



SUD-OUEST MUTUALITE

9 Boulevard du Martinet – 65000 TARBES

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité

Inscrite au Répertoire SIRENE n° 777 169 079

RAPPORT PUBLIC SUR LA SOLVABILITE ET LA SITUATION FINANCIERE

***Solvency and Financial Conditions Report
(S.F.C.R)***

EXERCICE 2017

Conseil d'administration du 3 mai 2018

Sommaire

Synthèse	4
1. Activité et résultats	7
1.1. Activité	7
1.2. Résultats	7
1.2.1. Résultats de souscription.....	7
1.2.2. Résultats des investissements.....	9
1.2.3. Résultats des autres activités et autres informations.....	9
2. Système de gouvernance	10
2.1. L'Assemblée générale	10
2.2. Le Conseil d'administration	10
2.2.1. Composition et tenues du Conseil d'administration.....	10
2.2.2. Prerogatives du Conseil d'administration et travaux réalisés durant l'année 2017.....	11
2.2.3. Les commissions.....	12
2.3. Dirigeants effectifs et fonctions clés	12
2.4. Pratique et politique de rémunération de la gouvernance	13
2.5. Adéquation du système de gouvernance	14
2.6. Exigences de compétence et d'honorabilité	14
2.6.1. Le processus d'exigence et d'évaluation de l'honorabilité.....	14
2.6.2. Le processus d'évaluation de la compétence.....	15
2.6.3. Déclenchement de l'évaluation de la compétence et de l'honorabilité.....	16
2.6.4. Résultats de l'évaluation de la compétence et de l'honorabilité pour la collecte 2017.....	16
2.7. Système de gestion des risques, y compris l'évaluation interne des risques et de la solvabilité	16
2.8. Système de contrôle interne	18
2.9. Fonction d'audit interne	20
2.10. Fonction actuarielle	20
2.11. Sous-traitance	21
3. Profil de risque	21
3.1. Risque de souscription	23
3.2. Risque de marché	25
3.3. Risque de crédit	26
3.4. Risque de liquidité	27
3.5. Risque opérationnel	27
4. Valorisation à des fins de solvabilité	28

4.1. Actifs.....	28
4.1.1. Présentation du bilan.....	28
4.1.2. Base générale de comptabilisation des actifs	29
4.1.3. Immobilisations incorporelles.....	30
4.1.4. Impôts différés actifs	30
4.1.5. Ecart de valorisation des actifs entre comptes sociaux et états financiers Solvabilité 2	31
4.2. Provisions techniques	31
4.2.1. Montant des provisions techniques et méthodologies	31
4.2.2. Marge de risque (Risk Margin).....	32
4.3. Autres passifs	33
4.3.1. Autres passifs.....	33
4.3.2. Impôts différés passifs	33
4.3.3. Ecart de valorisation des passifs entre comptes sociaux et états financiers Solvabilité 2	34
4.4. Méthodes de valorisation alternatives	34
4.5. Autres informations.....	34
5. Gestion du capital	35
5.1. Fonds propres.....	35
5.1.1. Structure des fonds propres	35
Information sur les clauses et conditions importantes attachées aux principaux éléments de fonds propres détenus	35
5.1.2. Passifs subordonnés.....	36
5.1.3. Fonds propres éligibles et disponibles.....	36
5.2. Capital de Solvabilité Requis et Minimum de Capital Requis	37
5.2.1. Capital de solvabilité requis (SCR).....	37
5.2.2. Minimum de capital requis (MCR)	38
5.3. Utilisation du sous module « risque sur actions » fondé sur la durée du capital de solvabilité requis 38	38
5.4. Différence entre la formule standard et tout modèle interne utilisé.....	38
5.5. Non-respect du capital de solvabilité requis et non-respect du minimum de capital requis .	38
5.6. Autres informations.....	38

Synthèse

Présentation de la mutuelle :

Sud-Ouest Mutualité est une mutuelle créée en 1943. Organisme à but non lucratif, elle est soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité. Son siège social est situé au 9 boulevard du Martinet - 65020 TARBES. Elle est immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro : 777.169.079.

Agrément :

Sud-Ouest Mutualité dispose d'un agrément mixte pour les branches et sous branches d'activités suivantes :

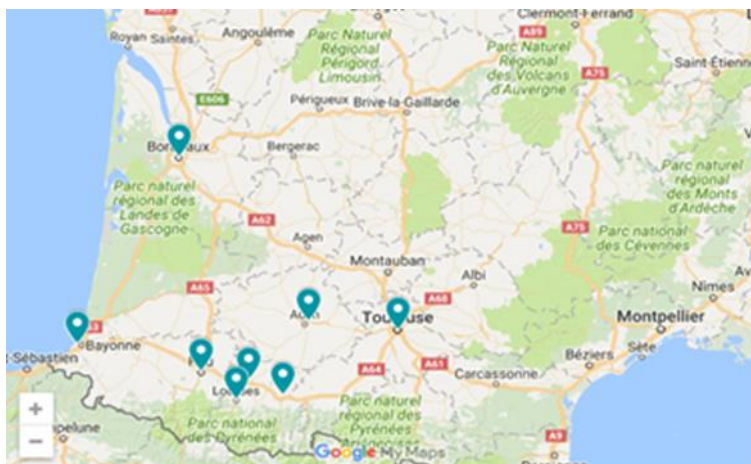
- **BRANCHE 1** – Accident (y compris les accidents du travail et les maladies professionnelles) :
- **BRANCHE 2** – Maladie
- **BRANCHE 20** – Vie-décès : toute opération comportant des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine autre que les activités visées aux branches 22 et 26.
- **BRANCHE 21** – Nuptialité-natalité : toute opération ayant pour objet le versement d'un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants.

Les garanties commercialisées par la mutuelle sont des garanties d'assurance des frais médicaux, d'assurance décès temporaires, d'assurance d'accident de la vie courante, d'assurance obsèques, d'assurance donnant lieu à versement d'indemnités journalières hospitalières.

Zone d'activité de la mutuelle :

La mutuelle est un acteur de protection sociale de référence pour les entreprises, les individuels et les professionnels (travailleurs indépendants) dans le grand Sud-Ouest de la France.

Situation géographique des agences commerciales et bureaux entreprises.



Les valeurs fondatrices de la mutuelle :

L'activité de la mutuelle est fondée sur des principes, des valeurs mutualistes de solidarité et de qualité de service consistant à :

- être ouverte à tous : la mutuelle couvre chacun, quelle que soit sa situation sociale et professionnelle. Elle permet de bénéficier d'une assurance complémentaire adaptée et de la conserver tout au long de sa vie,
- refuser la sélection médicale qui consisterait à n'accepter que les personnes en bonne santé : la mutuelle assure la protection de chacun quel que soit son état de santé présent ou futur,
- être à l'écoute des familles mutualistes en difficulté et à leur venir en aide grâce aux dispositifs de solidarité mis en place à cet effet,
- faire de la qualité sa ligne de conduite dans sa stratégie de développement pour :
 - Répondre aux attentes des adhérents, voire les anticiper (Charte Qualité),
 - Mettre à leur disposition un service personnalisé de qualité.



Les règles définies par la mutuelle ont pour but de préserver l'intérêt général des adhérents. Ils pourvoient ensemble à leur protection réciproque.

La mutuelle attend de chaque adhérent une attitude responsable fondée sur la défense de l'intérêt général. C'est la condition requise pour assurer la pérennité d'une protection complémentaire de qualité au plus juste prix.

La gouvernance de la mutuelle :

La gouvernance de la mutuelle repose sur la complémentarité des acteurs suivants :

- l'Assemblée générale qui statue sur les décisions proposées par le Conseil d'administration et qui engagent les orientations stratégiques de la mutuelle.
- le Conseil d'administration et la direction opérationnelle salariée qui portent la responsabilité de la définition et de la quantification de la stratégie ainsi que de la validation des politiques écrites.
- les deux dirigeants effectifs (le président du Conseil d'administration et le dirigeant opérationnel) qui mettent en œuvre la stratégie définie et engagent la mutuelle auprès des tiers.
- les quatre fonctions clés (Audit interne, Risque, Conformité et Actuarielle) qui participent au pilotage et à la surveillance de l'activité, sur leurs champs d'actions 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 (pour Sud-Ouest Mutualité : le président du Conseil d'administration 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.

Le contrôle :

La mutuelle, 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 nommé en qualité de co-commissaires aux comptes :

- SARL EXCO E.M., 24 Rue Georges Magnoac, 65000 Tarbes, représentée par Mme Sandrine BOURGET,
- SAS RSM PARIS, 26 rue Cambacérès, 75008 Paris, représentée par M. Amaury DE LA BOUILLERIE.

