

MHV

SFCR

Exercice 2018

Rapport approuvé en Conseil d'administration du 23 mai 2019

MHV – Avenue du Professeur Jean Bernard
BP59 – 86 002 POITIERS Cedex

Sommaire

Synthèse	4
1. Activités et Résultats	6
1.1 Activité.....	6
1.2 Résultats de souscription	6
1.3 Résultats des investissements.....	7
1.4 Résultats des autres activités.....	7
1.5 Autres informations	7
2. Gouvernance	8
2.1 Informations générales sur le système de gouvernance	8
Organisation générale	8
Conseil d'administration	9
Direction effective.....	11
Fonctions clés.....	12
Eventuels changements importants survenus au cours de l'exercice.....	12
Pratique et politique de rémunération	12
Adéquation du système de gouvernance	12
2.2 Exigences de compétence et d'honorabilité.....	12
Politique de compétence et d'honorabilité	13
Exigences d'honorabilité et processus d'appréciation	13
Exigences de compétence et processus d'appréciation	13
2.3 Système de gestion des risques y compris l'évaluation interne des risques et de la solvabilité	14
Organisation du système de gestion des risques.....	14
Evaluation interne des risques et de la solvabilité.....	15
Rôle spécifique de la fonction gestion des risques.....	16
2.4 Système de contrôle interne.....	16
Description du système.....	16
Rôle spécifique de la fonction conformité.....	18
2.5 Fonction d'audit interne.....	18
2.6 Fonction actuarielle.....	19
2.7 Sous-traitance	20
2.8 Autres informations	20
3. Profil de risque	22
3.1 Risque de souscription	23
Appréhension du risque de souscription au sein de la mutuelle.....	23

Mesure du risque de souscription et risques majeurs.....	23
Maitrise du risque de souscription.....	24
3.2 Risque de marché.....	24
Appréhension du risque de marché au sein de la mutuelle	24
Mesure du risque de marché et risques majeurs	24
Maitrise du risque de marché	24
3.3 Risque de crédit.....	25
Appréhension du risque de crédit au sein de la mutuelle	25
Mesure du risque de crédit et risques majeurs	25
Maitrise du risque de crédit et risques majeurs	25
3.4 Risque de liquidité.....	25
Appréhension du risque de liquidité au sein de la mutuelle	25
Mesure du risque de liquidité et risques majeurs	25
Maitrise du risque de liquidité	25
3.5 Risque opérationnel	26
Appréhension du risque opérationnel au sein de la mutuelle.....	26
Mesure du risque opérationnel et risques majeurs.....	26
Maitrise du risque opérationnel	26
3.6 Autres risques importants.....	26
3.7 Autres informations	26
4. Valorisation à des fins de solvabilité	27
4.1 Actifs.....	27
Présentation du bilan	27
Base générale de comptabilisation des actifs.....	27
Immobilisations incorporelles significatives	27
Baux financiers et baux d'exploitation.....	27
Entreprises liées	27
4.2 Provisions	28
Incertitude liée à la valeur des provisions techniques.....	29
4.3 Autres Passifs.....	29
Montant des autres passifs et méthodologie	29
Accords de location	29
Impôts différés Passif	29
4.4 Méthodes de valorisation alternatives	29
4.5 Autres informations	30

5. Gestion du Capital	30
5.1 Fonds propres.....	30
Structure des fonds propres.....	30
Passifs subordonnés.....	30
Fonds Propres éligibles et disponibles.....	31
5.2 Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis.....	31
Capital de solvabilité requis	31
Minimum de capital de requis	33
5.3 Utilisation du sous-module « risque sur actions » fondé sur la durée dans le calcul du capital de solvabilité requis.....	34
5.4 Différence entre la formule standard et tout modèle interne utilisé.....	34
5.5 Non-respect du capital de solvabilité requis et non-respect du minimum de capital requis.....	34
5.6 Autres informations	34

Synthèse

La MUTUELLE DES HOPITAUX DE LA VIENNE (MHV) est une mutuelle relevant du livre II du code de la mutualité.

Elle assure des contrats de complémentaire santé et dispose d'un agrément en branche 1 et 2 depuis 2003.

Créée en 1959 et initialement dédiée à la fonction publique hospitalière, la mutuelle propose aujourd'hui des contrats individuels et collectifs ouverts à tous.

La MHV bénéficie par ailleurs d'une délégation de la Sécurité sociale pour gérer le régime obligatoire des agents hospitaliers adhérents à la mutuelle.

La gouvernance 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.

Cette gouvernance repose sur le respect de deux principes essentiels :

- Le principe des quatre yeux : Toute décision significative soit au moins vue par deux personnes (en l'occurrence le président et le dirigeant opérationnel).
- Le principe de la personne prudente : La mutuelle appréhende spécifiquement les risques liés aux investissements et ceux-ci sont réalisés dans le meilleur intérêt des adhérents.

Pour l'exercice 2018, la MHV présente les indicateurs de référence suivants :

Indicateurs de référence	2018
Cotisations nettes de taxes	14 073 749
Résultat de souscription	1 631 399
Résultat financier	744 222
Résultat des autres activités	866 579
Fonds propres Solvabilité 2	5 897 444
Ratio de couverture du SCR	161%
Ratio de couverture du MCR	230,03%

1. Activités et Résultats

1.1 Activité

La MHV est une personne morale à but non lucratif créée en 1959 et régie par les dispositions du livre II du code de la mutualité. Elle est inscrite sous le numéro de SIREN 314 685 835.

