



Rapport sur la solvabilité et la situation financière 2022

6 avril 2023

N°SIREN 785 151 689

Rapport établi en application de la directive 2009/138/CE du parlement européen, du règlement délégué 2015/35 de la commission, des notices solvabilité 2 de l'ACPR, du règlement d'exécution 2015/2450 de la commission européenne.

A. Table des matières

Préambule.....	5
B. Activité et résultats	9
A.1. Activité.....	9
A.2. Résultats de souscription.....	10
A.3. Résultats des investissements	11
A.4. Résultats des autres activités	11
A.5. Autres informations.....	12
C. Système de gouvernance	12
B.1. Informations générales sur le système de gouvernance.....	12
B.1.a Organisation générale	12
B.1.b Le conseil d'administration et ses émanations.....	13
B.1.c Direction effective	14
B.1.d Fonctions clés.....	15
B.1.e Eventuels changement importants survenus au cours de l'exercice	15
B.1.f Pratique et politique de rémunération.....	15
B.1.g Adéquation du système de gouvernance	15
B.2. Exigences de compétences et d'honorabilité.....	16
B.2.a Politique de compétence et d'honorabilité	16
B.2.b Exigences d'honorabilité et processus d'appréciation	16
B.2.c Exigences de compétence et processus d'appréciation	17
B.3. Système de gestion des risques, y compris l'évaluation interne des risques et de la solvabilité.....	18
B.3.a Organisation du système de gestion des risques.....	18
B.3.b Evaluation interne des risques et de la solvabilité	20
B.3.c Rôle spécifique de la fonction gestion des risques	21
B.4. Système de contrôle interne	21
B.4.a description du système	21
B.4.b Rôle spécifique de la fonction conformité.....	22
B.5. Fonction d'audit interne	24
B.6. Fonction actuarielle	24

B.7. Sous-traitance	25
B.8. Autres informations.....	25
D. Profil de risque.....	26
C.1. Risque de souscription.....	27
C.1.a Appréhension du risque de souscription au sein de la mutuelle.....	27
C.1.b Mesure du risque de souscription et risques majeurs.....	27
C.1.c Maitrise du risque de souscription.....	28
C.2. Risque de marché	28
C.2.a Appréhension du risque de marché au sein de la mutuelle	28
C.2.b Mesure du risque de marché et risques majeurs	28
C.2.c Maitrise du risque de marché	29
C.3. Risque de crédit	29
C.3.a Appréhension du risque de crédit au sein de la mutuelle	29
C.3.b Mesure du risque de crédit et risques majeurs	30
C.3.b Maitrise du risque de crédit et risques majeurs	30
C.4. Risque de liquidité	30
C.4.a Appréhension du risque de liquidité au sein de la mutuelle	30
C.4.b Mesure du risque de liquidité et risques majeurs	30
C.4.c Maitrise du risque de liquidité	30
C.5. Risque opérationnel.....	31
C.5.a Appréhension du risque opérationnel au sein de la mutuelle.....	31
C.5.b Mesure du risque opérationnel et risques majeurs	31
C.5.c Maitrise du risque opérationnel.....	31
C.6. Autres risques importants	31
C.7. Autres informations.....	32
E. Valorisation à des fins de solvabilité.....	32
D.1. Actifs	32
D.1.a Les placements immobiliers	32
D.1.b Les placements obligataires.....	32
D.1.c Les produits structurés.....	32
D.1.d Les fonds d'investissements	32

D.1.e Les actions.....	32
D.1.f Les autres placements	32
D.1.g. Les actifs incorporels.....	33
D.1.h Les autres créances et la trésorerie.....	33
D.1.i Les impôts différés actifs	33
D.2. Provisions techniques.....	33
D.2.a Les provisions pour sinistres à payer comptables	33
D.2.b Les provisions techniques prudentielles	33
D.3. Autres passifs.....	34
D.1.h Les impôts différés passifs	34
D.3.b Les autres dettes.....	34
D.4. Méthode de valorisation alternatives	34
D.5. Autres informations.....	34
F. Gestion du capital.....	35
E.1. Fonds propres	35
E.2. Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis.....	35
E.3. Utilisation du sous-module « risque sur actions » fondé sur la durée dans le calcul du capital de solvabilité requis	36
E.4. Différences entre la formule standard et tout modèle interne utilisée	36
E.5. Non-respect du minimum de capital requis et non-respect du capital de solvabilité requis	36
G. Annexes	37
F.1. Etat S.02.01.02	37
F.2. Etat S.05.01.02	37
F.3. Etat S.05.02.01	37
F.4. Etat S.12.01.01	37
F.5. Etat S.17.01.02	37
F.6. Etat S.19.01.21	37
F.7. Etat S.23.01.01	37
F.8. Etat S.25.01.21	38
F.9. Etat S.28.02.01	38

Préambule

La mutuelle des ménages prévoyants (LMP) est une mutuelle régie par le Code de la mutualité, organisme à but non lucratif, agréée pour pratiquer des opérations relevant des branches 1, 2, 20 et 21.

La LMP est un acteur mutualiste de référence pour les seniors, principalement sur les départements d'Ile de France. Son activité se structure autour des trois valeurs fondatrices suivantes :

- Solidarité
- Proximité
- Démocratie

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

- Le Conseil d'administration qui porte la responsabilité de la définition, la quantification de la stratégie ainsi que 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 responsables des 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 est 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.

Si la pandémie COVID-19 ne génère plus en 2023 de mesures sanitaires particulières, il demeure que les années 2021, 2022 et les suivantes resteront durablement marquées et dans l'obligation de se transformer tant il est indéniable que l'ensemble des entreprises françaises, quel que soit leur taille, a été impacté dans tous les domaines.

Les instances politiques se sont déroulées dans les délais impartis et tous les dépôts et déclarations réglementaires ont été effectués sans aucun défaut ni retard malgré des évolutions du portail ONEGATE, parfois assez impactantes.

En ce qui concerne la partie institutionnelle de la Mutuelle, plusieurs départs d'administrateurs ont déclenché de nouvelles élections en fin d'année 2022.

Un poste vacant supplémentaire lié à un départ d'administrateur fin 2021 était également à pourvoir, ce qui a permis d'organiser un appel à candidatures auprès de nos adhérents pour renforcer le Conseil d'Administration avec quatre nouveaux administrateurs.

Une assemblée générale extraordinaire s'est donc tenue en décembre et a procédé, sous contrôles de notre prestataire GEDIVOTE pour la partie dépouillement électronique, et d'un huissier de justice, pour la partie conformité.

A l'issue de cette assemblée générale, un Conseil d'Administration a été consacré aux nouvelles compositions des comités et commissions afin de permettre aux quatre nouveaux administrateurs de s'investir dans les différents domaines d'activité.

Une charte « de l'administrateur » fixe les droits, les devoirs et les responsabilités auxquels s'exposent tout administrateur dans l'exercice de ses fonctions. Elle est désormais remise contre émargement à tous les administrateurs, anciens et nouveaux conformément à la politique écrite « Fit & Proper ».

En ce qui concerne la conformité de la Mutuelle, et à l'exception des politiques salariales, qualité des données, sous-traitance et financière/investissement qui seront entièrement revues en 2023, les politiques ont été mises à jour en novembre et présentées à l'approbation du comité d'audit.

Seule la politique de PCA a subi une refonte totale en raison des préconisations de l'audit « gestion de crise ».

Une cellule réclamations et fraudes, composée de deux salariés à temps plein a permis un traçage plus exhaustif de toutes les réclamations recensées dans l'entreprise, tous canaux confondus ainsi qu'un traitement des cas de fraude soupçonnés et/ou avérés totalement en adéquation avec les préconisations de la réglementation.