Les indicateurs de référence :

Pour l'exercice 2017, la mutuelle présente les indicateurs synthétiques suivants :

Indicateurs de référence	2017	2016
Cotisations nettes de taxes	31 553 941 €	31 856 965 €
Résultat de souscription	6 115 536 €	6 058 710 €
Résultat financier	23 500 €	-30 506 €
Résultat net d'impôt	-216 490 €	-239 287 €
Fonds propres Solvabilité 2	10 814 496 €	11 945 514 €
Ratio de couverture du SCR	171%	149%
Ratio de couverture du MCR	216%	255%

1. Activité et résultats

1.1. Activité

Principaux faits marquants ayant eu une incidence notable sur les comptes de l'exercice 2017 :

- En matière de réassurance, le traité mis en place au 01/01/2016 avec PREDICA a évolué au 01/01/2017 avec une modification de la quote-part de cession de 10% à 30% du portefeuille santé collectif, en remplacement du traité historique avec MUTRE (quote-part de cession jusqu'au 31/12/2016 de 30% du portefeuille santé collectif) qui a pris fin au 31/12/2016.
- L'activité de distribution, de gestion et de co-assurance avec le Crédit Agricole s'amplifie en 2017 avec notamment la co-assurance à 50 % avec PREDICA de contrats santé collectifs, et la distribution et la gestion par Sud-Ouest Mutualité de contrats santé/prévoyance assurés par PREDICA. Le montant de ces revenus complémentaires de distribution et de gestion s'élève à hauteur de 210 612 € en 2017.
- Le 17/07/2017 Sud-Ouest Mutualité actionnaire minoritaire du cabinet de courtage SAS SOMCONSEILS, a cédé ses parts, postérieurement à la distribution de dividendes et la réduction du capital de la société.
- Depuis avril 2017, Sud-Ouest Mutualité ne dispose plus d'aucun engagement vis-à-vis de sa filiale la SCI du HUIT MAI. En effet, à cette date, la SCI du HUIT MAI a obtenu le remboursement intégral de son crédit vendeur qui avait été mis en place à l'occasion de la cession de ses actifs immobiliers. Le dénouement de cette opération a permis ainsi à Sud-Ouest Mutualité dans le cadre de la gestion de ses actifs, d'obtenir en 2017 une diminution importante de la part immobilière de ses placements, au profit de supports diversifiés.

Autres changements importants en 2017 :

La mutuelle a connu une évolution majeure de son outil de gestion dictée par les impératifs réglementaires. Les travaux seront finalisés en 2018 avec une refonte de l'architecture et de la sécurisation du système d'information.

1.2. Résultats

1.2.1. Résultats de souscription

Au titre de son activité d'assurance réalisée exclusivement en France, la mutuelle a perçu en 2017 31 553 941 € de cotisations brutes, son résultat de souscription se présente de la manière suivante :

Garanties par branche	Cotisations brutes en % du total	Cotisations brutes HT	Prestations brutes et frais	Résultat de souscription (*)	
				2017	2016
Capital Décès accidentel	0,09%	29 449 €	8 000 €	31 967 €	24 211 €
Plan Accident	0,09%	28 694 €	1 385 €	30 026 €	28 817 €
Protection Lésions corporelles	0,12%	37 125 €	6 450 €	31 143 €	24 529 €
Total Branche 1	0,30%	95 269 €	15 835 €	93 136 €	77 557 €
Plan Hospitalisation	0,10%	30 944 €	5 510 €	27 865 €	22 149 €
Complémentaire Maladie	97,60%	30 796 692 €	25 262 364 €	5 507 772 €	5 425 023 €
Total Branche 2	97,70%	30 827 637 €	25 267 874 €	5 535 637 €	5 447 172 €
TOTAL ACTIVITE NON VIE	98,00%	30 922 905 €	25 283 709 €	5 628 773 €	5 524 729 €
Assurance Décès toute cause	0,11%	35 760 €	9 269 €	25 518 €	26 281 €
Garantie Obsèques "GOBS"	0,02%	6 554 €	5 000 €	1 554 €	6 702 €
Forfait Obsèques	1,22%	384 504 €	92 950 €	298 110 €	324 987 €
Total Branche 20	1,35%	426 818 €	107 219 €	325 182 €	357 970 €
Forfait Nuptialité	0,01%	2 133 €	600 €	1 533 €	1 717 €
Forfait Natalité	0,64%	201 379 €	41 573 €	159 806 €	174 813 €
Forfait Retraite	0,00%	707 €	465 €	242 €	-519 €
Total Branche 21	0,65%	204 219 €	42 638 €	161 581 €	176 011 €
TOTAL ACTIVITE VIE	2,00%	631 036 €	149 856 €	486 763 €	533 981 €
TOTAL MUTUELLE	100,00%	31 553 941 €	25 433 565 €	6 115 536 €	6 058 710 €

(*) Cotisations brutes - prestations brutes et frais payés, nettes des variations des provisions techniques

Capital décès accidentel	Versement d'un capital en cas de décès suite à un accident
Plan Accident	Versement d'une IJ en cas d'accident entraînant une hospitalisation. Versement d'un capital en cas de décès suite à un accident
Protection Lésions Corporelles	Versement d'un capital en cas de lésion corporelle
Plan Hospitalisation	Versement d'une IJ en cas d'hospitalisation suite à un accident ou une maladie.
Complémentaire Maladie	Garanties de frais de santé individuelles et collectives
Décès toutes causes	Garanties obsèques avec versement d'un capital en cas de décès. Garanties accessoires à la complémentaire santé.
Garantie obsèques "GOBS"	
Forfait Obsèques	
Forfait Nuptialité	Garanties avec versement d'un capital d'événement de type naissance, mariage ou retraite. Garanties accessoires à la complémentaire santé.
Forfait Natalité	
Forfait Retraite	

Les garanties donnant lieu à versement d'indemnités journalières et les garanties ouvrant droit à versement d'un capital (du type forfait obsèques) représentent moins de 2,5% des cotisations totales.

En raison de cette très faible proportion du portefeuille total, et de la stabilité voire diminution dans le temps de ce portefeuille de contrats, ces garanties sont considérées comme accessoires à la complémentaire santé.

1.2.2. Résultats des investissements

Au titre de son activité d'investissement, la mutuelle dispose au 31/12/2017 d'un portefeuille de placements s'élevant à 12 616 504 €.

Le détail par classes d'actifs se décompose ainsi au 31/12/2017 :

Actifs financiers	Comptes sociaux	Valeur du Bilan en Normes Solvabilité 2	Ecart
Placements	11 470 094 €	12 616 504 €	1 146 411 €
<i>Placements Immobiliers</i>	953 288 €	2 234 926 €	
<i>Obligations d'entreprises</i>	3 500 000 €	3 500 000 €	
<i>Fonds obligataires, monétaires et actions</i>	2 851 190 €	2 851 190 €	
<i>Dépôts (dépôts à terme, livrets, ...)</i>	4 030 388 €	4 030 388 €	
<i>Prêts</i>	135 227 €		
Prêts		135 227 €	135 227 €
Trésorerie	165 357 €	165 357 €	0 €
TOTAL	11 635 451 €	12 917 088 €	1 281 638 €

A noter que les placements immobiliers font l'objet d'une expertise quinquennale et une actualisation annuelle par un expert, afin de déterminer la valeur de marché qui est retenue dans la présentation du bilan en normes Solvabilité 2. La plus-value latente d'un montant 1 281 638 € ne figure pas dans les comptes sociaux.

	2017	2016	Ecart
Produits financiers	168 095 €	123 990 €	44 105 €

1.2.3. Résultats des autres activités et autres informations

Résultats des autres activités :

La mutuelle ne dispose pas d'autres activités hors celles indiquées dans les paragraphes précédents.

Autres informations :

Aucune autre information importante ou qualifiée comme telle par la mutuelle susceptible d'impacter l'activité ou les résultats plus haut et devant être portée à la connaissance du public n'est à mentionner.

2. 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.

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

- L'Assemblée générale
- Le Conseil d'administration
- Le Bureau du Conseil d'administration
- Les commissions
- Les deux dirigeants effectifs (le Président le Directeur opérationnel)
- Les quatre fonctions clés (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 approuvée par l'Assemblée générale. Par ailleurs, le Conseil d'administration approuve annuellement la revue des politiques écrites de la mutuelle.

Les rôles et responsabilités de chaque acteur de la mutuelle ont été clairement identifiés et définis, permettant d'assurer 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.

2.1. L'Assemblée générale

L'Assemblée générale procède à l'élection des membres du Conseil d'administration et le cas échéant à leur révocation. Les missions de l'Assemblée générale sont citées dans l'article des statuts de la mutuelle. Principalement l'Assemblée générale est amenée à se prononcer sur :

- les politiques de la mutuelle (souscription, gestion des risques, compétence et honorabilité, ...),
- le rapport de gestion, les comptes annuels présentés par le Conseil d'administration, le rapport spécial du commissaire aux comptes,
- les modifications des statuts ou des activités de la mutuelle, son adhésion à une union ou une fédération.

2.2. Le Conseil d'administration

2.2.1. Composition et tenues du Conseil d'administration

Conformément aux articles 30 et suivants des statuts, le Conseil d'administration est composé de quinze à dix-huit administrateurs. Le Conseil d'administration est composé pour les deux tiers au moins de membres participants. Les membres du Conseil d'administration sont élus pour une durée de six ans.

Une charte des administrateurs régit le fonctionnement du Conseil d'administration. Celle-ci est rédigée sous forme de règlement intérieur venant compléter les règles pratiques nées du fonctionnement de la mutuelle et non précisées dans les statuts.

Le Conseil d'administration se réunit à minima 4 fois par an. Au cours de l'exercice 2017, le Conseil d'administration s'est réuni 5 fois, le taux de présence moyen aux réunions était de 67 %.

2.2.2. Prerogatives du Conseil d'administration et travaux réalisés durant l'année 2017

Conformément à l'article L114-17 du Code de la mutualité, le Conseil d'administration « détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application en vertu des dispositions du Code de la mutualité. »

Le Conseil d'administration dispose pour l'administration et la gestion de la Mutuelle de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'Assemblée générale et au Président de la Mutuelle.

Les principales missions du conseil d'administration fixées par les statuts sont :

- L'élection des membres du bureau
- L'adoption annuelle des budgets prévisionnels de la Mutuelle,
- La détermination de la politique financière, de contrôle
- L'arrêté des comptes annuels,
- L'établissement des différents rapports, notamment le rapport de gestion et les rapports sur la solvabilité et la situation financière.