La MHV, en 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, 75009 Paris.

La mutuelle a donné mandat pour la certification de ses comptes annuels à HSF Audit, dont le siège social est situé 1 rue Louis Proust – Pôle République 3 – BP 1069, 86 061 POITIERS Cedex 9, représenté par Monsieur Patrick Cruchon, commissaire aux comptes.

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.

Les garanties commercialisées par la mutuelle sont donc des garanties santé dont la commercialisation intervient sur le territoire français.

La MHV s'est constituée adhérente d'une union de groupe mutualiste Territoires Santé, en partenariat avec Territoria Mutuelle. Elle fait également partie du Pôle fonction publique d'AG2R La Mondiale.

1.2 Résultats de souscription

Au titre de son activité d'assurance, la mutuelle a perçu 14 073 749€ de cotisations et son résultat de souscription se présente de la manière suivante :

Eléments techniques	2018
Cotisations	14 073 749
Prestations payées	-12 330 074
Charges de provisions pour sinistre à payer	-112 276
Marge technique brute	1 631 399

Les cotisations progressent de 0.6 % sur l'exercice. Le travail technique réalisé se poursuit, mais l'érosion du portefeuille individuel au profit du collectif impacte la progression des cotisations, qui était de +4% entre 2016 et 2017.

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

1.3 Résultats des investissements

Au titre de son activité d'investissement, la mutuelle dispose d'un portefeuille de placement s'élevant à 6 481 k€.

Le résultat d'investissement ainsi que les plus et moins-values latentes viennent directement impacter les fonds propres Solvabilité 2 de la manière suivante :

- Le résultat d'investissement est une composante du résultat net qui impacte les fonds excédentaires.
- Le total des plus et moins-values latentes, net des impôts différés, vient augmenter/imputer la réserve de réconciliation.

Produits et charges de placement :

	2018
Produits des placements	
Revenus des participations	120 000
Revenus des autres placements	641 664
TOTAL	761 664
Charges des placements	
Frais de gestion	14 117
Reprise de provision pour dépréciation durable	
Amortissement des surcotes obligations	3 325
TOTAL	17 442
Résultat Financier	744 222

Le résultat financier de 2018 est constitué principalement des dividendes 120 K€ contre 50 K€ en 2017, de la plus-value sur cession de titres pour 592 K€, des coupons ou intérêts 50 K€ et des charges sur placements de 17 K€.

1.4 Résultats des autres activités

Voici les autres sources de revenu de la MHV :

	2018	2017	Variation
Remises de gestion	866 579	681 875	27,09%

1.5 Autres informations

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

2. Gouvernance

2.1 Informations générales sur le système de gouvernance

Organisation générale

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.

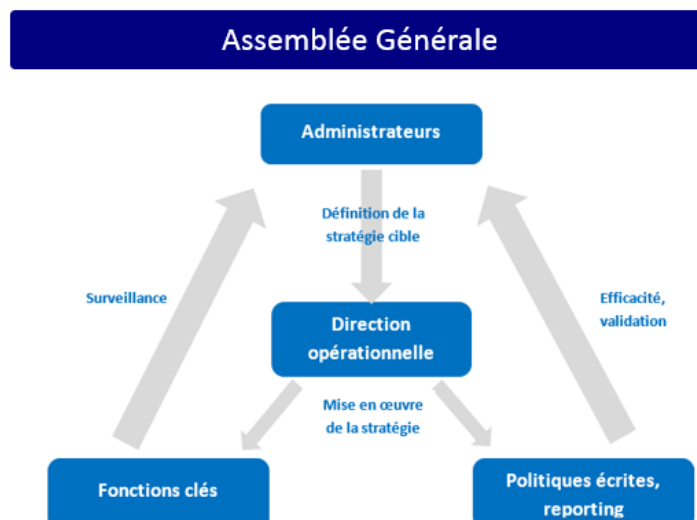
La gouvernance de la mutuelle est ainsi fondée sur la complémentarité entre :

- Les administrateurs élus (conseil d'administration).
- 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 audit interne) devant soumettre leurs travaux au conseil d'administration.

L'organisation générale de la gouvernance est décrite dans les statuts de la mutuelle approuvés 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 des 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. Les canaux de communication entre ces acteurs ont été également définis.

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



Conseil d'administration

Composition et tenues du conseil d'administration :

Le conseil d'administration est composé de seize administrateurs élus. Le conseil a été renouvelé le 8 juin 2017, à la suite de l'élection des nouveaux délégués.

Il se réunit sur convocation du Président au moins quatre fois dans l'année. Au cours de l'exercice 2018, il s'est réuni 6 fois.

Prérogatives du conseil d'administration et travaux réalisés durant l'année :

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

- Il détermine les orientations de la mutuelle et veille à leur application,
- Il opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de l'organisme,
- Il arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'assemblée générale.