La Mutuelle LMP a poursuivi les travaux d'optimisation de son dispositif au regard des exigences de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme.

Le Conseil d'Administration a décidé d'organiser deux réunions des délégués par an afin que ces derniers acquièrent une meilleure connaissance du fonctionnement de la Mutuelle en termes de conformité, de réglementation et d'organisation opérationnelle.

Ces deux temps d'échanges annuels participent à la vie démocratique et perpétuent le lien humain qui compose le fondement des institutions mutualistes.

En ce qui concerne la partie opérationnelle, la levée progressive des mesures sanitaires liées à la COVID-19 a permis que l'organisation du travail redevienne fluide.

L'organisation hybride présentielle et distancielle est désormais la norme et la qualité de service a été renforcée afin que les projets en cours et à venir s'appuient sur des process décrits, cohérents et en adéquation avec les attentes des adhérents.

Il demeure que les différentes réglementations telles que la Résiliation Infra-Annuelle, la Directive de Distribution en Assurance et la Lutte Contre le Blanchiment et le Financement du Terrorisme ont considérablement alourdi les process et les temps de traitement quotidiens, tant sur la partie commerciale que sur la partie production.

Les outils informatiques et digitaux ne sont plus en adéquation avec les attentes des salariés et des adhérents et l'urgence se portera en 2023 sur l'acquisition et le déploiement d'une solution CRM afin d'optimiser la relation client.

Le nombre de recrutements est resté important sur l'année 2022, principalement en raison d'un renforcement des équipes téléphonie et commerciale et du turnover toujours actif sur ces deux profils.

La réorganisation est en permanence revisitée afin de s'adapter et le recours à des prestataires extérieurs a été conséquent en 2022 en raison des remplacements de la Direction des Ressources Humaines liée à un congé maternité, et de la Direction des Systèmes d'information liée à un départ de l'entreprise.

Les actions digitales, et particulièrement le suivi de leur efficacité, est désormais sous contrôle de la direction du digital nouvellement mise en place en 2022.

Parallèlement, une autre nouvelle gamme, LMP BASIC, a vu le jour en fin d'année 2022, conçue en adéquation avec les usages des utilisateurs sur les comparateurs d'assurance en ligne. Cette nouvelle gamme a ainsi permis à LMP de gagner en visibilité sur ces sites, et de développer fortement la génération de prospects via ce canal.

La vente du produit destiné aux jeunes de 18 à 28 ans « NUTUUS » s'est poursuivi activement durant toute l'année 2022.

La partie « influence » qui avait favorisé la promotion et la notoriété du produit a été réduite en 2022 au profit d'une acquisition renforcée grâce aux sites de comparateurs d'assurance.

Le recours à cette méthode d'acquisition de leads a permis d'augmenter sensiblement le volume de prospects avec des taux de conversion supérieurs à 10% ce qui est très satisfaisant.

Au-delà des actions menées sur les offres et les comparateurs, des campagnes de communication digitales sur les marques LMP et NUTUUS ont été retravaillées avec de nouveaux contenus qui ont permis d'accroître la notoriété de ces deux marques et de générer de nombreuses visites de nouveaux prospects sur les sites internet.

Concernant les services annexes proposés aux adhérents, le service de téléconsultation a poursuivi son déploiement avec la société MEDAVIZ en partenariat avec l'assistant COGEMUT.

La collaboration avec l'association de médiation sociale, le Point Services aux Particuliers, s'est poursuivie en 2022 et a permis d'accompagner 4 fois plus d'adhérents qu'en 2021 dans la maîtrise des outils digitaux et de lutte contre l'illectronisme.

Les chantiers de réorganisation engagés fin 2019 sont terminés mais nécessitent des ajustements permanents pour rester agile et favoriser la polyvalence.

Parallèlement, le projet Opérateur de Tiers Payant a mobilisé les expertises ce qui a été compensé par des recrutements en Contrats à Durée Déterminés afin de maintenir les délais de traitement dans les objectifs définis.

La mise en œuvre d'un opérateur de tiers payant, ALMERYS, a nécessité de nombreux travaux menés par le chef de projet back office en plus des travaux courants liés à l'éditeur du système métier CIM.

La Mutuelle LMP a poursuivi les travaux d'optimisation de son dispositif au regard des exigences de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme.

Une attention particulière a été portée au dispositif LCB-FT, notamment sur la fréquence de filtrage du dispositif de détection des Personnes Politiquement Exposées (PPE) et sur les personnes faisant l'objet d'une mesure de Gels Des Avoirs (GDA). La fréquence de filtrage est passée d'une fois par semaine en 2021 à une fréquence quotidienne en 2022 conformément aux exigences réglementaires.

Les dispositifs de l'Association pour la Gestion des Informations sur le Risque en Assurance (AGIRA 1 et 2) et la loi Eckert ont successivement renforcé les obligations des organismes assureurs dans la recherche des assurés décédés et des bénéficiaires des contrats d'assurance sur la vie en déshérence.

Dans ce cadre la Mutuelle a revu ses process opérationnels et a renforcé son service décès. La Mutuelle est dorénavant en conformité avec ses obligations réglementaires.

En ce qui concerne le Règlement Général de Protection des Données, des travaux d'amélioration de la sécurité informatique ont permis une protection renforcée des données personnelles. Un référent RGPD sera nommé en 2023 afin de suivre les demandes de restitution et de suppression de données ainsi que les sujets de protection des données dans les systèmes d'information de la Mutuelle, sous supervision du Data Protection Officer.

Malgré le contexte compliqué de mixité du présentiel et du distanciel, la mutuelle a respecté toutes ses obligations réglementaires, a dispensé les formations obligatoires auprès du personnel et a produit tous ses rapports annuels dans les délais impartis.

Comme déjà décrit, si certains projets ont encore dû être reportés et adaptés, il demeure que l'année 2021 a permis de capitaliser sur la digitalisation, sur la dématérialisation des process et sur la réorganisation opérationnelle.

Parallèlement, les avancées sur les recommandations participent à l'amélioration continue de la conformité de la Mutuelle sur beaucoup de sujets.

Les formations dispensées ont été encore nombreuses et l'implication du personnel ont permis de maintenir une qualité de service et de réponse aux adhérents correcte compte tenu du contexte sanitaire et social dégradé.

L'engagement environnemental, social et gouvernance

La Mutuelle a déterminé sa raison d'être et sa vision pour permettre que ses ambitions soient en adéquation avec une démarche environnementale, sociétale et démocratique.

Les actions de la Mutuelle s'inscrivent depuis plusieurs années dans une démarche globale d'intégration des principes de développement durable et de responsabilité sociétale.

Les valeurs de solidarité, de proximité et de démocratie participent au respect des engagements de la gouvernance.

En inscrivant sa raison d'être et sa vision dans un plan stratégique triennal, la Mutuelle s'engage à respecter le bien-être collectif, pour ses adhérents, pour ses salariés et pour les administrateurs.

La Mutuelle souhaite aligner progressivement son fonctionnement interne et sa politique financière aux critères ESG.