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

- Fixe l'appétence au risque 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 2017 :

- Approuvé le rapport ORSA,

- Approuvé les politiques écrites,
- Vérifié le système de gestion des risques,
- Validé les orientations commerciales, tarifaires et budgétaires.

2.2.3. Les commissions

Pour permettre au Conseil d'administration de remplir ses missions, plusieurs commissions et groupes de travail se réunissent avec des objectifs qui leur sont définis. Leur finalité est de faire des propositions au Conseil d'administration sur la base d'analyses ou d'études qui auront été réalisées.

Ces commissions sont réparties comme suit :

- **La commission des finances :**
 - *Objectif* : Analyser, déterminer et suivre la politique des placements, la gestion financière des actifs
- **La commission (ou comité) d'audit :**
 - *Objectif* : Analyser, déterminer et suivre la politique de contrôle interne et de gestion des risques ; suivre le processus d'élaboration de l'information financière, et l'efficacité des contrôles.
- **La commission éthique :**
 - *Objectif* : Analyser, déterminer et suivre la politique de communication institutionnelle ; être garant de l'image ; analyser, déterminer et suivre la politique d'animation des délégués ; veiller à l'avancement des partenariats.
- **La commission des secours sociaux :**
 - *Objectif* : Avoir une vision globale de la politique de secours sociaux ; déterminer les montants d'aide attribués aux adhérents, tant sur les cotisations que sur les garanties.
- **La commission « formation des élus » :**
 - *Objectif* : Elaborer annuellement un plan de formation pour les élus, administrateurs et délégués.
- **La Commission des rémunérations**
 - *Objectif* : Avoir une vision globale de la politique sociale et de rémunération, valider cette politique ; déterminer les rémunérations et avantages des responsables des départements.

2.3. Dirigeants effectifs et fonctions clés

La Mutuelle a rédigé une politique écrite sur les Dirigeants effectifs et les Fonctions clés indiquant les exigences et les procédures mises en place au sein de l'entité. Il y est notamment précisé les éléments qui suivent.

La direction effective de la mutuelle est assurée par deux dirigeants effectifs, représentés par Monsieur Jean-Claude BONNEVILLE, Président, et Monsieur Francis LACAU, Directeur Général, de Sud-Ouest Mutualité.

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

Conformément à la réglementation Solvabilité 2, la mutuelle a nommé des titulaires des quatre fonctions clés. Les responsabilités des fonctions clés sont à ce jour exercées de la façon suivante, et prennent en compte le principe de proportionnalité qui s'applique à Sud-Ouest Mutualité en raison de sa taille :

- Le responsable de la fonction clé « Fonction actuarielle » incarnée par l'actuaire de Sud-Ouest Mutualité,
- Le responsable de la fonction clé « Fonction de vérification de la conformité » incarnée par le Responsable du contrôle et de la conformité de Sud-Ouest Mutualité,
- Le responsable de la fonction clé « Fonction gestion des risques » incarnée par le Responsable du contrôle et de la conformité de Sud-Ouest Mutualité,
- La responsabilité de la fonction clé « Fonction d'audit Interne » est assurée par le Comité d'audit de Sud-Ouest Mutualité en la personne de son Président.

Dans le cas d'une sous-traitance des travaux liés aux responsabilités des fonctions clés, la mutuelle doit s'assurer de la compétence et de l'honorabilité des responsables et des opérationnels chez le sous-traitant. Une référence spécifique à la compétence et à l'honorabilité est inscrite dans la politique d'externalisation.

La Mutuelle veille à ce que le responsable d'une fonction clé dispose des caractéristiques suivantes :

- Libre d'influence et indépendance dans le cadre de sa fonction,
- Des ressources, l'autorité et l'expertise pour pouvoir communiquer avec tout membre du personnel à son initiative,
- Un accès non restreint à l'information,
- Un lien direct avec l'AMSB,
- Pour l'audit interne, la possibilité d'alerter l'ACPR.

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, les ressources et l'indépendance opérationnelle nécessaires afin de mener à bien ses tâches, sont précisées dans le contrat de travail, la lettre de mission, la politique écrite.

De manière générale, le Conseil d'administration procède à la désignation des dirigeants effectifs et des responsables des fonctions clés, et veille à l'évaluation de leur compétence et honorabilité.

Changements importants survenus en 2017

En 2017, il n'y a pas eu de changement important au niveau de la gouvernance de la mutuelle.

2.4. Pratique et politique de rémunération de la gouvernance

Concernant les pratiques de rémunération de la gouvernance, la mutuelle dispose :

- d'une politique écrite rédigée et validée par le Conseil d'administration,
- d'une commission des rémunérations.

Les administrateurs :

Conformément à l'article L114-26 du Code de la mutualité, les administrateurs sont bénévoles. Seuls les frais occasionnés sont remboursés sur présentation de justificatifs.

Par décision de l'Assemblée générale, les indemnités versées au Président en 2017 s'élevaient à 9 807 €. Il n'y a pas de remboursement des rémunérations maintenues par l'employeur, ni d'indemnité de cessation d'activité pour les travailleurs indépendants. Le remboursement des frais est plafonné, et est réalisé sur la base de justificatifs. Son montant s'élève pour l'ensemble des administrateurs à 7 241 €.

Le dirigeant opérationnel (DO) :

Conformément à l'article L114-31 du Code de la mutualité, le DO dispose d'un salaire qui ne peut être indexé de manière directe ou indirecte sur le chiffre d'affaire de la mutuelle. Le salaire du DO correspond à la classification de la Convention collective de la mutualité. Son salaire est fixe. Il est prévu une partie variable mais celle-ci n'a pas fait l'objet de versement en 2017.

2.5. Adéquation du système de gouvernance

Dans le cadre de solvabilité 2, sous le contrôle du comité d'audit, le responsable du contrôle interne réalise annuellement une revue du système de gouvernance.

Sa mission consiste à :

- Comparer les travaux réalisés par les acteurs de la gouvernance au regard de leur prérogatives, et du respect des statuts et de la réglementation,
- S'assurer de la formalisation des décisions prises par la gouvernance,
- S'assurer du suivi des politiques écrites.

Le responsable du contrôle interne réalise à minima un reporting annuellement au comité d'audit.

2.6. Exigences de compétence et d'honorabilité

La Mutuelle dispose d'une politique écrite sur la compétence et l'honorabilité indiquant les exigences et les procédures mises en place au sein de l'entité.

L'exigence de compétence et d'honorabilité s'adresse aux principales personnes qui organisent et composent le système de gouvernance. Plus précisément, ces exigences s'adressent aux personnes qui dirigent Sud-Ouest Mutualité (administrateurs, dirigeants effectifs), et aux titulaires des fonctions clés.

2.6.1. Le processus d'exigence et d'évaluation de l'honorabilité

L'honorabilité d'une personne s'évalue à son honnêteté et à son expérience en tant qu'administrateur, dirigeant effectif ou responsable d'une fonction clé. Cette évaluation est fondée sur des éléments concrets concernant son caractère, son comportement personnel et sa conduite professionnelle, y

compris tout élément de nature pénale, financière ou prudentielle, pertinent aux fins de cette évaluation.

Lorsqu'une personne occupe ou souhaite occuper l'une des fonctions qui entrent dans le champ d'application de cette politique, Sud-Ouest Mutualité veille à évaluer l'honorabilité de la personne en s'assurant que la personne ait une réputation et une intégrité de bon niveau. Pour la Mutuelle, l'honorabilité est évaluée au travers des réponses faites dans le questionnaire présent dans le formulaire de nomination ou de renouvellement de dirigeant effectif ou de responsable d'une fonction clé demandé par l'ACPR.

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

Ces exigences d'honorabilité sont renouvelées :

- Pour tout nouvel administrateur.
- Pour toute désignation d'un nouveau dirigeant effectif ou d'un nouveau titulaire d'une des quatre fonctions clés.

Une vérification de l'honorabilité sera effectuée pour les administrateurs en cours de mandat ou les DE et FC tous les ans.

La mutuelle a confié le contrôle des exigences d'honorabilité au responsable du contrôle interne sous le contrôle du comité d'audit.

De plus, une charte des administrateurs régit le fonctionnement du Conseil d'administration. Celle-ci est rédigée sous forme de règlement intérieur venant compléter les règles pratiques nées du fonctionnement de la mutuelle et non traitées dans les statuts.

Ce règlement intérieur a été rédigé le 30 juillet 2007 et approuvé par le Conseil d'administration du 14 septembre 2007.

2.6.2. Le processus d'évaluation de la compétence

Lorsqu'une personne occupe ou souhaite occuper l'un des postes visés par la politique de compétence et d'honorabilité, Sud-Ouest Mutualité veille à s'assurer de sa compétence.

Sud-Ouest Mutualité établit un plan de formation des administrateurs sur la base de la vision globale de compétence de l'AMSB, dans le respect du principe de proportionnalité, et en veillant à prioriser la compétence de son équipe dirigeante ainsi que les personnes responsables des fonctions clés. Ces exigences de compétence concourent à ce que la personne puisse exercer sa fonction de manière saine et prudente.

La compétence des administrateurs s'apprécie de manière collective au travers la diversité des aptitudes, compétences ou diplômes.

Afin d'assurer la compétence des administrateurs, la mutuelle a mis en place les éléments suivants :

- Dossier de compétence pour chaque administrateur,
- Parcours spécifique de formation pour les nouveaux administrateurs,
- Parcours de formation continue des administrateurs (commission des formations),
- Participation à des commissions spécialisées permettant de partager les travaux avec les opérationnels de la mutuelle.