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 réglementaires 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,
- Approuve les éléments du contrat de travail du dirigeant opérationnel,
- Fixe les délégations de pouvoirs au président et au dirigeant opérationnel.

Dans ce contexte, le conseil d'administration a notamment au cours de l'exercice :

- Approuvé des politiques écrites dans les domaines suivants : gestion des risques, ORSA, contrôle interne et conformité, audit interne, sous-traitance, rémunération, compétence et honorabilité, continuité d'activité et reporting,
- Veillé à la mise en œuvre des recommandations formulées dans le rapport d'audit interne en matière de gestion complémentaire santé,
- Procédé à l'examen du rapport actuariel et vérifié le caractère approprié et la fiabilité des provisions techniques.

Comités du conseil d'administration :

Le **bureau** compte 9 membres qui se réunissent une à deux fois par mois.

Le bureau a une mission générale de préparation des réunions du conseil d'administration. A cet effet, il reçoit toutes les informations des groupes de travail, du comité spécialisé d'audit ou encore d'experts choisis en raison de leur compétence. Il soumet au conseil d'administration des propositions pour discussion et approbation.

Le **comité spécialisé d'audit** a également été renouvelé après les élections du 8 juin 2017. Il comprend des élus du conseil d'administration et de l'assemblée générale n'exerçant pas de fonctions de direction. Au moins un membre présente des compétences particulières en matière financière ou comptable. Le Comité agit sous la responsabilité du Conseil et assure le suivi des questions relatives à l'élaboration et au contrôle des informations comptables et financières. Il émet une recommandation sur le choix des commissaires aux comptes et est notamment chargé d'assurer le suivi :

- Du processus d'élaboration de l'information financière ;
- De l'efficacité des systèmes de contrôle interne et de gestion des risques ;
- Du contrôle légal des comptes annuels et, le cas échéant, des comptes consolidés par les commissaires aux comptes ;
- De l'indépendance des commissaires aux comptes.

Il rend compte régulièrement au conseil d'administration de l'exercice de ses missions, et l'informe sans délai de toute difficulté rencontrée.

Le président du Comité est invité à chaque réunion de Conseil et d'assemblée générale.

La **commission d'action sociale**, composée de six administrateurs et délégués, gère le fonds social destiné aux adhérents en difficulté financière. Elle se réunit une fois par mois. Les modalités de fonctionnement de la commission et d'instruction des dossiers sont précisées au règlement intérieur de ladite commission.

Le **comité des rémunérations**, instauré par le conseil d'administration lors de la séance du 20 octobre 2016, est composé d'élus du bureau et de membres du personnel. Il examine les propositions soumises par la direction opérationnelle en matière d'évolutions salariales pour l'année N+1. Il s'appuie sur les limites d'exposition au risque fixées par la politique de rémunération et sur le règlement intérieur du comité.

La **commission élections**, placée sous la responsabilité du vice-Président, se compose des administrateurs membres du bureau : Président, Vice-Président, Secrétaire, Secrétaire-Adjoint, Trésorier, Trésorier-Adjoint et deux administrateurs membres du bureau.

L'enregistrement et la validation des candidatures constituant la liste des candidats par section de vote sont effectués par la commission élections. La composition et les missions de la commission élections résultent d'une décision du Conseil d'Administration.

Direction effective

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

- Le président du conseil d'administration, depuis le 8 juin 2017 M. Jean Martin.
- Le dirigeant opérationnel, M. Nicolas Piotrowski, depuis le 26 novembre 2015.

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

Prérogatives spécifiques du président :

Le président du conseil d'administration :

- Veille au bon fonctionnement des organes de la mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées,
- Convoque le conseil d'administration et en établit l'ordre du jour,
- Organise et dirige les travaux du conseil, dont il rend compte à l'assemblée générale,
- Informe le conseil d'administration des procédures engagées en application des dispositions des sections 6 et 7 du chapitre II du titre Ier du livre VI du code monétaire et financier,
- Convoque l'assemblée générale au moins une fois par an, et en établit l'ordre du jour,
- Préside les réunions de bureau, du conseil d'administration et des assemblées générales,
- Convoque les commissaires aux comptes à toute assemblée générale,
- Donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées,
- Engage les dépenses,
- Représente la mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Prérogatives spécifiques du dirigeant opérationnel :

Le dirigeant opérationnel est nommé par le conseil d'administration. Il assiste de droit à chaque réunion du Conseil et du Bureau.

Il définit avec le président et le conseil d'administration la stratégie globale de la mutuelle et en pilote l'exécution. A ce titre, il assure la mise en œuvre opérationnelle à tous les niveaux, des politiques décidées avec le Conseil. Ses pouvoirs s'exercent sous le contrôle du Conseil, dans la limite de l'objet de la mutuelle et des délégations qu'il reçoit et sous réserve des

pouvoirs attribués par la loi à l'assemblée générale, au conseil d'administration et au président.

Fonctions clés

Conformément à la réglementation Solvabilité 2, la mutuelle a nommé les quatre responsables de fonctions clés lors du conseil d'administration du 26 novembre 2015.

Les principales missions et responsabilités des fonctions clés sont décrites dans la suite du rapport.

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 sont précisées en en-tête de chaque politique écrite concernée.

