restreint	Niveau 1 - restreint
Fonds propres de base				
Total des fonds propres disponibles pour couvrir le capital de solvabilité requis	33 424 173	33 180 625	28 424 173	5 000 000,0
Total des fonds propres disponibles pour couvrir le minimum de capital requis	33 424 173	33 180 625	28 424 173	5 000 000,0
Total des fonds propres éligibles pour couvrir le capital de solvabilité requis	33 424 173	33 180 625	28 424 173	5 000 000,0
Total des fonds propres éligibles pour couvrir le minimum de capital requis	33 424 173	33 180 625	28 424 173	5 000 000,0
Capital de solvabilité requis	12 720 084	11 521 000		
Minimum de capital requis	3 700 000	3 700 000		
Ratio fonds propres éligibles sur capital de solvabilité requis	263 %	288 %		
Ratio fonds propres éligibles sur minimum de capital requis	903 %	897 %		

Ainsi les ratios de couverture de la mutuelle sont les suivants :

- Ratio de couverture du SCR : 263 %
- Ratio de couverture du MCR : 903 %

Ces deux ratios sont très satisfaisants au regard de la législation qui demande aux organismes une couverture au-delà de 100%.

La diminution du ratio de couverture du SCR provient exclusivement de la forte augmentation du SCR. Cela vient de la mise en conformité avec la demande de l'ACPR que les organismes de complémentaire santé ayant des contrats annuels à tacite reconduction tiennent compte de « FP futures » (Cotisations futures des contrats comptabilisés dans les 12 prochains mois, au-delà des 12 mois suivant sa date de comptabilisation). Cela revient à augmenter les volumes de cotisations soumises au choc « prime et réserve » (SCR santé) d'environ 10%. Comme il s'agit du risque principal auquel la MGAS est confrontée, l'impact sur le SCR global est quasiment identique.



8.2. Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis

8.2.1. Capital de solvabilité requis

Le capital de solvabilité requis (SCR) de la mutuelle est calculé selon la formule standard, avec l'outil VEGA mis à disposition par la FNMF. Aucune simplification ou paramètre propre à la mutuelle n'a été utilisé pour les besoins du calcul du SCR. Une contre-valorisation de chaque poste significatif est réalisée via l'outil ORSA de la MGAS. Les deux environnements de calcul sont cohérents, ce qui limite le risque d'erreur d'évaluation.

Décomposition du SCR	2016	2015
BSCR (après diversification)	11 861 k€	10 926 k€
SCR de marché	4 272 k€	4 346 k€
SCR de défaut/contrepartie	1 727 k€	1 466 k€
SCR vie	851 k€	720 k€
SCR santé	9 031 k€	8 124 k€
SCR non vie	0 k€	0 k€
SCR incorporels	0 k€	0 k€
Ajustement	-697 k€	-730 k€
SCR opérationnel	1 557 k€	1 325 k€
SCR global	12 720 k€	11 521 k

Les principales évolutions sont les suivantes :

- SCR marché : la diminution vient principalement du risque action, qui a été réduit suite à la cession d'un OPCVM très risqué pour 500 k€
- SCR contrepartie : l'augmentation est liée au fort niveau de liquidités bancaires au 31.12.2016
- SCR vie : l'augmentation provient d'une augmentation des provisions techniques et donc du risque associé (portefeuille en phase de constitution)
- SCR santé : l'augmentation vient de la mise en conformité avec la demande de l'ACPR que les organismes de complémentaire santé ayant des contrats annuels à tacite reconduction tiennent compte de « FP futures » (Cotisations futures des contrats comptabilisés dans les 12 prochains mois, au-delà des 12 mois suivant sa date de comptabilisation). Cela revient à augmenter les volumes de cotisations soumises au choc « prime et réserve » (SCR santé) d'environ 10%.
- SCR opérationnel : l'augmentation vient de l'accroissement du chiffre d'affaires entre 2015 et 2016.



8.2.2. Minimum de capital de requis

Le minimum de capital requis (MCR) de la mutuelle est calculé selon la formule standard et se décompose de la manière suivante :

Décomposition du MCR	2016
MCR Vie	3 158 184
MCR Non-Vie	21 837
AMCR	3 700 000
MCR Linéaire	2 991 177
MCR combiné	3 180 021
MCR global	3 700 000

En tant qu'entité assurant à la fois des garanties vie et non vie, la MGAS est soumise au « MCR mixte ». Sa taille réduit fait qu'elle est soumise au plancher absolu de 3,7 m€. Cela signifie que si ses fonds propres venaient à passer en dessous de ce seuil, elle ne pourrait plus exercer son activité. Dans la mesure où elle couvre quasiment 9 fois ce niveau, ce scénario est très peu probable à court terme.

8.3. 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 prévu à l'article 304 de la directive. Ainsi, aucune autre information relative à ce point n'est à reporter dans le présent rapport.

8.4. Différence 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.

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

8.6. Autres informations

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