En 2017, les administrateurs ont suivi les formations suivantes :

- Les fondamentaux de Solvabilité 2 et le rapport ORSA (novembre 2017)
- La lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme (décembre 2017)

La compétence des dirigeants effectifs et des fonctions clés s'apprécie de manière individuelle au regard de leur prérogatives spécifiques avec les éléments suivants : formations et diplômes, expérience professionnelle.

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

En 2017, les dirigeants effectifs et les fonctions clés ont suivi les formations suivantes :

- Les fondamentaux de Solvabilité 2 et le rapport ORSA (novembre 2017)
- La lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme (décembre 2017)

2.6.3. Déclenchement de l'évaluation de la compétence et de l'honorabilité

Le contrôle des exigences de compétence et de l'honorabilité pour les dirigeants effectifs et les responsables de fonctions clés est assuré par le comité d'audit ou la fonction clé conformité.

L'évaluation de la compétence et de l'honorabilité des dirigeants effectifs ou des responsables de fonction clés est effectuée annuellement par la mutuelle, et à l'occasion de :

- la nomination ou le remplacement d'un administrateur,
- la nomination ou le remplacement d'un dirigeant effectif,
- la nomination ou le remplacement d'un responsable d'une fonction clé.

2.6.4. Résultats de l'évaluation de la compétence et de l'honorabilité pour la collecte 2017

Suite à l'évaluation, il apparaît que la mutuelle dispose d'une réelle compétence collective au regard des critères énoncés dans la politique. Les résultats de l'évaluation sont conformes aux critères de l'honorabilité pour les dirigeants effectifs et responsables des fonctions clés.

Les résultats de l'évaluation de la compétence et de l'honorabilité sont consignés dans un rapport réalisé par le contrôle interne.

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

Organisation du système de gestion des risques

Les articles 44 et 45 imposent à la Mutuelle de démontrer qu'elle a mis en place un système adéquat et efficace de gestion des risques, comprenant une stratégie des risques acceptés, une procédure d'enregistrement des risques, de gouvernance de ces derniers et enfin une documentation suffisante des résultats de cette gestion.

A cet effet, la mutuelle a mis en place un dispositif de gestion des risques dont l'organisation est définie dans la politique Gestion des risques validée par le Conseil d'administration.

C'est à travers sa stratégie des risques que la mutuelle définit le cadre accepté de la gestion de ses risques.

La mutuelle effectue de façon régulière une évaluation des risques dans le cadre du dispositif de gestion de risques. Le profil de risque ORSA de la Mutuelle est déterminé au moins une fois par an dans le cadre de la réalisation de la mise en œuvre du processus défini dans l'article 45 de la directive Solvabilité 2. Il intègre l'ensemble des risques inhérents à l'activité et au développement de l'entreprise et ne se limite pas au seul périmètre retenu dans la formule standard.

La mutuelle dispose d'un processus de reporting et de suivi régulier des indicateurs clés destinés à la direction et au conseil d'administration, ainsi que les modalités d'alerte en cas de détection de risques important potentiels ou avérés.

La gestion des risques de la Mutuelle associe les dirigeants effectifs et les titulaires de fonctions clés pour donner des avis argumentés aux instances de décision, notamment au Comité d'audit pour permettre la prise en compte dans la stratégie, des risques et des contrôles mis en place.

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

La politique de gestion des risques est mise à jour annuellement et validée a posteriori par le Conseil d'administration dès lors que des événements structurants ou stratégiques venaient à intervenir. Ces événements peuvent être la souscription d'affaire via un nouveau canal de distribution, le recours à la réassurance ou encore tout événement impactant significativement le profil de risque ou le ratio de solvabilité de la mutuelle. Au sein de cette politique seront définis certains événements déclencheurs de l'ORSA.

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 la mutuelle 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 est placée sous la responsabilité conjointe du **DO** et du **titulaire de la fonction clé Risques**, avec la contribution d'un cabinet d'actuares (**Cabinet Actuelia**, 12 avenue de la Grande Armée 75017 Paris).

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

- Valider ou amender le plan stratégique.
- Eclairer sur l'évolution des cotisations de l'exercice suivant.
- Valider ou amender le plan de réassurance.
- Valider ou amender la politique d'investissement.

- Valider ou informer sur le développement de nouveaux produits / nouvelles activités.

Le Conseil d'administration de la mutuelle a approuvé le 23 novembre 2017 le rapport ORSA de l'exercice 2016. Dans le cadre de cet exercice, la mutuelle a analysé, évalué et s'est assurée de la couverture de l'ensemble des risques auxquels elle est soumise et a déterminé 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 (tests de sensibilité).
- Une critique de la formule de la formule standard proposée par la législation sur certains risques sensibles.

En 2017, aucun événement majeur n'est intervenu et nécessité la réalisation d'un exercice ORSA en dehors du rapport annuel.

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 Comité d'audit.
- Identification et évaluation des risques émergents.
- Coordination opérationnelle du processus ORSA.
- Pilotage du Comité Risques et conformité.

2.8. Système de contrôle interne

Description du système

La mutuelle dispose d'une politique de Contrôle interne. Cette politique est destinée à fournir une assurance raisonnable quant à la réalisation des objectifs suivants :

- L'application des instructions et des orientations fixées par le Conseil d'administration et la Direction générale,
- La réalisation et l'optimisation des opérations et l'utilisation efficiente des ressources,
- La prévention et la maîtrise des risques opérationnels, risques financiers, et risques d'erreurs ou de fraude,
- La fiabilité des informations financières,
- La conformité aux lois et aux réglementations en vigueur.

Le contrôle interne est composé de 5 étapes fondamentales :

- L'identification des missions avec une revue des processus et la détection des risques
- L'évaluation et la cotation des risques
- La formalisation des processus et procédures
- L'identification et l'évaluation des éléments de maîtrise
- L'élaboration et la mise en place des plans d'action et de contrôle

Le développement du contrôle interne au sein de la Mutuelle permet :

- De vérifier qu'il existe un ensemble de moyens mis en œuvre en permanence pour garantir la régularité, la sécurité et la validation des opérations réalisées,
- De vérifier, selon une périodicité adaptée, la régularité et la conformité effective des opérations, le respect correct des procédures et l'efficacité réelle des dispositifs, notamment leur adéquation à la nature de l'ensemble des risques associés aux opérations.

Le contrôle interne de la mutuelle repose sur :

- Un cadre de contrôle interne organisé par processus et revu annuellement, recensant les contrôles en place en couverture des risques identifiés dans la cartographie des risques. Le dispositif est porté par **le responsable contrôle interne** de la mutuelle. Les contrôles peuvent être qualifiés de premier niveau lorsqu'ils sont réalisés par les opérationnels et/ou managers opérationnels, ou de deuxième niveau lorsqu'ils sont réalisés par un collaborateur indépendant des opérations contrôlées, à savoir pour la mutuelle, le contrôleur interne. De plus, le contrôleur interne effectue annuellement des contrôles périodiques (évaluation) de certains processus.
- Un plan de conformité renouvelé annuellement visant à piloter l'activité de conformité et porté par la fonction de vérification de la conformité. Ce plan de conformité est soumis à l'approbation du Comité d'audit.

Le processus de contrôle interne fait l'objet d'un rapport annuel validé en Conseil d'administration. Ce rapport a pour objectif de présenter les observations collectées et les travaux réalisés par le contrôle interne, en particulier sur les dispositifs de lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme. Il permet également de synthétiser et diffuser l'information nécessaire à la prise de décision par les instances dirigeantes. Le rapport de l'exercice 2016 a été approuvé par le Conseil d'administration du 27 avril 2017.

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 de façon régulière dans le cadre des comités opérationnels, ou ponctuellement à l'initiative notamment de la direction et du Conseil d'administration. Cette consultation porte sur toute question réglementaire ou de conformité liée aux activités d'assurance ou de réassurance, dont les aspects de fraude, de lutte anti-blanchiment, de lutte contre le terrorisme, de protection de la clientèle... La politique de conformité décrit en détail ses responsabilités, les contours de sa mission et les modalités de reporting.

2.9. 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 s'est dotée en propre d'un comité d'audit en charge de la supervision des activités d'audit et d'un dispositif d'audit interne depuis le 31 mai 2012. La nomination d'une fonction clé audit interne est venue compléter le dispositif depuis le 31 décembre 2015. Celle-ci est directement rattachée au Conseil d'administration à qui elle rend compte.

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.

Le Comité d'audit dispose d'une charte de fonctionnement approuvée par le Conseil d'administration.

2.10. 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 risques financiers, de modèles de risques opérationnels. 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.

2.11. Sous-traitance

La mutuelle ne sous-traite aucune activité ou fonction importante ou considérée comme telle, mais une politique de sous-traitance a toutefois été formalisée et validée par le Conseil d'administration afin d'anticiper toute sous-traitance ultérieure et de lister les fournisseurs stratégiques ou intervenants extérieurs (prestataires informatique, juridique, actuariat). La qualification de la notion d'importance de l'activité sous-traitée détaillée dans la politique écrite est proposée par la fonction Risques et conformité et est validée par le Conseil d'administration. L'analyse repose sur une approche par les risques. Une liste des fournisseurs stratégiques qualifiés d'importants a par ailleurs déjà été établie. Celle-ci concerne les activités suivantes :

- L'architecture informatique, la qualité et la sécurité des données, le plan de continuité informatique, la relation avec les éditeurs de logiciels métiers.
- La veille juridique,
- L'accompagnement solvabilité 2 (QRT, rapports, ...),
- Fournisseurs stratégiques (téléphonie, ...).

En outre, le Conseil d'administration revoit annuellement la liste des prestataires externes, en même temps que la politique écrite.