Eventuels changements importants survenus au cours de l'exercice

La fonction clé gestion des risques est portée par le RFC conformité depuis le 1^{er} janvier 2018.

Pratique et politique de rémunération

Concernant les pratiques de rémunération, le conseil d'administration a défini et validé le 24 novembre 2016 une politique de rémunération, renouvelée en 2018. Celle-ci rappelle que les fonctions d'administrateur sont gratuites et précise que les collaborateurs sont soumis à la Convention collective nationale de travail du 8 février 1957 du personnel des organismes de sécurité sociale (UCANSS). Aucune rémunération variable n'est versée par la mutuelle aux salariés. La rémunération du dirigeant opérationnel ne peut en aucun cas être liée au chiffre d'affaires de la mutuelle.

Les administrateurs ne bénéficient pas de régime de retraite.

Adéquation du système de gouvernance¹

Comme le précise la politique d'audit interne, la fonction clé audit interne a notamment pour mission de « vérifier les fonctionnements internes ainsi que l'application des principes d'efficacité économique ». Ceci inclut l'adéquation du système de gouvernance de la mutuelle (comparaison des travaux effectués par les acteurs de la gouvernance au regard de leurs prérogatives, respect des politiques écrites, respect des limites posées par le Conseil). Le comité d'audit intervient dans ce processus notamment lors de la définition annuelle des missions d'audit.

2.2 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.

¹ Article 51 de la directive

Politique de compétence et d'honorabilité

A cet effet, la mutuelle a défini une politique de compétence et d'honorabilité validée par le conseil d'administration le 9 juin 2016 renouvelée en 2017 et 2018 qui prévoit :

- La constitution d'un dossier individuel de compétences et d'honorabilité pour les administrateurs, les dirigeants effectifs, les responsables de fonctions clés et les cadres dirigeants ;
- La liste détaillée des compétences collectives du conseil d'administration ;
- Les modalités d'évaluation de l'honorabilité, des compétences et des besoins de formation en cours d'exercice ou de mandat.

Exigences d'honorabilité et processus d'appréciation

Les exigences d'honorabilité pour l'ensemble des acteurs de la gouvernance sont assurées par la présentation d'un extrait de casier judiciaire vierge ou d'une déclaration de non condamnation relative aux I et II de L.114-21 du code de la mutualité.

Ces exigences d'honorabilité sont demandées :

- Pour tout nouvel administrateur,
- À chaque renouvellement de mandat d'administrateur,
- Lors de la nomination des dirigeants effectifs et des fonctions clés.

Le contrôle des exigences d'honorabilité est assuré par le conseil d'administration. Dans le cas des administrateurs, le contrôle peut être délégué par le Conseil à la commission électorale.

Exigences de compétence et processus d'appréciation

Administrateurs :

La compétence du Conseil s'apprécie de façon collégiale.

Elle est appréciée individuellement et proportionnée aux attributions de chacun, particulièrement quand il s'agit de la présidence du Conseil ou d'un comité spécialisé.

Les membres du conseil d'administration de la MHV disposent collectivement des compétences suivantes :

- Les marchés de l'assurance et les marchés financiers,
- La stratégie de l'entreprise et le modèle économique,
- Le système de gouvernance,
- L'analyse financière et actuarielle,
- Le cadre et les exigences réglementaires,
- La fonction publique hospitalière.

Afin d'apprécier le niveau de compétence initial des candidats au poste d'administrateur, la mutuelle demande un curriculum vitae détaillé. Elle propose ensuite les formations adaptées permettant d'assurer le niveau de compétence adéquat. Ainsi, en 2018, les administrateurs se sont-ils vus proposer les cycles suivants :

13 04 2018 : Droit des mutuelles et évolutions règlementaires

28 09 2018 : Rôle et missions des administrateurs des mutuelles

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 formations, séminaires, 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.

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

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. L'organisation du système de gestion des risques est la suivante :

- Tout d'abord, il faut souligner la réactivité du système qui permet une remontée des incidents par les managers jusqu'à la direction opérationnelle par le biais du comité de direction hebdomadaire.
- Le responsable du contrôle interne intervient dans la mise en place des plans d'action, dans le suivi de la base incidents et des réclamations. Il gère également le risque de conformité.
- Le responsable de la fonction clé gestion des risques concentre les remontées et alertes pouvant être émises par les responsables opérationnels. Il a un accès direct au conseil d'administration.
- Le comité d'audit, dans ses missions règlementaires, doit évaluer la qualité du contrôle interne et de la gestion des risques. Le conseil d'administration a également confié au Comité le suivi approfondi de l'entrée en norme Solvabilité 2 et la mise en place de l'ORSA.
- Les responsables des fonctions clés peuvent demander le déclenchement d'un ORSA ponctuel à tout moment si les circonstances l'exigent.

- Enfin, le conseil d'administration exerce un rôle de surveillance du système de gestion des risques. Il valide les politiques liées à la gestion des risques et le rapport ORSA.

Ce dispositif repose sur une cartographie des risques initiée en 2013 et révisée en 2018. Chaque risque brut identifié est évalué selon deux critères : la probabilité de survenance et l'impact. Les éléments de maîtrise associés permettent d'arriver à une évaluation nette des risques et à la mise en place des plans d'actions qui s'imposent afin de prévenir ces risques.