Pour l'exercice 2022 la mutuelle présente les indicateurs de référence suivants :

Indicateurs de référence	2022	2021	Evolution en %
Cotisations nettes de taxes non-vie	30 216K€	31 886K€	-5,2%
Cotisations nettes de taxes vie	468K€	522K€	-10,3%
Résultat de souscription non-vie	-2 772K€	-1 109K€	149,9%
Résultat de souscription vie	-401K€	-66K€	505,0%
Résultat financier	-181K€	1 666K€	-110,9%
Charges non technique : Fonds de secours	-103K€	-140K€	-26,0%
Résultat exceptionnel	-12K€	-61K€	-80,1%
Impôts sur le résultat	-11K€	-117K€	-91,0%
Résultat après impôt	-3 460K€	173K€	-2094,8%
Fonds propres Solvabilité 2	26 951K€	33 666K€	-19,9%
Ratio de couverture du SCR	235%	248%	-5,2%
Ratio de couverture du MCR	674%	910%	-25,9%

La situation financière de la Mutuelle en 2022 a été impactée par une baisse du portefeuille d'adhérents et donc des cotisations en non-vie et en vie d'une part, et par des investissements dans le développement de la Mutuelle (outils, création de produit, actions de prospection, recrutements) d'autre part, qui ont alourdi les charges mais qui produisent des résultats encourageants en fin d'année 2022. Par ailleurs, le contexte boursier dégradé n'a pas permis cette année de compenser le résultat technique déficitaire par des plus-values.

B. Activité et résultats

A.1. Activité

La mutuelle est une personne morale à but non lucratif créée en 1854 et régie par les dispositions du livre II du code de la mutualité. Elle est inscrite sous le numéro de SIREN 785 151 689.

Conformément à l'article L.510-1 du Code de la Mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

La mutuelle a donné mandat pour la certification de ses comptes annuels au Cabinet CADERAS MARTIN SA dont le siège est situé au 43, rue de Liège à Paris 8^{ème} représenté par Monsieur Laurent DANTAN et en suppléance par le cabinet CAEC EXPERT dont le siège est situé 9 rue de l'Echelle, Paris 1^{er} représenté par Monsieur Jérôme RENAULDON.

La mutuelle détient les agréments pour l'exercice d'activités relevant du livre II du code de la mutualité avec les branches suivantes de l'article R. 211-2 :

- Branche 1 accident.
- Branche 2 maladie.
- Branche 20 vie-décès.
- Branche 21 natalité.

Les garanties commercialisées par la mutuelle sont des garanties d'assurance des frais médicaux, d'assistance, de primes de naissance et de participation aux frais d'obsèques dont la commercialisation intervient sur le territoire français.

L'évolution de l'équilibre technique des formules collectives constaté en 2022 est restée stable et proche de 100%.

A.2. Résultats de souscription

Non vie - (En K€)	2022	2021	Evolution en %
Cotisations émises	30 216	31 886	-5%
Prestations et frais payés	-25 745	-26 739	-4%
Frais de gestion	-7 234	-6 498	11%
Autres	-9	241	-104%
Solde de souscription non-vie	-2 772	-1 109	150%

Vie - (En K€)	2022	2021	Evolution en %
Cotisations émises	468	609	-23%
Prestations et frais payés	-819	-615	33%
Participation aux résultats		1	-100%
Frais de gestion	-50	-52	-4%
Autres	-1	6	-119%
Solde de souscription vie	-401	-51	687%

A.3. Résultats des investissements

Au titre de son activité d'investissement, la mutuelle dispose d'un portefeuille de placements s'élevant à 37 528 K€, en valeur marché.

Les produits et charges financiers par classes d'actifs se décomposent comme suit.

Les produits et charges financiers par classes d'actifs se décomposent comme suit.

Type d'actifs (En K€)	Valeur de marché	Produits	Charges	Résultat des investissements		+/- valeurs latentes
				2022	2021	
Terrains et constructions	5 141	302	18			2 146
SCPI	1 895	79	0			104
Obligations d'entreprises	8 117	234	46			-704
Obligations d'état	2 810	194	67			-169
Produits structurés	5 396	294	0			-1 279
Actions	2 567	73	0	36	235	209
OPCVM	9 486	0	0		687	-313
Comptes à terme	0	0	0			0
Livrets	1 835	19	0			0
Parts sociales	282	2	0			1
Frais de gestion interne	0	0	14			0
Total	37 528	1 197	144	36	921	-4

Les produits financiers des postes d'actif sont, par catégorie, composés des éléments suivants :

- Terrains et constructions : loyer d'équivalence de l'immeuble d'exploitation ainsi que des loyers de l'immeuble non liés à l'exploitation ;
- SCPI, obligations, produits structurés, actions, OPCVM, livrets et parts sociales : revenus de placements financiers réalisés, coupons et dividendes.

Les charges financières des postes d'actif sont, par catégorie, composés des éléments suivants :

- Terrains et constructions : intérêts d'emprunt de l'immeuble d'exploitation ;
- Obligations : amortissements des différences de prix de remboursement ;
- Actions : perte sur cessions ;
- Frais de gestion interne : charges liées à la gestion financière.

A.4. Résultats des autres activités

La Mutuelle n'exerce aucune activité tierce en complément de son activité classique d'assurance santé et décès à l'exception d'une activité de location immobilière, confiée pour la gestion à une agence immobilière, l'agence « L'appart'immo » dont le siège est domicilié au 16, place du Cormier à Fontenay Le Fleury.

Le bail locatif conclu en 2021 permet un produit locatif est de 42 664€ pour l'année 2022.

A.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.

C. Système de gouvernance

B.1. Informations générales sur le système de gouvernance

B.1.a 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 :

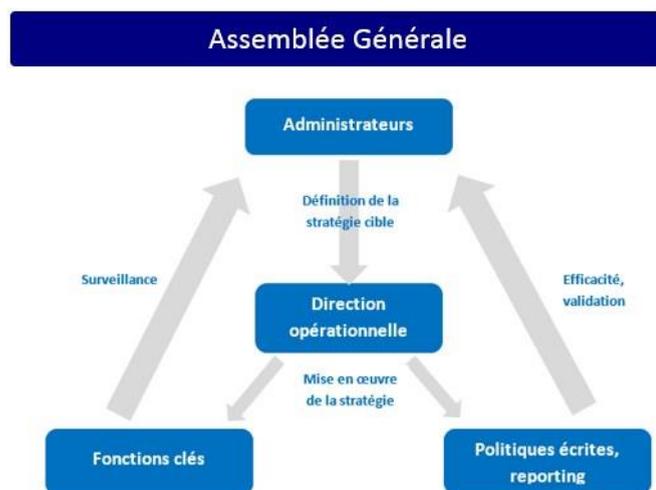
- Les administrateurs élus (conseil d'administration).
- La présidence et la direction opérationnelle choisie pour ses compétences techniques et managériales (dirigeants effectifs).
- Les fonctions clés en charge de prérogatives spécifiques (actuariat, gestion des risques, conformité et audit interne)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

L'organisation générale de la gouvernance est décrite dans les statuts de la mutuelle approuvée par l'assemblée générale et dans une charte de la gouvernance, règlement intérieur décrivant plus précisément le fonctionnement du conseil d'administration. Par ailleurs, ce dernier contribue annuellement à la revue des politiques écrites de la mutuelle.

De plus, des commissions permanentes qui sont au nombre de cinq permettent que chaque administrateur participe activement aux travaux engagés.

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 :



B.1.b Le conseil d'administration et ses émanations

Composition et tenues du conseil d'administration

Le conseil d'administration est composé de 21 administrateurs élus.

Le conseil d'administration se réunit à *minima* 4 fois dans l'année.

Les réunions du Conseil d'administration de l'année 2022 ont été les suivantes :

05 avril 2022 – 17 mai 2022 – 26 septembre 2022 – 20 octobre 2022 – 16 novembre 2022 – 09 décembre 2022.