3. Profil de risque

Identification des risques

La mutuelle a rédigé une politique écrite sur le profil et la gestion des risques validée par le Conseil d'administration. Cette politique a pour objectif d'établir un cadre structurant du système de gestion des risques introduit par l'article 44 de la Directive Solvabilité 2, de manière à assurer son efficacité, son efficacité et sa conformité à la réglementation en vigueur. A cette fin, elle édicte les principes organisationnels sur le processus de gestion des risques et fournit un ensemble de règles permettant de définir le cadre de la prise de risque, d'identifier, d'évaluer et de prioriser les risques afin de les prévenir. Le suivi ainsi que le report en interne et vers les instances de régulation constituent la dernière étape de ce processus de gestion des risques.

Dans le cadre de la préparation de Sud-Ouest Mutualité à la mise en application des politiques écrites de Solvabilité 2, le périmètre concerné par la gestion des risques est le suivant :

- La souscription,

- Le marché
- Le crédit
- La liquidité
- L'opérationnel

Approche de la mutuelle

Les articles 44 et 45 imposent à l'entreprise de démontrer qu'elle a mis en place un système adéquat et efficace de gestion des risques, comprenant une stratégie des risques acceptés, une procédure d'enregistrement des risques, de gouvernance de ces derniers et enfin une documentation suffisante des résultats de cette gestion. Dans le cadre de ce système, la Directive impose également, qu'au travers de cette stratégie, les liens entre objectifs de performance et de risque soient clairement établis.

C'est à travers sa stratégie de gestion des risques que la mutuelle définit le cadre accepté de ses risques. Le cadrage de la prise de risque pour l'organisme repose sur deux composantes clés :

- L'appétence au risque, qui constitue le niveau de risque que la mutuelle accepte de prendre en vue de la poursuite de son activité et de son développement. Elle constitue une limite globale qui est fixée par le Conseil d'administration, notamment dans le cadre de l'exercice ORSA, et qui s'exprime sous la forme d'un niveau de déviation acceptée d'agrégats clés de l'organisme par rapport à une situation espérée,
- La tolérance au risque représente le niveau de risque que la mutuelle accepte de prendre en vue de poursuivre son activité et son développement pour un périmètre plus restreint. C'est une répartition à un niveau plus fin de l'appétit aux risques.

Mesure et quantification des risques

La Mutuelle effectue de façon régulière une évaluation de ses risques dans le cadre du dispositif de gestion de risques. Le profil de risque ORSA de la mutuelle est déterminé au moins une fois par an dans le cadre de la réalisation de la mise en œuvre du processus défini dans l'article 45 de la directive Solvabilité 2. Il intègre l'ensemble des risques inhérents à l'activité et au développement de l'entreprise, et ne se limite pas au seul périmètre retenu dans la formule standard.

L'évaluation du profil de risque spécifique à l'activité de l'organisme et à l'adéquation du capital est matérialisée par la mise en place d'un processus robuste d'identification, de mesure et de surveillance des risques. La méthodologie de l'évaluation des risques est présentée dans le rapport de contrôle interne de la Mutuelle, dans lequel sont précisés les critères d'évaluation des risques. Sont notamment pris en compte les points suivants :

- la fréquence de survenance du risque sur une échelle de 1 à 5 (1 étant l'événement rare),
- la détectabilité du risque sur une échelle de 1 à 5 (1 étant le risque indétectable),
- la gravité et les conséquences du risque sur une échelle de 1 à 4 (1 étant pour les incidents mineurs).

Ces trois points permettent de définir la criticité du risque étudié. Le gestionnaire de risque évalue son degré de maîtrise du risque ainsi que les barrières qui y sont dédiées sur une échelle de 1 à 5 (5 représentant une parfaite maîtrise du risque).

Les résultats de l'évaluation de ces risques sont précisés dans le rapport de contrôle interne et intégrés dans le calcul du Besoin Global de Solvabilité propre à la Mutuelle.

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 piloter les risques afin d'en limiter les impacts.

La mutuelle a prévu également des plans de redressement permettant de limiter son exposition en cas de survenance d'un événement majeur et notamment en utilisant l'ORSA.

Reportings

Le titulaire de la fonction gestion des risques réalise des reportings réguliers destinés aux dirigeants effectifs, au Comité d'audit, 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

Contexte :

La politique de souscription couvre l'ensemble des procédures mises en place par la mutuelle pour les sujets relatifs à l'émission des contrats d'assurance et le suivi réalisé : risques acceptés, tarification des contrats, suivi de portefeuille pour les contrats en stock, formalisation de nouveaux contrats.

Dans le cadre de la politique de souscription, la mutuelle a établi des règles en matière de :

- Suivi et atténuation des risques, en établissant des restrictions ou exclusions de garanties ou encore en imposant des délais de carence et des plafonnements pour certaines garanties.
- Commercialisation des produits, en suivant un processus de stratégie de développement et de lancement de nouveaux produits.

Mesure du risque et contrôle :

La mutuelle pilote le risque de souscription au travers de plusieurs indicateurs suivis régulièrement et présentés à la direction, au Comité technique, et au Conseil d'administration.

La mutuelle applique une surveillance générale sur l'ensemble de ses produits, pour s'assurer que l'ensemble des primes émises permet de couvrir les sinistres et les frais attendus ou survenus. En effet, un suivi périodique d'indicateurs des dépenses par type de population est réalisé afin d'anticiper d'éventuels plans d'action en cas de dérives.

Concernant les produits déjà existants, dès lors que l'organisme prospecte des volumes d'affaires dépassant le seuil de significativité de 500 000 € de cotisations HT, une nouvelle analyse prospective de l'ORSA peut être mise en œuvre.

Pour les contrats collectifs, le processus de tarification et les conditions de nouvelle souscription sont établis annuellement dans les Normes de souscription. Un processus de dérogation commerciale a également été prévu, sous la responsabilité du Comité technique.

Les principaux indicateurs suivis par la mutuelle sont :

- L'évolution du portefeuille (nombre d'adhérent et/ou montant des cotisations)
- Le rapport Prestations / Cotisations (P/C), par marché, segment, contrat, ...
- Les écarts entre les provisions estimées et les prestations constatées.

Le Comité technique de la mutuelle est à l'initiative d'une proposition de modification des tarifs, validé par la direction générale. Cette proposition est soumise à l'approbation du Conseil d'administration qui dispose, dans ce cas précis, du pouvoir délégué par l'Assemblée générale.

De manière générale, une modification de la tarification est entreprise pour prévenir d'une fragilisation du portefeuille, de l'évolution de la consommation médicale, et maintenir un équilibre technique satisfaisant.

Cet équilibre technique est obtenu par :

- La maîtrise des frais de gestion
- Le contrôle du ratio P/C au global

Les tarifs sont automatiquement revus et ajustés en cas de dérive, lorsque le P/C se dégrade fortement. La mutuelle effectue un suivi global de son ratio P/C au moins deux fois par an. Ce suivi est présenté au Conseil d'Administration.

Maîtrise du risque :

Afin de maîtriser les risques de souscription, la mutuelle a défini une politique de maîtrise de ce risque prévoyant :

- **L'analyse de la suffisance des cotisations.** La suffisance des primes se définit par la capacité qu'a la Mutuelle, compte tenu de l'émission des primes réalisée, de couvrir l'ensemble des futures prestations et frais en prenant en considération les risques qui y sont sous-jacents.

Cette analyse est appuyée par l'étude du ratio combiné global réalisée par année calendaire et par année de survenance. Cette étude est réalisée brute et nette de réassurance.

- **L'analyse de l'évolution de la tarification.** L'analyse de la tarification a pour objectif d'étudier la cohérence des tarifs pratiqués par la mutuelle dans le cadre de la commercialisation de ses contrats, en vue d'en déceler d'éventuelles particularités à considérer pour les évolutions tarifaires des prochains exercices.
- **L'évaluation de la cohérence avec le processus de provisionnement.** Pour s'assurer de la fiabilité des résultats, la Mutuelle réalise le calcul de ses provisions techniques selon deux méthodes différentes : la méthode dite « Chain-Ladder » et la méthode classique de liquidation des provisions. Un comparatif est ensuite établi pour vérifier la cohérence des montants. Le montant résultant de la méthode classique de liquidation est généralement retenu du fait de sa proximité à la réalité. Ces provisions sont calculées par le service actuariat de la mutuelle puis

revues par le Directeur Général (Dirigeant Effectif). La fonction actuarielle est sollicitée pour coordonner et superviser le calcul des provisions techniques dans les cas visés à l'article 82. Elle doit également garantir le caractère approprié des méthodologies, des modèles sous-jacents et des hypothèses pour le calcul des provisions techniques, et apprécier la suffisance et la qualité des données utilisées dans son calcul. Par ailleurs, elle est amenée à comparer les meilleures estimations aux observations empiriques et in fine, informer le Conseil d'administration une fois par an, de la fiabilité du calcul des provisions.

- **Une diminution du risque grâce à la réassurance.** La mutuelle est réassurée pour une partie de ses risques techniques qu'elle couvre auprès de réassureurs connaissant le marché de l'assurance Santé en France. La politique de réassurance de la mutuelle a pour objectif de se prémunir d'une évolution particulièrement défavorable de la sinistralité, de sécuriser les fonds propres de la mutuelle, de limiter la volatilité du résultat et du ratio de solvabilité. Il existe au sein de la Mutuelle une politique qui encadre le choix des réassureurs en référence à la notoriété et à la qualité de la notation de ces derniers (actuellement A), leur localisation en France et les possibilités de nantissement à 100% des engagements cédés. Sud-Ouest Mutualité a pour politique de choisir une compagnie de réassurance dont la notation de référence S&P est au moins supérieure à BBB. L'observation du respect des limites est à la charge de la fonction de gestion des risques. Si la mise en place ou la modification d'un traité de réassurance était à l'étude pour améliorer la solvabilité de la Mutuelle ou dans le cadre de la réduction de ses risques, une nouvelle analyse ORSA sera effectuée afin d'accompagner le Conseil d'administration dans sa prise de décision.