Cette organisation du système de gestion des risques est complétée par une démarche risque précisée dans la suite du rapport dans le paragraphe afférent au profil de risque.

Les politiques suivantes ont été définies et validées au sein de la mutuelle :

- Document « chapeau » de gestion des risques,
- ORSA
- Souscription et provisionnement,
- Gestion actif-passif,
- Investissements,
- Risque de liquidité et de concentration,
- Risque opérationnel,
- Réassurance et autres techniques d'atténuation du risque.

Evaluation interne des risques et de la solvabilité

Le dispositif d'évaluation interne des risques et de la solvabilité (noté 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,
- Le déclenchement d'ORSA ponctuels 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.).

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

- Déterminer l'évolution des prestations et cotisations de l'exercice suivant,
- Faire évoluer les remises de gestion dans le cadre des délégations confiées à la mutuelle,
- Réorganiser la répartition des coûts avec l'opérateur de tiers-payant,
- Envisager la mise en place de traités de réassurance,
- Valider ou amender la politique d'investissement.

- Adapter la gestion des ressources humaines pour l'année suivante.
- Valider ou infirmer 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.

La définition du besoin global de solvabilité tel qu'il apparaît dans le rapport ORSA 2017 résulte des éléments ci-dessous :

- Évolution des effectifs adhérents et des montants de cotisations et de prestations pour chaque segment de marché pertinent,
- Revenus de la gestion pour compte,
- Rémunération de l'organisme de gestion du tiers-payant,
- Coût des projets informatiques,
- Augmentation des charges externes.

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.

2.4 Système de contrôle interne

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.

Dans ce contexte, la mutuelle s'est dotée d'un dispositif de contrôle interne efficace. En vue de se conformer également à l'article 41-3 de la directive et de l'article 258-2 des actes délégués, la mutuelle a défini une politique de contrôle interne décrivant les objectifs, responsabilités, processus et procédures de contrôle interne.

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

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

Les principaux acteurs du contrôle interne au sein de la mutuelle sont le conseil d'administration, le comité d'audit et la direction. Le pilotage du contrôle interne est confié au directeur opérationnel. La fonction de contrôleur interne a été créée en 2012 en procédant à un recrutement commun avec Territoria Mutuelle, partenaire dans le cadre de l'union de groupe mutualiste « Territoires Santé ». La MHV souhaite en effet une organisation à la mesure de ses activités (complémentaire santé essentiellement) et de sa capacité financière. La mutualisation des fonctions supports apparaît ainsi comme une priorité. Cette mutualisation de moyens ne devant pas faire porter de risque sur l'indépendance de la mutuelle, elle n'est possible que dans le cadre de partenariats pérennes et de proximité. Sont privilégiés les recrutements en interne uniquement sur les postes relevant du cœur de métier.

Le contrôleur interne ne réalise aucune tâche opérationnelle. Compte tenu du partage de la fonction avec Territoria Mutuelle, il travaille en collaboration avec la responsable de la gestion complémentaire santé qui assure le relais en tant que « correspondant contrôle interne » sur place.

Les commissaires aux comptes rendent un avis sur le dispositif de contrôle interne en place au sein de la mutuelle.

Les organismes partenaires ayant confié leur gestion à la MHV interviennent également dans le cadre de contrôles réguliers sur place. Ils émettent et suivent la mise en œuvre de recommandations qui permettent une amélioration continue de la maîtrise des activités de la mutuelle.

Face au développement de son activité, la MHV a rédigé un nombre important de notes de procédures destinées à décrire les opérations et à séparer et définir les tâches de chacun des acteurs opérationnels. Une cartographie des processus a notamment été rédigée.

Des notes écrites sont élaborées afin d'assurer une communication optimale avec les services des partenaires ayant délégué leur gestion à la MHV.

Un organigramme est tenu à jour et adapté selon les évolutions de l'activité.

Cette définition précise et adaptée des rôles et des tâches permet la réalisation de contrôles permanents :

- De 1er niveau : par les opérationnels eux-mêmes ou directement intégrés aux outils informatiques,
- De 2nd niveau : par la hiérarchie directe et des acteurs indépendants, internes (contrôle interne, fonctions clés) ou extérieurs (commissaires aux comptes,

partenaires ayant délégué leur gestion et procédant à des contrôles sur place, missions confiées à des opérateurs dans un domaine ciblé),

- De 3ème niveau : par le comité d'audit, le conseil d'administration et la fonction audit interne notamment au travers du rapport d'audit interne.

Les incidents répertoriés et les réclamations des adhérents sont également utilisés dans le cadre de l'amélioration continue du service. La procédure de gestion des réclamations a été formalisée et enrichie afin de répondre aux exigences règlementaires tant pour les adhérents MHV que pour les délégations de gestion. Elle permet de prendre en compte et corriger les éventuels dysfonctionnements.

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 peut être consultée à tout moment à la demande 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, protection de la clientèle... La politique de conformité décrit en détail ses responsabilités, les contours de sa mission et les modalités de reporting.

Le responsable de la fonction de vérification de la conformité est invité à une réunion du conseil d'administration au moins une fois par an.