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 :

- Fixer les orientations stratégiques de la Mutuelle ;
- Contrôler le développement opérationnel des opérations ;
- Rendre compte de ses travaux à l'Assemblée Générale ;
- Veiller au respect des réglementations et des dispositions du Code de la mutualité.

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, il :

- 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 ;
- Veille à ce que, en cas de recours à la sous-traitance, 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.

Les commissions et comités du conseil d'administration

Le conseil d'administration est organisé autour de huit commissions et comités tous permanents à l'exception de la commission électorale qui n'est activée que lors d'élections de délégués :

- Commission Finances-Placements ;
- Commission Développement ;
- Commission de participation exceptionnelle ;
- Commission partenariat ;
- Comité des rémunérations ;
- Comité d'Audit ;
- Comité produit
- Commission électorale

Ces commissions sont composées d'élus, du Dirigeant Opérationnel et parfois de salariés de la mutuelle quand les domaines le nécessitent.

Pour l'année 2022, les commissions et comités actifs (donc hors commission électorale) sont toujours au nombre de sept.

B.1.c Direction effective

La direction effective de la mutuelle est assurée par deux dirigeants effectifs dont les fonctions ont été confirmées par l'ACPR :

- Le président du conseil d'administration, Monsieur KERAVAL Marc depuis le 9 octobre 2017 ;
- Le dirigeant opérationnel, Madame HEMERY Karine depuis le 1^{er} janvier 2016.

Dans le respect du principe des quatre yeux, les dirigeants effectifs de la mutuelle sont impliqués dans les décisions significatives de la mutuelle, disposent de pouvoirs suffisants, d'une vue

complète et approfondie de l'ensemble de l'activité.

B.1.d Fonctions clés

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

- La fonction gestion des risques
- La fonction actuarielle
- La fonction audit interne
- La fonction vérification de la conformité

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 dans la lettre de mission et la politique écrite.

Les conclusions et recommandations des fonctions clés, ainsi que les propositions d'actions découlant de chacune d'entre elles, sont communiquées au conseil d'administration ou au comité d'audit par le responsable de la fonction clé. Ce dernier veille à ce que ces actions soient menées à bien et en rend compte au dirigeant opérationnel ainsi qu'au conseil d'administration ou au comité d'audit tel que prévu à l'article L. 211-13 du Code de la mutualité

B.1.e Eventuels changement importants survenus au cours de l'exercice

Le responsable de la fonction clé « audit interne » a quitté l'entreprise en fin d'année 2021 ce qui a généré la nomination d'un remplaçant qui a pris ses fonctions début 2022 avec un programme de formation répondant aux exigences de la mission.

B.1.f Pratique et politique de rémunération

Les indemnités des administrateurs et la rémunération du dirigeant opérationnel sont revues annuellement par le comité des rémunérations qui émet ensuite une proposition au conseil d'administration qui statue puis soumet à l'approbation de l'Assemblée Générale l'évolution des indemnités et vacations des administrateurs.

B.1.g Adéquation du système de gouvernance¹

Le système de gouvernance est revu annuellement par le comité d'audit dans le cadre de l'établissement du rapport de gestion.

¹ Article 51 de la directive

Ce dernier a un rôle de surveillance quant aux travaux effectués par les dirigeants effectifs et fonctions clés au regard de leurs prérogatives.

Ce dernier assure également une revue annuelle des politiques écrites afin que celles-ci soient appliquées et respectées.

Enfin, le comité d'audit a un rôle de suivi du respect des limites posées par le conseil d'administration, concernant la gestion des actifs mais aussi sur la composition de celui-ci et le respect des limites d'âge.

B.2. Exigences de compétences 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.

B.2.a Politique de compétence et d'honorabilité

A cet effet, la mutuelle a défini une politique de compétences et d'honorabilité validée par le conseil d'administration qui prévoit :

- La constitution d'un dossier individuel de compétences et d'honorabilité pour les dirigeants effectifs et les responsables de fonctions clés mentionnant l'expérience professionnelle ainsi que les formations suivies ;
- La constitution d'un dossier d'évaluation des compétences collectives du conseil d'administration au travers notamment des formations suivies individuellement et collectivement au cours du mandat ;
- Les modalités d'évaluation de l'honorabilité et de compétences ainsi que de formation et de constitution des dossiers au travers de procédures pour le dirigeant opérationnel, les responsables de fonctions clés et les élus.

B.2.b Exigences d'honorabilité et processus d'appréciation

Les exigences d'honorabilité pour l'ensemble des acteurs de la gouvernance sont assurées par la présentation pour le dirigeant opérationnel et les responsables de fonctions clés :

- Une copie recto verso d'une pièce d'identité en cours de validité ;
- Un curriculum vitae à jour ;
- Une copie des diplômes ;
- Les justificatifs des formations spécialisées suivies et le cas échéant les certifications pour le poste ;
- Un extrait de casier judiciaire de moins de 3 mois (bulletin n°3) ;
- Déclaration de non-condamnation.

Les exigences d'honorabilité pour l'ensemble des acteurs de la gouvernance sont assurées par la présentation pour les élus :

- Une copie recto verso d'une pièce d'identité en cours de validité ;
- Un curriculum vitae à jour (intégrant éventuellement les fonctions exercées précédemment auprès de la mutuelle) ;
- Une copie des diplômes ;
- Les justificatifs des formations spécialisées suivies et le cas échéant les certifications pour le poste ;
- Un extrait de casier judiciaire de moins de 3 mois (bulletin n°3) ;
- Déclaration de non-condamnation renouvelée annuellement.

Ces exigences d'honorabilité sont renouvelées pour tout nouvel administrateur, et annuellement pour tous les administrateurs, dirigeants effectifs et fonctions clés.

Le contrôle des exigences d'honorabilité est assuré par le comité d'audit et communiqué au conseil d'administration.

Une charte de l'administrateur est rédigée et encadre les exigences de compétences et d'honorabilité renforcée par les politiques de compétences et honorabilité et de gestion des conflits d'intérêts.

B.2.c Exigences de compétence et processus d'appréciation

Administrateurs

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

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

- Dossier de compétence pour chaque administrateur (connaissances, diplômes, expérience professionnelle, expérience en tant qu'administrateur) ;
- Parcours spécifique de formation pour les nouveaux administrateurs ;
- Participation à des commissions spécialisées permettant de partager des travaux avec les opérationnels de la mutuelle.

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 comité d'audit et le conseil d'administration.

B.3. Système de gestion des risques, y compris l'évaluation interne des risques et de la solvabilité

B.3.a 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 des risques 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 issue de la politique de gestion des risques est la suivante.

Mission de la fonction gestion des risques

Cette fonction a pour vocation de porter la responsabilité de la mise en œuvre et de la coordination du processus d'identification des risques.

Elle supervise les travaux de cartographie et de suivi des risques en les centralisant et en interprétant un faisceau d'informations provenant de multiples sources internes et externes (comptabilité générale, production, suivi des placements, gestion des adhérents, etc.). Elle effectue régulièrement une restitution synthétique à la Direction générale et au Conseil d'administration.

Les composantes de la fonction gestion des risques

Positionnement

La fonction gestion des risques doit être libre d'influences pouvant entraver son objectivité, son impartialité et son indépendance.

La fonction de gestion des risques est placée sous l'autorité de la Direction générale et présente annuellement une synthèse de son action au Conseil d'administration.

Droits et obligations

La fonction de gestion des risques a accès aux documents, données, locaux et personnes nécessaires à sa mission. Les activités ou services délégués à des opérateurs ou prestataires externes sont inclus dans le périmètre de contrôle de la fonction de gestion des risques.