3.2. Risque de marché

Contexte :

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

La politique de la mutuelle en ce domaine est validée au moins une fois par an par le Conseil d'administration.

Pour les placements, elle s'appuie sur une stratégie sur le long terme, prudente, avec une orientation vers des supports de type comptes sur livrets, dépôts à terme, fonds obligataires. La mutuelle ne délègue pas la gestion de ses placements.

Bien qu'une recherche d'alternatives aux dépôts à termes et comptes sur livrets respectant la politique soit en œuvre, la sensibilité du portefeuille actuel aux risques de marché reste extrêmement faible. La garantie en capital à l'échéance étant un prérequis exigé.

En termes d'actifs immobiliers, la mutuelle est soumise au risque immobilier à travers la propriété de l'immeuble de siège social pour lequel une expertise quinquennale et une actualisation annuelle de la valeur de ces actifs sont réalisées par un expert accepté par l'ACPR, conformément à la réglementation. Ces opérations permettent de suivre l'évolution de la valeur des biens en valeur de marché et d'en déduire un SCR immobilier qui est intégré dans le calcul du Besoin Global de Solvabilité.

Mesure du risque et contrôle :

La mutuelle pilote le risque de marché au travers de plusieurs indicateurs suivis régulièrement et présentés à la direction et au conseil d'administration.

Les principaux indicateurs sont suivis par la direction risques et finances. Le risque de marché fait l'objet d'une analyse annuelle dans le cadre de l'ORSA.

Maîtrise du risque :

La politique d'investissement pris en compte dans la gestion des fonds est orientée vers des supports qui :

- engendrent un niveau de risque faible et maîtrisé (dans la plupart des cas, une garantie en capital à l'échéance et/ou des rendements garantis)
- sont liquides et disponibles,
- occasionnent peu ou pas de frais.

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

3.3. Risque de crédit

Contexte :

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 la mutuelle présente une créance ou dispose d'une garantie.

Mesure du risque et contrôle :

La mutuelle pilote le risque de crédit au travers de plusieurs indicateurs suivis régulièrement et présentés à la direction et au conseil d'administration :

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

Maîtrise du risque :

Concernant tout particulièrement les réassureurs et les banques, la mutuelle veille à leur qualité et leur fiabilité lors de la sélection, et suit leur solidité financière (rating, ratio de solvabilité, ...)

Par ailleurs, la sensibilité de la mutuelle au risque de contrepartie est prise en compte :

- Dans la formule standard du SCR de contrepartie
- Dans l'exercice ORSA

3.4. Risque de liquidité

Contexte :

La mutuelle doit tout mettre en œuvre pour disposer de liquidités disponibles à court terme pour faire face à ses engagements dont le principal est de régler les prestations des adhérents.

La gestion de la liquidité de la mutuelle est confiée à la Direction des finances de la mutuelle, sous le contrôle de la Commission des finances du conseil d'administration. La politique financière est tournée vers des supports de placements de type dépôts à terme, livrets et comptes de trésorerie, des obligations et autres fonds, des disponibilités.

Mesure du risque et contrôle :

La mutuelle pilote le risque de liquidité au travers de plusieurs indicateurs suivis régulièrement et présentés à la direction et au Conseil d'administration.

Pour tenir ses engagements, la mutuelle suit tout particulièrement :

- L'évolution du montant des prestations réglées et provisionnées (quotidiennement, mensuellement, trimestriellement),
- Les délais de règlements (respect des seuils, retards),
- Les niveaux de trésorerie (journalier),
- Les liquidités des placements détenus en portefeuille.

Le contrôle et la gestion des risques financiers de liquidité sont exercés à trois niveaux :

- La mise en place d'un reporting financier mensuel,
- Le contrôle de l'évolution du portefeuille par la direction générale,
- L'information et la validation du Conseil d'administration de la politique financière préconisée par la Commission des finances.

Maîtrise du risque :

La gestion des risques relatifs à la liquidité est maîtrisée par la mutuelle par la mise en place de limites de montant à hauteur du seuil significatif de 500 000 € par support et par émetteur. Une répartition équilibrée des placements entre les partenaires financiers est également requise.

Dans sa politique de placements, la mutuelle veille, dans le respect des règles de limitation et de dispersion des actifs, à préserver ses fonds par une gestion qui garantisse des liquidités disponibles permettant de régler les prestations d'assurance et honorer les autres engagements. En cas de besoin de liquidité, la mutuelle peut utiliser des dépôts à terme par anticipation pour améliorer son solde de trésorerie de court terme.

3.5. Risque opérationnel

Contexte :

Le risque opérationnel se définit comme le risque résultant d'une inadaptation ou d'une défaillance imputable à des procédures, personnels et systèmes internes, ou à des événements extérieurs, y compris les événements de faible probabilité d'occurrence, mais à risque de perte élevée.

Le risque opérationnel, ainsi défini, inclut le risque juridique, mais exclut les risques stratégiques et de réputation.

Les processus d'identification et d'évaluation des risques opérationnels et stratégiques de la Mutuelle sont mis en place par le contrôle interne. Une méthodologie pour l'évaluation des risques a été établie dans le rapport de contrôle interne et se base selon les critères de fréquence, gravité et détectabilité.

Mesure du risque et contrôle :

La mutuelle pilote le risque opérationnel au travers de la collecte des incidents, des pertes opérationnelles, matérialisés dans une cartographie des risques et des réclamations. Les incidents et/ou réclamations présentant des impacts financier, réglementaire ou de réputation importants, sont transmis en Comité d'audit et en Conseil d'administration.

La Mutuelle établit une fois par an une cartographie de ses risques endogènes à l'aide du logiciel Valdys. Les risques endogènes correspondent aux risques découlant des processus de pilotage, des processus de support, des processus « cœur de métier » et des risques de non-conformité. Ces cartographies sont intégrées dans le rapport du contrôle interne validé par le Conseil d'administration. Des plans d'action sont ensuite mis en œuvre par les différents acteurs en charge de la maîtrise de ces risques.

Les responsables de processus déclarent les incidents au moyen de l'outil Mantis qui permet d'identifier et suivre la déclaration de l'incident jusqu'à sa résolution, avec la mise en place de plans d'action appropriés.

Les réclamations font l'objet d'une historisation dans l'outil de gestion de la relation client (CRM) qui permet de justifier de l'accusé de réception de la demande, de son traitement et de son issue. Une remontée des réclamations est réalisée mensuellement lors du Comité des opérations pour les analyser. La mutuelle s'assure de la résolution et/ou du suivi des réclamations par la mise en place de plans d'action.

Maîtrise du risque :

Chaque responsable de processus identifie les risques inhérents à son processus ainsi que les points de contrôle permettant de les maîtriser. Ces actions relèvent du contrôle permanent de niveau 1.

Le service contrôle interne intervient en contrôle permanent de niveau 2 et en contrôle périodique. Enfin, l'audit interne peut également évaluer l'efficacité du système.

Le traitement des réclamations fait l'objet d'une politique écrite, d'un mode opératoire pour uniformiser l'accès et la réponse. Le résultat de la gestion des réclamations est porté annuellement dans le questionnaire de protection de la clientèle (QPC) adressé à l'ACPR.

4. Valorisation à des fins de solvabilité

4.1. Actifs

4.1.1. Présentation du bilan

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

Bilan Actif S2	2017	2016
Actifs Incorporels	0 €	0 €
Impôts différés actifs	284 282 €	105 376 €
Immobilier d'Exploitation	51 696 €	48 273 €
Placements	12 616 504 €	13 742 833 €
<i>Placements Immobiliers</i>	<i>2 234 926 €</i>	<i>7 346 300 €</i>
<i>Obligations d'entreprises</i>	<i>3 500 000 €</i>	<i>0 €</i>
<i>Fonds obligataires, actions, monétaires</i>	<i>2 851 190 €</i>	<i>1 500 000 €</i>
<i>Dépôts (dépôts à terme, livrets, ...)</i>	<i>4 030 388 €</i>	<i>4 896 533 €</i>
Prêts	135 227 €	122 289 €
Provisions Cédées Santé similaire à la non	491 779 €	540 616 €
Créances d'Assurance (Intermédiaires)	2 485 465 €	2 507 718 €
Autres créances	965 469 €	566 219 €
Trésorerie	165 357 €	110 045 €
Autres Actifs	285 051 €	210 482 €
TOTAL ACTIF	17 480 829 €	17 953 851 €

(Source : QRT S.02.01.01)

La politique de valorisation à des fins de solvabilité est précisée dans la politique écrite « Valorisation Actif et Passif ».

4.1.2. 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 règlementé (actions, obligations, ...)
- Si celle-ci n'est pas disponible :
 - Valeur d'expert (pour l'immobilier).
 - Ou valeur issue d'un modèle (notamment pour les provisions cédées).