2.5 Fonction d'audit interne

Conformément aux dispositions de l'article 47 de la directive, précisées à l'article 271 du règlement délégué, la mutuelle dispose d'une fonction d'audit interne. Cette disposition est en cohérence avec les exigences préalables de l'ordonnance n°2008-1278 du 8 décembre 2008.

A cet effet, la mutuelle a mis en place un comité d'audit en charge de la supervision des activités d'audit et un dispositif d'audit interne. La nomination d'une fonction d'audit interne est venue compléter le dispositif depuis le 1er janvier 2016. En vertu du principe de proportionnalité, applicable à l'organisme, la fonction est portée par le président du comité d'audit. 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.

Sur la période 2018, les processus audités ont été les suivants :

Gouvernance :

- Audition annuelle des RFC par le Conseil d’administration
- Vérification annuelle de l’indépendance des fonction clé par le comité d’audit dans le cadre de la politique de gestion des conflits d’intérêt

Gestion des prestations :

- Suivi de la facturation hospitalière et contrôles

Gestion des cotisations :

- Tarification des adhérents relevant du régime TNS et MSA – application de la TSA

Comptabilité :

- Gestion des opérations de co assurance avec MUTEX
- Gestion de la comptabilité analytique délégation de gestion

2.6 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.

2.7 Sous-traitance

La MHV a recours à la sous-traitance principalement dans le domaine informatique (hébergement et maintenance). Elle a également externalisé le calcul de ses provisions techniques. Elle est donc exposée aux risques liés à la sous-traitance et son conseil d'administration a défini une politique visant à protéger la mutuelle de toute survenance d'un risque lié à la sous-traitance.

La sous-traitance sur la partie informatique vise à répondre à des exigences en matière de sécurité et de continuité de l'activité.

L'externalisation du calcul des provisions techniques permet à la fonction clé de contrôler les méthodes utilisées.

La politique de sous-traitance prévoit notamment les modalités de sélection et d'engagement, de suivi et de contrôle des prestations déléguées :

- Le Conseil d'administration doit approuver chaque décision de sous-traitance, sur proposition et argumentation de la direction opérationnelle et compte tenu de l'évaluation de l'impact de l'externalisation sur l'activité. Le choix du sous-traitant s'effectue après étude des réponses aux cahiers de charges spécifiés par la MHV.
- La fonction clé gestion des risques est impliquée dans toute décision de mise en place ou de modification substantielle de sous-traitance.
- L'autorité de contrôle est informée par les dirigeants effectifs de tout projet de sous-traitance d'une activité critique ou importante et de toute modification significative envisagée dans les délégations en cours.
- Les critères de définition d'une activité « critique » ou « importante » sont précisés en termes de volume de l'activité, niveau de rémunération du prestataire, impact sur l'image de la mutuelle (relation adhérent), activité d'assurance et continuité de l'activité.

2.8 Autres informations

Aucune autre information importante ou qualifiée comme telle par la mutuelle susceptible d'impacter le système de gouvernance n'est à mentionner.

3. Profil de risque

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

Identification :

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

- Approche règlementaire :

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 règlementaire, la mutuelle identifie quels sont les risques les plus importants ou significatifs à travers son dispositif ORSA.

Mesure :

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

Contrôle et gestion :

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

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

Déclaration :

La déclaration des risques est assurée de manière régulière par la fonction gestion des risques aux dirigeants effectifs et au conseil d'administration.

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



3.1 Risque de souscription

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 inadaptes 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 :

- 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.

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).
- Le rapport P/C (Prestations + Frais / Cotisations)
- Les écarts entre les provisions estimées et les prestations constatées.

Au regard des risques importants, la mutuelle est particulièrement sensible à :

- La perte d'une entreprise importante en collectif,
- Une sur-sinistralité sur le portefeuille collectif et/ou des Territoriaux,
- Un sous-provisionnement,
- Une modification législative concernant la complémentaire santé des agents hospitaliers,
- La fuite d'adhérents induites par la fin de la gestion du régime obligatoire des agents hospitaliers

Maitrise du risque de souscription

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

- Le processus de tarification de nouveaux produits qui prévoit plusieurs niveaux de validation en fonction du ratio de rentabilité souhaité et du chiffre d'affaire potentiel.
- Le processus de renouvellement tarifaire qui prévoit une revalorisation fonction des P/C mais aussi des tendances de consommation propre à chaque entreprise pour le portefeuille collectif, chaque produit pour le portefeuille individuel.
- Le processus de provisionnement qui prévoit notamment une revue par la fonction actuarielle.

3.2 Risque de marché

Appréhension du risque de marché au sein de la mutuelle

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

Ce risque de marché peut provenir :

- D'une dégradation de valeur d'une classe d'actifs détenue par la mutuelle.
- D'une dégradation de notation des 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.

Mesure du risque de marché et risques majeurs

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

- L'allocation stratégique des investissements validée par le conseil d'administration.
- Le coût d'un euro de placement en termes de SCR.
- L'évolution des plus et moins-values latentes et rendement par type d'actifs/pays/secteur...
- L'évolution des notations des actifs en portefeuille.
- La concentration du portefeuille sur un secteur, pays ou zone géographique.