A cette fin, la mutuelle s'engage à ce que les contrats noués avec d'éventuels délégataires prévoient la possibilité, pour la mutuelle, de suivre et contrôler les activités déléguées.

La mutuelle s'engage à ce que les extractions informatiques utiles à son action soient communiquées à la fonction de gestion des risques.

Lorsque la fonction de gestion des risques souhaite entendre une personne, l'organisation de cette audition doit s'effectuer en respectant les lignes hiérarchiques en place.

Si l'accès aux informations nécessaires est refusé au responsable de la fonction de gestion des

risques, il doit en informer graduellement, le management du service concerné, la Direction générale et, en dernier recours, le Conseil d'administration.

Le responsable de la fonction de gestion des risques doit – sans délai et par tout moyen – porter à la connaissance de la Direction générale et du Conseil d'administration tout risque significatif imminent.

Le responsable de la fonction de gestion des risques peut s'entretenir librement avec la Direction générale, avec les membres du Conseil d'administration, les différents Comités (dont celui d'audit) et Commissions, ainsi qu'avec des interlocuteurs externes (partenaires, sous-traitants, etc.) préalablement identifiés par le Conseil d'administration.

Pilotage de la fonction gestion des risques

Le Conseil d'administration désigne officiellement un responsable de la fonction gestion des risques et lui met à disposition les moyens et ressources nécessaires pour réaliser les objectifs définis.

Cette désignation est immédiatement notifiée à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution selon la procédure définie par cette dernière.

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

- Une cartographie revue annuellement déterminant l'appétence et la tolérance aux risques de la mutuelle, défini par le conseil d'administration en lien avec la stratégie ;
- Une politique de gestion des risques fixant les indicateurs de suivi des risques et limites associées conjointement définis par les managers opérationnels, la fonction clé gestion des risques et la direction puis validées par le conseil d'administration ;
- Un processus de reporting et de suivi régulier des indicateurs et limites remontant jusqu'à la direction et le conseil d'administration ainsi que des modalités d'alerte en cas de détection de risques importants potentiels ou avérés.

Une comitologie adaptée associe les dirigeants effectifs et les fonctions clés pour avis dans les instances (conseil d'administration et comité d'audit notamment) et permet de piloter la stratégie en fonction des risques et du contrôle.

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.

S'agissant des risques évoqués dans la politique, ceux-ci ont été définis et validés au sein de la mutuelle et sont les suivants :

- La souscription et le provisionnement ;
- La gestion actif-passif ;
- Les investissements, en particulier dans les instruments dérivés et engagements similaires ;
- La gestion du risque de liquidité et de concentration ;

- La gestion du risque opérationnel ;
- La réassurance et les autres techniques d'atténuation du risque.

Ces risques sont également encadrés par quatre grandes familles de risques qui sont les risques assurance, les risques financiers, les risques opérationnels et les risques externes.

B.3.b 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 sous les principes suivants :

- Une validation du rapport ORSA par le conseil d'administration qui peut selon son jugement exiger de revoir et/ou corriger des paramètres concernant l'environnement externe (concurrence, juridique, économie, fiscalité, etc.) ou interne (interdépendances de décisions, évolution du niveau d'appétence aux risques fixé, adaptation de la stratégie et/ou de l'organisation, etc.) ;
- Une démarche ORSA placée sous la responsabilité conjointe du conseil d'administration, du comité d'audit avec la contribution du cabinet d'actuariat et de la direction financière et comptable de la mutuelle.

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

- Fixer l'indexation des cotisations de l'exercice suivant ;
- Valider ou amender le plan de réassurance ;
- Valider ou amender la politique d'investissement ;
- Valider ou évaluer l'impact du 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 évaluation de son besoin global de solvabilité par ajustement ou ajout de modules de risques à la formule standard ;
- 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.

Les hypothèses et scénarios retenus pour l'établissement de ces estimations quantitatives sont documentés dans le rapport ORSA de la mutuelle.

Il est à noter qu'en cas de changement brutal de la conjoncture économique ou en cas de développement de nouveaux projets stratégiques, le dispositif permet de déclencher un ORSA à tout moment.

Le rapport ORSA est établi annuellement et présente les différents scénarii de stress tests pour validation par le Conseil d'Administration.

B.3.c Rôle spécifique de la fonction gestion des risques

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

- Assistance à la mise en œuvre du système de gestion des risques ;
- Suivi du système de gestion des risques et du profil de risque de la mutuelle ;
- Déclaration des expositions aux risques et assistance sur son domaine au conseil d'administration ;
- Identification et évaluation des risques émergents ;
- Coordination opérationnelle du processus ORSA.

B.4. Système de contrôle interne

B.4.a 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 dispose 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.

Les principaux objectifs des procédures de contrôle interne sont de :

- Vérifier que les informations comptables, financières et de gestion, communiquées au Conseil d'administration et à l'Assemblée générale reflètent avec sincérité l'activité et la situation de la mutuelle ;
- Prévenir et maîtriser les risques résultant de l'activité de la mutuelle, et les risques d'erreurs ou de fraudes, en particulier dans les domaines comptables et financiers ;
- Veiller à ce que les actes de gestion ou de réalisation des opérations déléguées, ainsi que les comportements des personnels (internes et personnels en charge des activités déléguées) s'inscrivent dans le cadre :
 - o Des orientations données par le Conseil d'administration de la mutuelle ;
 - o Des lois et règlements en vigueur (conformité) ;
 - o Des valeurs, normes et règles internes à la mutuelle.

Il repose sur :

- Un plan de contrôle organisé par direction et 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 un responsable contrôle interne.

- Les contrôles peuvent être qualifiés de premier niveau lorsqu'ils sont réalisés par les opérationnels et managers opérationnels ou de deuxième niveau lorsqu'ils sont réalisés par le responsable du Contrôle Interne.
- Un plan de conformité renouvelé annuellement visant à piloter l'activité de conformité est porté par la fonction de vérification de la conformité.

Le référentiel COSO (1) propose une définition standard du Contrôle interne ainsi qu'un cadre d'évaluation. Le contrôle interne se définit comme « un processus mis en œuvre par le Conseil d'administration, la Direction Générale, la hiérarchie, le personnel d'une entreprise et destiné à fournir une assurance raisonnable quant à la réalisation d'objectifs entrant dans les catégories suivantes :

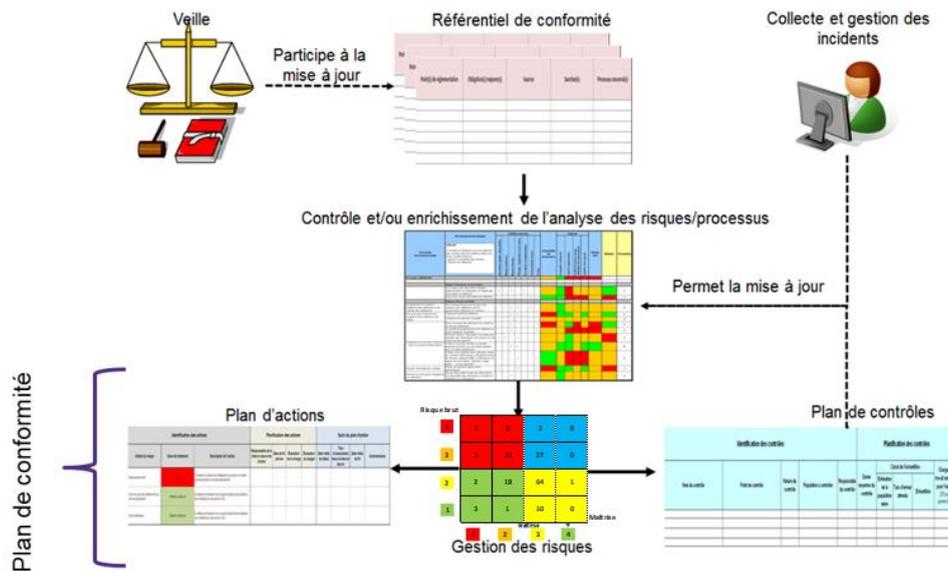
- Réalisation et optimisation des opérations
- Fiabilité des informations financières
- Conformité aux lois et aux réglementations en vigueur » (Source COSO) ».