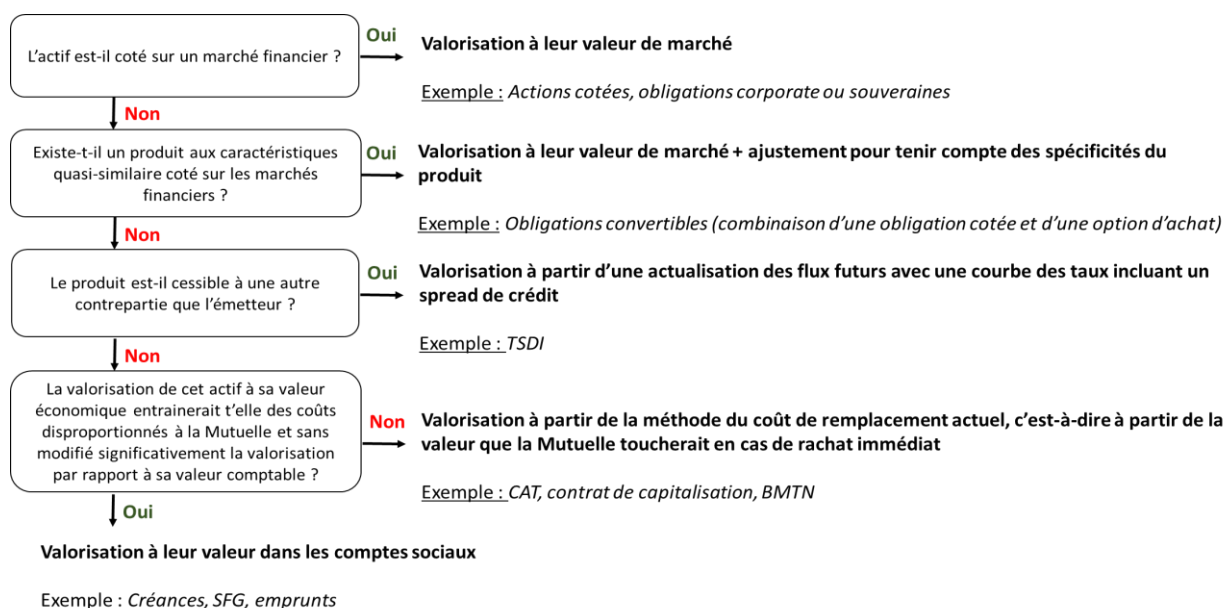
Conformément à l'article 10 des règlements délégués, la valorisation à la valeur boursière est la méthode de valorisation privilégiée.

L'ensemble des placements de Sud-Ouest Mutualité est donc valorisé en valeur de marché lorsque celle-ci est disponible (placements cotés sur les marchés financiers).

Pour les placements composés de biens immobiliers une évaluation réalisée par une expertise indépendante a été retenue.

Pour les autres placements, une valorisation par valeur comptable a été retenue car les axiomes de l'article 9 des règlements délégués sont respectés.

En résumé, Sud-Ouest Mutualité applique hiérarchiquement les méthodes de valorisation suivantes :



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

4.1.3. Immobilisations incorporelles

La valeur des actifs incorporels est considérée comme nulle dans le référentiel Solvabilité 2.

4.1.4. Impôts différés actifs

Les impôts différés actifs (IDA) correspondent à l'écart de valorisation entre les provisions techniques (brutes – cédées) dans les comptes sociaux, et leur valorisation en Solvabilité 2 (en « *Best Estimate* » cf. point 4.2 ci-dessous) y compris la marge pour risques, affecté du taux d'imposition des sociétés en vigueur.

4.1.5. Ecarts de valorisation des actifs entre comptes sociaux et états financiers Solvabilité 2

Bilan Actif	Comptes sociaux	Valeur du Bilan en Normes Solvabilité 2	Ecart
Actifs Incorporels	2 347 461 €	0 €	-2 347 461 €
Impôts différés actifs		284 282 €	284 282 €
Immobilier d'Exploitation	51 696 €	51 696 €	0 €
Placements	11 470 094 €	12 616 504 €	1 146 410 €
<i>Placements Immobiliers</i>	953 288 €	2 234 926 €	1 281 638 €
<i>Obligations d'entreprises</i>	3 500 000 €	3 500 000 €	0 €
<i>Fonds obligataires, actions, monétaires</i>	2 851 190 €	2 851 190 €	0 €
<i>Dépôts (dépôts à terme, livrets, ...)</i>	4 030 388 €	4 030 388 €	0 €
<i>Prêts</i>	135 227 €		-135 227 €
Prêts		135 227 €	135 227 €
Provisions Cédées Santé similaire à la non vie	1 091 756 €	491 779 €	-599 977 €
Créances d'Assurance (Intermédiaires)	2 485 465 €	2 485 465 €	0 €
Autres créances	965 469 €	965 469 €	0 €
Trésorerie	165 357 €	165 357 €	0 €
Autres Actifs	285 051 €	285 051 €	0 €
TOTAL ACTIF	18 862 349 €	17 480 829 €	-1 381 519 €

Par rapport à la présentation des comptes sociaux, la valorisation en normes Solvabilité 2 retient :

- Des actifs incorporels pour une valeur nulle,
- La présence d'impôts différés actifs,
- La valorisation des placements en valeur de marché,
- Les provisions techniques cédées valorisées en « *Best Estimate* ».

4.2. Provisions techniques

4.2.1. Montant des provisions techniques et méthodologies

	Provisions brutes	Marge de risque	Provisions techniques brutes		Provisions techniques cédées	
			2017	2016	2017	2016
Provisions techniques Santé similaire à la non vie	2 615 450 €	338 031 €	2 615 450 €	1 871 989 €	491 779 €	540 616 €

Les provisions techniques comptables des engagements de santé de Sud-Ouest Mutualité sont calculées à l'aide d'une méthode basée sur la cadence historique des règlements. Pour contrôle une deuxième méthode (méthode dite « Chain Ladder ») est également utilisée, et la valorisation définitive retenue est la plus prudente.

Aucune autre marge de prudence n'est incluse dans les provisions comptables.

La provision comptabilisée est une provision pour prestations à payer chargée de frais de gestion. Les frais de gestion des sinistres sont les frais réels de l'exercice considéré.

Le **Best Estimate** (BE) est égal à la valeur actuelle prévue de tous les flux de passif potentiels. C'est la moyenne pondérée par leur probabilité des flux de trésorerie futurs, compte tenu de la valeur temporelle de l'argent (valeur actuelle attendue des flux de trésorerie futurs), estimée sur la base de la courbe des taux sans risque pertinents. Cette valeur doit être calculée sur des informations actuelles et fiables et sur des hypothèses réalistes et spécifiques à l'entité.

Les flux de trésorerie à prendre en compte sont principalement les flux de trésorerie entrant (primes futures, recours) et les flux de trésorerie sortant (sinistres, participation aux bénéficiaires, frais d'administration, frais de gestion des sinistres, frais d'acquisition des contrats futurs, ...). Les frais d'administration, de gestion donnent lieu à des flux de trésorerie futurs qui doivent être pris en compte dans le calcul du BE.

Le cadre général des calculs réalisés correspond aux spécifications techniques publiées par l'EIOPA. Aucun écart significatif par rapport à ces spécifications n'est à notifier, quoique certains éléments aient été estimés par des méthodes simplifiées, en application du principe de proportionnalité.

Les méthodes suivantes ont été appliquées pour estimer le Best Estimate non-vie et santé non-vie :

- **BE de réserves** : estimation à partir des triangles de paiements et application de la méthode Chain Ladder classique
- **BE de cotisations** : estimation à partir du ratio (Prestation + Frais) / Cotisations appliqué aux cotisations de l'année N.

L'intégralité des cotisations de l'année N est prise en compte. En effet, l'émission de ces cotisations étant au 1^{er} janvier N, l'organisme est engagé sur ces primes qui font donc partie du périmètre du bilan Solvabilité 2.

La réassurance est prise en compte par application d'un ratio calculé sur les grandeurs comptables : Provisions techniques cédées / Provisions techniques brutes.

La méthode et les hypothèses étant similaires entre la vision comptable et le Best Estimate, le montant de provisions techniques comptabilisé au bilan prudentiel (Best Estimate) inclut les frais de gestion.

4.2.2. *Marge de risque (Risk Margin)*

La Marge de Risque est égale au coût que représenterait le transfert du portefeuille Sud-Ouest Mutualité. Elle est destinée à couvrir les risques liés à l'écoulement des passifs sur la totalité de leur durée, et correspond en théorie au montant nécessaire pour assurer la rentabilité d'un assureur repreneur du portefeuille avec une hypothèse de Coût du capital (CoC) = 6%.

Son calcul est estimé à 6% de la somme des SCR futurs actualisés (après déduction des SCR Marché, Contrepartie hors réassurance et des impôts différés).

La formule exacte de la Risk Margin est la suivante (Avec CoC = 6%) :

$$RM = CoC \cdot \sum_{t \geq 0} \frac{SCR(t)}{(1 + r(t+1))^{t+1}}$$

Les spécifications techniques permettent une simplification de ce calcul en considérant une évolution des SCR futurs proportionnelle à l'évolution du Best Estimate.

Le calcul de la marge pour risque de la Mutuelle se fait à partir de la méthode simplifiée dite « duration ».

La marge de risque au 31/12/N est calculée en référence à l'écoulement de la provision au profil des prestations engagées sur l'horizon du Plan.

Les SCR Contrepartie, Non Vie et Opérationnel ont été considérés dans le calcul (pas de SCR Marché résiduel).

4.3. Autres passifs

4.3.1. Autres passifs

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

Bilan Passif S2	2017	2016
Fonds propres	10 814 496 €	11 945 514 €
<i>Fonds de dotation</i>	381 100 €	381 100 €
<i>Réserves et résultat de l'exercice</i>	5 433 396 €	6 564 414 €
<i>Dettes subordonnées</i>	5 000 000 €	5 000 000 €
Passifs subordonnés		
Provisions Techniques Brutes	2 953 480 €	2 219 350 €
<i>Best Estimate</i>	2 615 450 €	1 871 989 €
<i>Risk Margin</i>	338 031 €	347 361 €
Provision pour risques et charges	100 000 €	100 000 €
Dépôt des réassureurs	319 620 €	454 310 €
Impôts différés passif	427 170 €	485 270 €
Dettes opérations d'assurance	465 742 €	524 200 €
Dettes réassurance	28 320 €	
Autres Passifs	2 372 001 €	2 225 207 €
TOTAL PASSIF	17 480 829 €	17 953 851 €

(Source : QRT S.02.01.01)

Hormis les provisions techniques évaluées en « Best Estimate », les postes « autres passifs » sont retenus pour leur valeur comptable. Aucun retraitement n'a été effectué en vertu du principe de proportionnalité.