Au regard des risques importants, la mutuelle est particulièrement sensible aux risques de marché liés à l'immobilier et aux actions.

Maitrise du risque de marché

Afin de maîtriser les risques évoqués plus haut, la mutuelle a défini une politique d'investissement et de gestion actif-passif qui contribuent au système de gestion des risques. De plus, la mutuelle s'appuie sur l'expertise de son directeur général. A cet effet, les orientations de placements sont définies en cohérence avec la stratégie de préservation des fonds propres et de pilotage de la situation financière et de solvabilité de la mutuelle.

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.
- Les investissements sont réalisés dans le meilleur intérêt des adhérents.

3.3 Risque de crédit

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 des banques au regard des liquidités détenues.

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 au conseil d'administration. Les principaux indicateurs sont :

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

Maitrise du risque de crédit et risques majeurs

Concernant tout particulièrement celui des banques, la mutuelle veille à leur qualité et leur fiabilité lors de la sélection et suit leur solidité financière ainsi que les autres dispositions prises sur les cessions.

3.4 Risque de liquidité

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.

Mesure du risque de liquidité et risques majeurs

Pour ses engagements à court terme relatifs à l'activité de santé, la mutuelle suit tout particulièrement :

- L'évolution du montant des prestations réglées et provisionnées.
- Les délais de règlement.
- Le niveau de trésorerie.
- Le montant total du bénéfice attendu inclus dans les primes futures.
- La liquidité des placements détenus en portefeuille.

Maitrise du risque de liquidité

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

3.5 Risque opérationnel

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 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).

Mesure du risque opérationnel et risques majeurs

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.

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.

Maitrise du risque opérationnel

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

3.6 Autres risques importants

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

3.7 Autres informations

Aucune autre information importante ou qualifiée comme telle par la mutuelle susceptible d'impacter le profil de risque n'est à mentionner.

4. Valorisation à des fins de solvabilité

4.1 Actifs

Présentation du bilan

Le Bilan actif de la mutuelle en norme prudentielle, conformément aux états financiers Solvabilité 2, se présente de la manière suivante :

	Valeur Solvabilité 2
Impôts différés actifs	4 528
Actif corporel d'exploitation	146 740
Immobilier de placement	611 896
Actions	83 216
Obligations	362 004
Dépôts	5 694 876
Prêts	50 341
Créances nées d'opérations d'assurance	539 894
Autres créances (hors assurance)	347 415
Trésorerie et assimilés	1 961 643
Autres actifs	32 837
Total de l'Actif	9 835 389

Base générale de comptabilisation des actifs

La base générale de comptabilisation de l'actif, est conforme à la réglementation Solvabilité 2 et fondée sur l'approche suivante

- Valeur d'échange quand le titre est disponible sur un marché actif réglementé (actions, obligations)
- Si celle-ci n'est pas disponible :
 - o Valeur d'expert (notamment pour l'immobilier).

La mutuelle n'a pas identifié de source majeure d'incertitude liée à la valorisation des actifs.

Immobilisations incorporelles significatives

La mutuelle ne détient aucune immobilisation incorporelle significative.

Baux financiers et baux d'exploitation

La mutuelle ne dispose pas de contrat de location.

Entreprises liées

La mutuelle ne détient aucune part dans des entreprises liée

4.2 Provisions

Montant des provisions

	2018	
	Valeur S2	Valeur S1
Provisions pour sinistres	1 540	1 394
Provisions pour primes	96	-
Marge pour risques	239	-
Total	1 823	1 580

Evolution des provisions :

Les provisions techniques sous Solvabilité 2 sont calculées comme la somme :

- D'une provision pour sinistres qui est l'équivalent sous Solvabilité 2 de la PPAP
- D'une provision de prime qui correspond au résultat technique 2019 anticipé
- D'une provision d'égalisation (conservée à la valeur sociale)
- D'une marge de risques (provision spécifique à Solvabilité 2)

Provision de primes

Les opérations de délégation de gestion de la mutuelle ont été incluses dans le Bilan prudentiel, comme indiqué dans le courrier « Conformité, cohérence et collecte des informations transmises dans le cadre du reporting Solvabilité II » envoyé par l'ACPR à la majorité des mutuelles françaises. Ces opérations regroupent :

- La délégation du régime obligatoire des hôpitaux de la Vienne
- La gestion par délégation des contrats, cotisations et prestations de Territoria Mutuelle
- Les remises de gestion de Safran en co-assurance et de MGP pour l'intermédiation.

La provision de prime correspond au résultat technique 2019 anticipé. Son calcul a été rappelé dans le courrier « Conformité, cohérence et collecte des informations transmises dans le cadre du reporting Solvabilité II », qui fait référence à la page 40 de la notice sur les provisions. La formule à appliquer est la suivante :

$$BE = CR \cdot VM + (CR - 1) \cdot PVFP + AER \cdot PVFP$$

BE = meilleure estimation de la provision pour primes

CR = estimation du ratio combiné pour la ligne d'activité sur une base sans déduction des frais d'acquisition

VM = mesure de volume des primes non acquises.