(1) COSO : *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission*. Référentiel communément reconnu et le plus utilisé au niveau international. Le COSO propose une définition standard du Contrôle interne ainsi qu'un cadre d'évaluation. Ce référentiel intitulé « *Internal Control – Integrated Framework* » est issu des travaux en 1992, aux Etats-Unis, d'une commission regroupant un grand nombre de professionnels (commissaires aux comptes, experts comptables, représentants des entreprises).



B.4.b Rôle spécifique de la fonction conformité

Le dispositif de conformité s'inscrit au cœur du dispositif de contrôle interne et suit le processus suivant :



Il s'appuie sur une méthodologie, des acteurs et des outils spécifiques, dont :

- La note d'impact concernant la veille réglementaire et ayant pour objet d'informer l'instance dirigeante des exigences et des impacts opérationnels au sein de LMP,
- La fiche de non-conformité ayant pour finalité de tracer et corriger les non-conformités détectées par les opérationnels et la responsable de la fonction clé vérification de la conformité.

Au-delà du dispositif décrit ci-dessus, la responsable de la fonction clé vérification de la conformité doit émettre des avis de conformité sur les domaines entrant dans son champ de compétence avant déploiement en interne et diffusion en externe (processus de création /modification de produits, publication des éléments de communication, etc...).

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

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

B.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 depuis le second semestre 2016. Le responsable de la fonction d'audit interne est venu compléter le dispositif à la même période. Celui-ci est directement rattaché à la direction générale et dispose d'un droit d'accès au conseil d'administration ce qui en garantit son indépendance. 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.

B.6. Fonction actuarielle

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

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 et 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.

B.7. Sous-traitance

Dans le cadre de son activité, la mutuelle a recours à de la sous-traitance sur les domaines suivants :

- Actuariat
- Conformité
- Audit interne
- Gestion des paies
- Stockage des données
- Maintenance informatique et infogérance
- Archivage
- Traitement des mises en demeure
- Traitement des appels téléphoniques
- Traitement des appels issus d'un comparateur
- Traitement des envois postaux en masse (échéanciers, cartes annuelles, mailings, relevés de prestations payées)
- Routage des envois de documentations

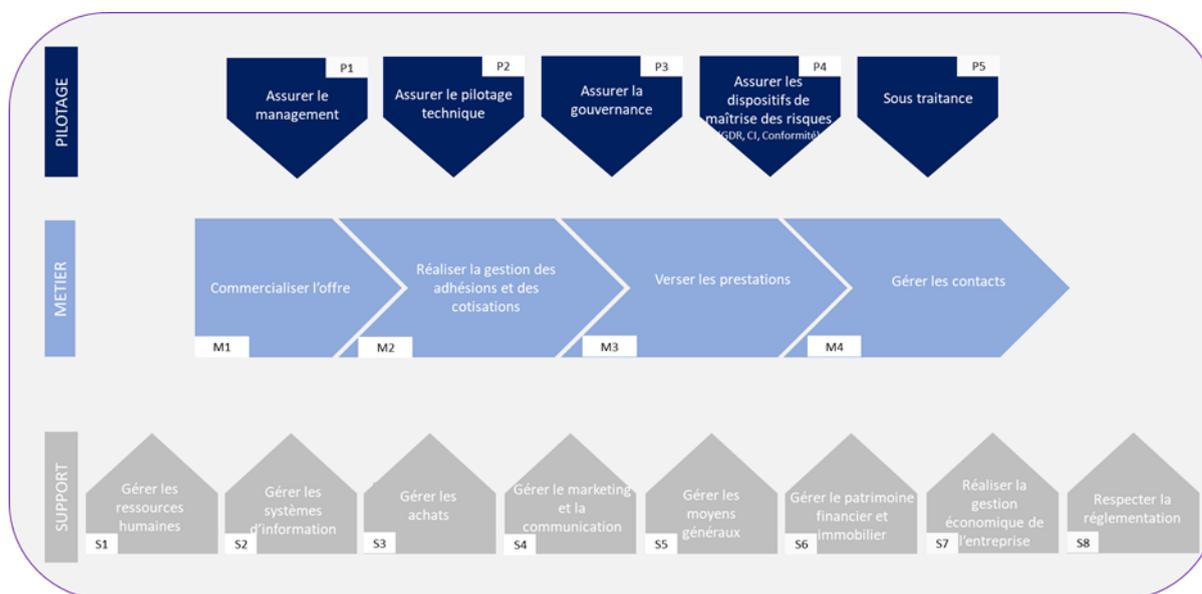
Cette sous-traitance étant formalisée dans la politique de sous-traitance qui prévoit notamment les modalités de sélection et d'engagement, de suivi et de contrôle des prestations déléguées.

B.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.

D. Profil de risque

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



Identification

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

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

Mesure

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

Contrôle et gestion :

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

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

Déclaration :

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

C.1. Risque de souscription

C.1.a Appréhension du risque de souscription au sein de la mutuelle

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

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

- Des **hypothèses de tarification et de provisionnement** en fonction de la consommation constatée sur les trois dernières années ;
- De la **structure tarifaire** du produit : la structure tarifaire des produits est multiple et peut en fonction des gammes fermées ou ouvertes présenter des cotisations par tranches âge ou uniques. La nouvelle gamme LMP+ a une structure tarifaire segmentée par formule et par tranches d'âge ce qui limite le risque d'antisélection.
- De la **structure des garanties** : elles se déclinent en six niveaux progressifs avec la possibilité d'associer aux deux meilleures formules des renforts.
- Du **canal de distribution des produits** : les produits sont distribués en face à face, par téléphone, par le site internet et par des comparateurs. L'activité courtage de la mutuelle est à l'arrêt depuis plusieurs années.
- Des **modalités d'adhésion** : les modalités d'adhésion, mentionnées dans le règlement mutualiste, respectent la réglementation en vigueur et les délais de rétractation. Aucun questionnaire de santé n'est demandé.
- Des **informations sur la population, disponibles** pour la tarification et le provisionnement.

Le portefeuille de la mutuelle est suivi et étudié ce qui permet de dégager les tendances de consommation en fonction des dispositions gouvernementales impactant les niveaux de remboursement du régime général mais aussi des habitudes de consommation propres à certaines tranches d'âge et/ou catégories d'adhérents.

C.1.b 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 ratio de sinistralité (Prestations / Cotisations) ;
- Les écarts entre les provisions estimées et les prestations constatées.

Au regard des risques importants, la mutuelle est particulièrement sensible à la sinistralité et aux modifications législatives qui impacteraient sa pérennité.