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.

4.3.2. Impôts différés passifs

Les impôts différés passifs (IDP) correspondent à l'écart entre la valorisation des placements dans les comptes sociaux, et leur valorisation en Solvabilité 2 (en valeur de marché), affecté du taux d'imposition des sociétés en vigueur.

4.3.3. *Ecart de valorisation des passifs entre comptes sociaux et états financiers Solvabilité 2*

Passif	Comptes sociaux	Valeur du Bilan en Normes Solvabilité 2	Ecart
Fonds propres	7 876 138 €	10 814 496 €	2 938 358 €
<i>Fonds de dotation</i>	381 100 €	381 100 €	
<i>Réserves et résultat de l'exercice</i>	7 495 038 €	5 433 396 €	
<i>Dettes subordonnées</i>		5 000 000 €	
Passifs subordonnés	5 000 000 €		-5 000 000 €
Provisions Techniques Brutes	2 700 528 €	2 953 480 €	252 952 €
<i>Best Estimate</i>		2 615 450 €	
<i>Risk Margin</i>		338 031 €	
Provision pour risques et charges	100 000 €	100 000 €	0 €
Dettes envers les réassureurs	319 620 €	319 620 €	0 €
Impôts différés passif		427 170 €	427 170 €
Dettes nées d'opérations directes	465 742 €	465 742 €	0 €
Dettes de réassurance	28 320 €	28 320 €	0 €
Autres Passifs	2 372 001 €	2 372 001 €	0 €
TOTAL PASSIF	18 862 349 €	17 480 829 €	-1 381 520 €

Par rapport à la présentation des comptes sociaux, la valorisation en normes Solvabilité 2 retient :

- Des dettes subordonnées (TSDI) admissibles en fonds propres,
- Les provisions techniques brutes valorisées en « *Best Estimate* »,
- La présence d'impôts différés passifs.

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

5.1.1. 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 3/5 ans. La politique de gestion des fonds propres est précisée dans la politique écrite « Gestion des fonds propres ».

La structure des fonds propres se présente de la manière suivante sous Solvabilité 2 :

	2017	2016	Ecart
Fonds propres S2	10 814 496 €	11 945 514 €	-1 131 018 €
- Dont Fonds mutualistes	381 100 €	381 100 €	0 €
- Dont Réserve de réconciliation	5 433 397 €	6 564 414 €	-1 131 017 €
Réconciliation de l'actif	-1 381 519 €	-1 138 181 €	-243 338 €
Incorporels	-2 347 461 €	-1 907 015 €	-440 446 €
Impôts différés actifs	284 282 €	105 376 €	178 906 €
Placements	1 281 638 €	1 455 956 €	-174 318 €
Provisions cédées	-599 977 €	-792 498 €	192 521 €
Réconciliation du passif	680 122 €	8 932 €	671 190 €
Impôts différés passifs	427 170 €	485 270 €	-58 100 €
Provisions brutes	252 952 €	-476 338 €	729 290 €
Postes de fonds propres présentés en réserve de réconciliation	7 495 038 €	7 711 527 €	-216 489 €
Réserves	7 711 528 €	7 950 814 €	-239 286 €
Résultat de l'exercice	-216 490 €	-239 287 €	22 797 €
- Dont dettes subordonnées	5 000 000 €	5 000 000 €	0 €

(Source : QRT S.23.01.01)

Information sur les clauses et conditions importantes attachées aux principaux éléments de fonds propres détenus

La Directive Solvabilité 2 prévoit un classement des fonds propres en trois catégories selon leur recouvrabilité.

Les fonds propres sont donc ventilés selon différents degrés d'éligibilité appelés « Tiers » (cf. art. 93 de la Directive), qui dépendent notamment de leur niveau de disponibilité (disponibilité permanente ou subordination). En pratique, on considère T1, T2 et T3, sachant que seuls les éléments de Fonds Propres de base peuvent se retrouver en T1.

Pour couvrir le SCR, il est nécessaire que :

- T1 > 50% du SCR ;
- T3 < 15% du SCR.

Pour couvrir le MCR, il est nécessaire que :

- T1 > 80% du MCR ;
- T1 + T2 (fonds propres de base uniquement) > MCR.

L'état des fonds propres est présenté conformément au tableau de « *raccordement entre les comptes du Plan Comptable des Assurances et les Fonds propres Solvabilité 2* », publié par l'ACPR en date du 2 juillet 2013.

Les éléments de fonds propres statutaires, sont constitués :

- d'une part du fonds d'établissement, présenté sur la ligne du même nom,
- d'autre part des résultats mis en réserve et non distribués (réserves statutaires et autres réserves, reports à nouveau et résultat de l'exercice), présentés en réserve de réconciliation.

La réserve de réconciliation correspond à la différence de valeur entre le bilan comptable statutaire et le bilan S2 (réévaluation d'actifs et des passifs ou autres retraitements).

Les règles de « Tiering » ont été appliquées en cohérence avec les spécifications techniques EIOPA. L'intégralité des fonds propres est classée en Tier 1.

Les dettes subordonnées sont reconnues dans les fonds propres Solvabilité II en application de la mesure transitoire prévue à cet effet (« clause de grand-père ») :

- Les dettes subordonnées admises à 25% de la couverture de la marge Solvabilité I sont classées en Tier 2
- Les dettes subordonnées admises à 50% de la marge Solvabilité I sont classées en Tier 1.

5.1.2. Passifs subordonnés

Dans le cas présent, les dettes subordonnées correspondent aux TSDI émis par Sud-Ouest Mutualité et souscrits par la mutuelle MICILS du groupe APICIL en 2006, pour un montant nominal de 5 000 000 €. Leur classement est réalisé en Tier 1 restreint.

5.1.3. Fonds propres éligibles et disponibles

Poste	Valeur S2	Tier 1	Tier 1 restreint	Tier 2	Tier 3
Total fonds propres disponibles pour couvrir le SCR et le MCR	10 814 496 €	5 814 496 €	5 000 000 €	0 €	0 €
Fonds propres éligibles pour couvrir le SCR	10 272 303 €	5 814 496 €	1 453 624 €	3 004 183 €	0 €
Fonds propres éligibles pour couvrir le MCR	8 008 120 €	5 814 496 €	1 453 624 €	740 000 €	
SCR	6 008 366 €				
MCR	3 700 000 €				
Ratio Fonds propres éligibles sur SCR	170,97%				
Ratio Fonds propres éligibles sur MCR	216,44%				

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

- Ratio de couverture du SCR : 171 %
- Ratio de couverture du MCR : 216 %

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

5.2. Capital de Solvabilité Requis et Minimum de Capital Requis

5.2.1. Capital de solvabilité requis (SCR)

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 :

	2017	2016	Ecart
BSCR	5 204 636 €	7 448 594 €	-2 243 958 €
SCR de Marché	1 357 937 €	4 523 972 €	-3 166 035 €
SCR de Défaut	631 028 €	529 284 €	101 744 €
SCR Santé	4 469 130 €	4 664 065 €	-194 935 €
Effet de Diversification	-1 253 459 €	-2 268 726 €	1 015 267 €
Ajustement	-142 888 €	-379 894 €	237 006 €
SCR Opérationnel	946 618 €	955 709 €	-9 091 €
SCR Global	6 008 366 €	8 024 409 €	-2 016 043 €

(Source : QRT S.25.01.01)

Les principales évolutions entre 2016 et 2017 concernent :

- les **SCR santé** (-4%) et le **SCR opérationnel** (-1%) : la baisse des SCR et directement reliée à l'évolution du montant des cotisations :

	2017	2016	Ecart
SCR Santé	4 469 130 €	4 664 065 €	-194 935 €
Catastrophe	100 344 €	93 740 €	6 604 €
Similaire à la Non Vie	4 442 988 €	4 639 746 €	-196 758 €

- le **SCR de marché** (-70%) : la baisse résulte de l'évolution du portefeuille de placements, de la baisse de la part actions et de la diversification des actifs :

	2017	2016	Ecart
SCR Marché	1 357 937 €	4 523 972 €	-3 166 035 €
Concentration	434 699 €	3 485 634 €	-3 050 935 €
Actions	281 670 €	2 320 928 €	-2 039 258 €
Intérêts	84 473 €	0 €	84 473 €
Immobilier	811 696 €	628 713 €	182 983 €
Spread	356 333 €	82 500 €	273 833 €

5.2.2. Minimum de capital requis (MCR)

Décomposition du MCR	2017	2016	Ecart
MCR Non Vie	1 311 254 €	1 213 054 €	98 200 €
AMCR	3 700 000 €	3 700 000 €	0 €
MCR Linéaire	1 311 254 €	1 213 054 €	98 200 €
MCR combiné	1 502 091 €	2 006 102 €	-504 011 €
MCR global	3 700 000 €	3 700 000 €	0 €

(Source : QRT S.28.02.01)

Le montant de MCR applicable à la mutuelle est de 3 700 000 €.

5.3. Utilisation du sous module « risque sur actions » fondé sur la durée 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.

Signature d'un dirigeant effectif

Le 3 mai 2018,



Francis LACAU
Directeur opérationnel