PVFP = valeur actuelle des primes futures (actualisée à l'aide de la structure par terme des taux d'intérêt sans risques prescrite) sans déduction des commissions

AER = estimation du ratio des frais d'acquisition pour la ligne d'activité

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 :
 - o Incertitude liée à la cadence d'écoulement des sinistres.
 - o Incertitude liée à la sinistralité future.
 - o Incertitude liée aux frais futurs.

Chaque année, un suivi des boni/mali est réalisé par la mutuelle. Cette étude permet de quantifier et d'analyser les écarts entre l'estimé et le réalisé dans le but d'évaluer au mieux les incertitudes liées aux risques de provisionnement technique pour les années suivantes.

4.3 Autres Passifs

Montant des autres passifs et méthodologie

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

	Solvency II value 2018
Provisions autres que les provisions techniques	263 362,0
Dettes nées d'opérations d'assurance et montants dus aux intermédiaires	186 916,0
Autres dettes (hors assurance)	1 222 633,0
Passifs subordonnés	0,0
Passifs subordonnés non inclus dans les fonds propres de base	0,0
Passifs subordonnés inclus dans les fonds propres de base	0,0
Autres dettes non mentionnées dans les postes ci-dessus	8 344,8
Total passifs	3 937 944,6

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 (surcote notamment).

Accords de location

La mutuelle ne dispose pas d'accords de location.

Impôts différés Passif

Les impôts différés ne sont pas significatifs.

4.4 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 Autres informations

Aucune autre information importante ou qualifiée comme telle par la mutuelle susceptible d'impacter la valorisation des actifs et passifs présentée plus haut n'est à mentionner.

5. Gestion du Capital

5.1 Fonds propres

Structure des fonds propres

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 5 ans.

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

	Total 2018
Fonds propres de base avant déduction	5 897 444,1
Capital en actions ordinaires (brut des actions propres)	0
Compte de primes d'émission lié au capital en actions ordinaires	0
Fonds initial, cotisations des membres ou élément de fonds propres de base équivalent pour les mutuelles et les entreprises de type mutuel	228 600
Comptes mutualistes subordonnés	0
Fonds excédentaires	0
Actions de préférence	0
Compte de primes d'émission lié aux actions de préférence	0
Réserve de réconciliation	5 668 844,1
Passifs subordonnés	0
Total fonds propres de base après déductions	5 897 444,1

Les fonds propres prudentiels ont diminué du fait :

- De la diminution du stock de plus-values latentes du portefeuille d'actifs de la MHV
- D'une hausse des provisions de primes

Passifs subordonnés

La mutuelle ne dispose pas de passifs subordonnés.

Fonds Propres éligibles et disponibles

Structure des fonds propres	Fonds propres N	Fonds propres N-1
Fonds propres éligibles et disponibles		
Total des fonds propres disponibles pour couvrir le capital de solvabilité requis	5 897 444,1	7 658 943,6
Total des fonds propres disponibles pour couvrir le minimum de capital requis	5 892 916,2	7 658 943,6
<i>Capital de solvabilité requis</i>	<i>3 667 963,7</i>	<i>3 679 304,8</i>
<i>Minimum de capital requis</i>	<i>2 500 000,0</i>	<i>2 500 000,0</i>
<i>Ratio fonds propres éligibles sur capital de solvabilité requis</i>	<i>160,78%</i>	<i>208,16%</i>
<i>Ratio fonds propres éligibles sur minimum de capital requis</i>	<i>230,03%</i>	<i>306,36%</i>

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

- Ratio de couverture du SCR : 160,78%
- Ratio de couverture du MCR : 230,03 %

La mutuelle respecte ainsi ses obligations réglementaires.

5.2 Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis

Capital de solvabilité requis

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

Il se décompose de la manière suivante :

Risque de marché	Taux d'intérêt	-
	Actions	35
	Immobilier	153
	Spread	28
	Concentration	157
	Change	-
	Diversification entre les risques	- 120
	Total SCR Marché	253
Risque de défaut des contreparties		424
Risque Santé	Sous-tarification	2 493
	Sous provisionnement	223
	Cessation	160
	Catastrophe	1 017
	Diversification entre les risques	- 858
	Total SCR Santé	3 035
Somme des risques		3 712
Diversification entre les risques		- 466
BSCR ("Basic SCR")		3 246
Risque opérationnel		422
Absorption par les impôts différés		-
SCR		3 668

<i>(en K€)</i>	2018
Risque de taux d'intérêts	0 K€
Risque actions	35 K€
Risque sur actifs immobiliers	153 K€
Risque lié à la marge	28 K€
Risque de concentration	157 K€
Risque de change	0 K€
SCR de marché	253 K€
SCR de contrepartie	424 K€
Risque de primes et de provisions	2 612 K€
Risque de cessation	160 K€
Risque catastrophe	1 017 K€
SCR Santé non similaire à la vie	3 035 K€
Total des modules non diversifiés	3 712 K€
Diversification	-466 K€
SCR de base (BSCR)	3 246 K€
SCR Opérationnel	422 K€
SCR Total	3 668 K€
MCR	2 500 K€
Taux de couverture du SCR	161%
Taux de couverture du MCR	230%

Le capital de solvabilité requis reste stable entre 2017 et 2018.

Minimum de capital de requis

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

5.3 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.

5.4 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.

5.5 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.

5.6 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.