C.1.c Maitrise du risque de souscription

Afin de maîtriser les risques évoqués plus haut, la mutuelle définit chaque année 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 prévoit une analyse actuarielle préalable effectuée à partir de la base complète des prestations payées et encadrée par la fonction actuarielle ;
- Le processus de renouvellement tarifaire tient compte d'analyses de sinistralité et régulièrement d'une tarification actuarielle complète à partir de la base des prestations, sous la responsabilité de la fonction actuarielle ;
- Le processus de provisionnement est encadré par la fonction actuarielle et fait l'objet d'analyses annuelles des *boni* et *mali* de liquidation ;
- L'opportunité d'un recours à la réassurance est analysée annuellement par la fonction actuarielle.

Par ailleurs, la sensibilité de la mutuelle au risque de souscription est testée dans le processus ORSA par les scénarios catastrophes (« *reverse stress tests* ») qui tiennent compte d'une dérive de la sinistralité suffisamment importante pour, combinée avec un scénario de marché également dégradé, conduire à la limite de 100% de couverture de SCR. Ces scénarios montrent que la mutuelle est robuste et que de telles dérives seraient identifiées par la gouvernance suffisamment tôt pour en contenir les impacts (*cf.* rapport ORSA).

C.2. Risque de marché

C.2.a 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.

C.2.b 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.

Compte tenu de la stratégie d'investissement de la mutuelle et de la modération de son risque actif/passif, le risque de marché supporté est assez faible et la formule standard paraît suffisamment prudente pour l'appréhender largement.

C.2.c 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. Ainsi, 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.

Par ailleurs, la sensibilité de la mutuelle au risque de marché est testée dans le processus ORSA concomitamment au risque de souscription dans les scénarios catastrophes (de type « *reverse stress tests* »).

C.3. Risque de crédit

C.3.a Appréhension du risque de crédit au sein de la mutuelle

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

Ce risque de défaut peut provenir :

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

C.3.b Mesure du risque de crédit et risques majeurs

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

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

C.3.b Maitrise du risque de crédit et risques majeurs

Concernant tout particulièrement le risque attaché aux banques, la mutuelle veille à leur qualité et leur fiabilité lors de la sélection et suit leur solidité financière. Cela étant posé, le risque de crédit auquel est soumise la mutuelle reste assez faible au regard de ses fonds propres et de son exposition, essentiellement des comptes courants de banques renommées.

C.4. Risque de liquidité

C.4.a 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.

C.4.b 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.

C.4.c 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.

Compte tenu du profil d'investissement de la mutuelle, ce risque paraît négligeable.

C.5. Risque opérationnel

C.5.a 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 une insuffisance du dispositif de contrôle interne.

Une analyse de risques de l'ensemble des processus par le responsable du contrôle interne en collaboration avec chaque pilote de processus a été réalisée au cours du 1^{er} trimestre 2019, sous formes de cartographies à 4 niveaux selon deux critères :

- leur probabilité de survenance
- leurs impacts (financier, image et juridique)

En complément, sont analysés les éléments de maîtrise déployés ou en cours de déploiement (au 1^{er} niveau) pour les éviter, les partager, les réduire ou les accepter. Les différents éléments de maîtrise sont répertoriés en différentes catégories telles que de la documentation, de l'organisation, des contrôles humains/automatiques, du pilotage.

C.5.b Mesure du risque opérationnel et risques majeurs

La cartographie du risque brut est déterminée en fonction de la probabilité de survenance du risque et des impacts entraînés par celui-ci (financier, image et juridique).

La cartographie du risque net représente le risque brut en fonction de la maîtrise du risque c'est-à-dire en tenant compte de tous les éléments de maîtrise en place pour pallier ou diminuer ce risque.

Le responsable du contrôle interne s'attachera aux risques critiques et forts.

C.5.c Maitrise du risque opérationnel

Les risques critiques qui ont été recensés en 2022 ont nécessité la mise en place d'actions programmées en cours d'année 2022.

Les actions achevées en 2022 ont été intégrées aux éléments de maîtrise lors de la revue de la cartographie des risques globale de 2023.

Les risques forts sont sous surveillance à l'aide d'un plan de contrôle initialement mis en place par le responsable du contrôle interne et le responsable de la fonction clé vérification de la conformité.

En 2022, aucun incident enregistré n'a fait émerger de nouveau risque.

C.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.

C.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.

E. Valorisation à des fins de solvabilité

D.1. Actifs

D.1.a Les placements immobiliers

Les placements immobiliers ont été ventilés selon leur nature (exploitation ou investissement) et classifiés, en fonction, dans les rubriques « Immobilisations corporelles pour usage propre » et « Placements immobiliers ». Les biens immobiliers figurent au bilan prudentiel en valeur issue des expertises quinquennales et de leurs actualisations annuelles.

Pour l'année 2022, les placements immobiliers de LMP ont une valeur comptable de 4 806 K€ pour une valeur de marché de 7 057 K€

D.1.b Les placements obligataires

Les obligations sont séparées entre obligations d'entreprises et obligations souveraines. En valeur nette comptable, les obligations d'entreprises représentent un montant de 8 651 K€ pour une valeur de marché de 8 126 K€.

Quant aux obligations souveraines, la valeur nette comptable est de 2 535 K€ pour une valeur de marché de 2 810 K€.

D.1.c Les produits structurés

Les produits structurés ont une valeur nette comptable est de 6 676 K€ pour une valeur de marché de 5 396 K€.

D.1.d Les fonds d'investissements

Les fonds d'investissements ont une valeur nette comptable est de 9 799 K€ pour une valeur de marché de 9 486 K€.

D.1.e Les actions

Le portefeuille de placements de LMP est aussi constitué d'actions cotées pour une valeur nette comptable de 2 639 K€ et une valeur de marché de 2 849 K€ dont 282 K€ de parts sociales.

D.1.f Les autres placements

Les derniers placements de LMP sont des comptes à terme et des comptes sur livret pour une valeur nette comptable, égale à la valeur de marché, de 1 835 K€.

D.1.g. Les actifs incorporels

Les actifs incorporels n'ayant pas de valeur économique, ils sont valorisés à 0 dans le bilan Solvabilité II contre une valeur nette comptable de 101 K€.

D.1.h Les autres créances et la trésorerie

Les créances sont valorisées, selon la norme prudentiel solvabilité II, à leur valeur nette comptable, soit un montant de 126K€. Il en est de même pour la trésorerie (567 K€) et pour le poste « autres actifs » concernant des charges constatées d'avance (347 K€).

D.1.i Les impôts différés actifs

Les impôts différés actifs sont calculés, pour chaque poste concerné, par application du taux de 25% à la différence entre la valeur prudentielle et la valeur fiscale du poste de bilan concerné, lorsque sa valeur prudentielle est inférieure à sa valeur fiscale. A l'inventaire 2022, un poste d'impôts différés actif a été reconnu pour **1 110 K€**.

D.2. Provisions techniques

D.2.a Les provisions pour sinistres à payer comptables

Sur les garanties considérées

La LMP propose à ses adhérents des garanties complémentaires santé qui présentent néanmoins une spécificité : les forfaits optiques non consommés d'une année sur l'autre peuvent faire l'objet d'un report d'un an pour 50% du montant non consommé.

Sur la méthode d'évaluation des sinistres à payer survenus avant l'inventaire 2022

Les provisions pour prestations à payer ont été évaluées selon la doctrine actuarielle en vigueur, avec la méthode de cadencement de Chain Ladder.

Sur les données utilisées

Trois fichiers de données reprenant par types d'actes toutes les prestations réglées en 2020,2021 et 2022 (toutes années de survenance) ont été utilisés ainsi que les prestations payées sur les mois de janvier et février 2023. Ces fichiers ont été retraités pour classer les prestations par grandes catégories d'acte (optique, hospitalisation, pharmacie, consultations, dentaire et autres).

Les résultats

La provision pour sinistres à payer à l'inventaire 2022 s'élève à 3 685 326 €.

D.2.b Les provisions techniques prudentielles

Calcul de la meilleure estimation santé

Dans les comptes sociaux, les provisions santé sont constituées des provisions pour sinistres à payer pour un montant total de 3 685 K€.

La meilleure estimation sous le régime solvabilité 2 est supposée égale à ce montant de provisions comptables.

Calcul de la marge de risque

La majeure partie des garanties étant annuelles, la marge pour risque a été calculée selon les dispositions de l'article 37 du règlement délégué 2015/35.

Ainsi, il a été considéré qu'un an suffisait à écouler tous les contrats en cours et, donc, que la projection du SCR sur un an seulement suffisait pour le calcul de la marge de risque, les SCR futurs étant négligeables. La marge de risque globale correspond à 6% du SCR (hors risque de marché sur fonds propres) actualisé sur un an, soit **411 K€**.

D.3. Autres passifs

D.1.h Les impôts différés passifs

Les impôts différés passifs ont été calculés, pour chaque poste concerné, par application du taux de 25% à la différence entre la valeur prudentielle et la valeur fiscale du poste de bilan concerné, lorsque sa valeur prudentielle est supérieure à sa valeur fiscale. A l'inventaire 2022 la mutuelle est en situation d'impôts différés passifs nets des impôts différés actifs pour un montant de 615 K€.

D.3.b Les autres dettes

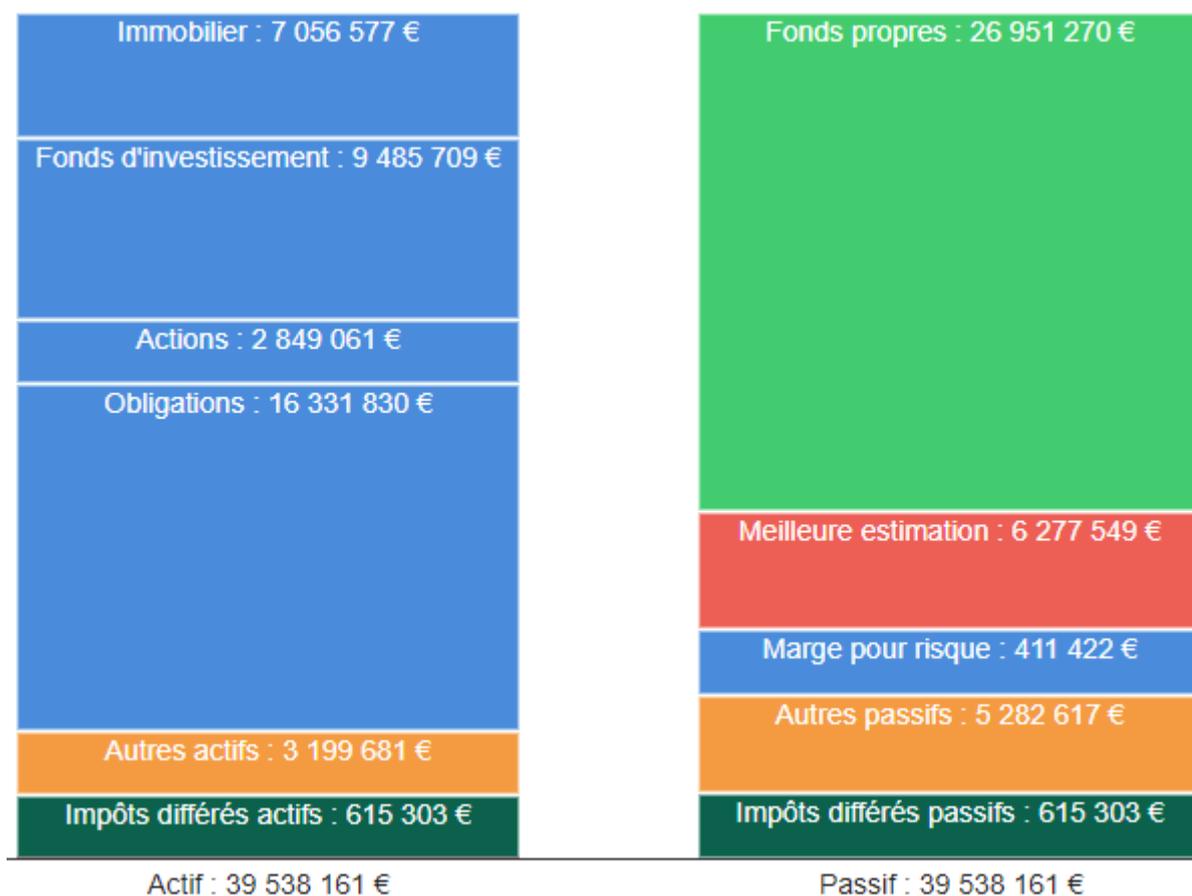
Les dettes sont supposées constantes entre les deux régimes pour un montant total de 5 283K€. Les dettes sont composées essentiellement du capital restant dû de l'emprunt contracté pour le bâtiment d'exploitation, des dettes dues aux caisses sociales et au centre des impôts payable en janvier 2023, des dettes fournisseurs et des provisions pour factures non parvenues.

D.4. Méthode de valorisation alternatives

Aucune méthode de valorisation alternative n'a été utilisée

D.5. Autres informations

En tenant compte des hypothèses précitées, le bilan économique se présente comme suit.



F. Gestion du capital

E.1. Fonds propres

Sous le régime Solvabilité II, les fonds propres économiques s'élèvent à **26 951 K€**. Le fonds d'établissement est classé en « Fonds initial ». Les autres fonds propres sont, quant à eux, classés dans la réserve de réconciliation et relèvent du niveau 1 non restreint.

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

Par comparaison entre 2021 et 2022, les couvertures des exigences réglementaires sont présentées ci-après.

	Inventaire 2021	Inventaire 2022
Risque de souscription santé	6 202	6 124
Risque de souscription vie	90	98
Risque de marché	9 415	7 108
Risque de contrepartie	369	166
Effet de diversification	-3 425	-2 932
BSCR	12 652	10 563
Risque opérationnel	977	925
Ajustement pour impôts différés	-81	-
SCR	13 548	11 488
MCR	3 700	4 000
Fonds propres	33 666	26 951
Couverture du SCR	248%	235%
Couverture du MCR	910%	674%

Le SCR est en baisse entre les exercices 2021 et 2022. Cette évolution s'explique par une diminution du SCR marché. La baisse des fonds propres est due essentiellement à la reconnaissance d'un résultat déficitaire et la forte baisse des plus-values latentes sur placements. Le SCR est couvert à 235% à l'inventaire 2022.

La couverture du MCR est excellente à hauteur de 674%.

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

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

E.4. Différences entre la formule standard et tout modèle interne utilisée

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.

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

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

G. Annexes

F.1. Etat S.02.01.02

Bilan

F.2. Etat S.05.01.02

Primes, sinistres et dépenses par ligne d'activité

F.3. Etat S.05.02.01

Primes, sinistres et dépenses par pays

F.4. Etat S.12.01.01

Provisions techniques vie

F.5. Etat S.17.01.02

Provisions techniques non-vie

F.6. Etat S.19.01.21

Sinistres non-vie

F.7. Etat S.23.01.01

Fonds propres

F.8. Etat S.25.01.21

Capital de solvabilité requis – pour les entreprises qui utilisent la formule standard

F.9. Etat S.28.02.01

Minimum de capital requis – Activités d'assurance ou de réassurance à la fois vie et non-vie