
Mutuelle GSMC

RAPPORT SUR LA SOLVABILITE ET LA SITUATION FINANCIERE 2022

LEI : 969500F1NW7DQ309AK72

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
A. Activité et résultats	7
A.1. Activité.....	7
A.2. Résultats de souscription.....	7
A.3. Résultats des investissements	8
A.4. Résultats des autres activités	10
A.5. Autres informations.....	10
B. Système de gouvernance	11
B.1. Informations générales sur le système de gouvernance.....	11
B.1.a Organisation générale	11
B.1.b Assemblée générale	12
B.1.c Le Conseil d'administration et ses émanations.....	12
B.1.d Direction effective.....	15
B.1.e Fonctions clés.....	17
B.1.f Eventuels changements importants survenus au cours de l'exercice.....	17
B.1.g Pratique et politique de rémunération	18
B.1.h Adéquation du système de gouvernance	18
B.2. Exigences de compétences et d'honorabilité.....	19
B.2.a Politique de compétence et d'honorabilité	19
B.2.b Exigences d'honorabilité et d'intégrité et processus d'appréciation	19
B.2.c Exigences de compétence et processus d'appréciation	20
B.3. Système de gestion des risques, y compris l'évaluation interne des risques et de la solvabilité.....	21
B.3.a Organisation du système de gestion des risques.....	21
B.3.b Evaluation interne des risques et de la solvabilité	23
B.3.c Rôle spécifique de la fonction gestion des risques	24
B.4. Système de contrôle interne	24
B.4.a description du système	24
B.4.b Rôle spécifique de la fonction conformité.....	26

B.5. Fonction d’audit interne	27
B.6. Fonction actuarielle	28
B.7. Sous-traitance	29
B.8. Autres informations	30
C. Profil de risque	31
C.1. Risque de souscription	31
C.1.a Appréhension du risque de souscription au sein de la mutuelle	31
C.1.b Mesure du risque de souscription et risques majeurs	32
C.1.c Maitrise du risque de souscription	32
C.2. Risque de marché	32
C.2.a Appréhension du risque de marché au sein de la mutuelle	32
C.2.b Mesure du risque de marché et risques majeurs	33
C.2.c Maitrise du risque de marché	33
C.3. Risque de crédit	33
C.3.a Appréhension du risque de crédit au sein de la mutuelle	33
C.3.b Mesure du risque de crédit et risques majeurs	34
C.3.b Maitrise du risque de crédit et risques majeurs	34
C.4. Risque de liquidité	34
C.4.a Appréhension du risque de liquidité au sein de la mutuelle	34
C.4.b Mesure du risque de liquidité et risques majeurs	34
C.4.c Maitrise du risque de liquidité	35
C.5. Risque opérationnel	35
C.5.a Appréhension du risque opérationnel au sein de la mutuelle	35
C.5.b Mesure du risque opérationnel et risques majeurs	35
C.5.c Maitrise du risque opérationnel	35
C.6. Autres risques importants	36
C.7. Autres informations	36
D. Valorisation à des fins de solvabilité	37
D.1. Actifs	37
D.1.a Les placements immobiliers	37
D.1.b Les placements obligataires	37

D.1.c Les fonds d'investissements.....	38
D.1.d Les autres placements	39
D.1.e La part des réassureurs.....	39
D.1.f. Les actifs incorporels	39
D.1.g Les autres créances et la trésorerie	39
D.1.h Les impôts différés actifs	40
D.2. Provisions techniques.....	40
D.2.a Les provisions pour sinistres à payer comptables	40
D.2.b Les provisions techniques prudentielles	42
D.3. Autres passifs.....	44
D.3.a Les impôts différés passifs	44
D.3.b Les autres dettes.....	45
D.4. Méthode de valorisation alternatives	45
D.5. Autres informations.....	45
E. Gestion du capital.....	46
E.1. Fonds propres	46
E.2. Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis.....	47
E.2.a Le risque de marché	47
E.2.b Le risque de souscription santé.....	51
E.2.c Le risque de souscription vie	54
E.2.d Le risque de contrepartie	54
E.2.e Le SCR de base.....	56
E.2.f Le risque opérationnel	56
E.2.g L'ajustement pour impôts différés.....	57
E.2.h Les exigences de capital	57
E.3. Utilisation du sous-module « risque sur actions » fondé sur la durée dans le calcul du capital de solvabilité requis	59
E.4. Différences entre la formule standard et tout modèle interne utilisée	59
E.5. Non-respect du minimum de capital requis et non-respect du capital de solvabilité requis	59

Préambule

La mutuelle Groupe Smiso Mutuelle des Cadres (GSMC) 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 et 20, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 324 310 614. La mutuelle ne fait pas partie d'un groupe.

La mutuelle est contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, sise 4 Place de Budapest, 75009 PARIS.

En tant que mutuelle, GSMC est fidèle aux valeurs mutualistes portées par l'ensemble des organismes régis par le Code de la mutualité :

- solidarité : la mutuelle propose à l'ensemble de ses adhérents une égalité de traitement quel que soit leur état de santé. Ne pratiquer aucune discrimination tarifaire ni aucune exclusion liée à l'état de santé, fait partie des engagements forts d'une mutuelle,
- responsabilité : les actions de la mutuelle GSMC ont aussi pour vocation de permettre à chacun d'être un acteur responsable de sa propre santé, en s'impliquant notamment dans la prévention,
- démocratie : les délégués et membres du Conseil d'administration de la mutuelle représentent les adhérents et sont élus parmi eux sur la base égalitaire "d'un homme, une voix",
- transparence : les adhérents doivent accéder à l'information nécessaire (évolution des dispositions statutaires, évolution des cotisations, décisions majeures prises en Assemblée générale...). GSMC s'engage depuis toujours sur la diffusion d'une information claire et honnête.

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

- le Conseil d'administration et la Direction opérationnelle salariée qui porte la responsabilité de la définition de la stratégie ainsi que la validation des politiques écrites,
- les Dirigeants effectifs (Président et Directeur général) 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 Directeur général),
- le principe de la personne prudente : la mutuelle appréhende spécifiquement les risques liés aux investissements et ceux-ci réalisés dans le meilleur intérêt des adhérents.

Pour l'exercice 2022, la mutuelle présente les indicateurs de référence ci-dessous :

Indicateurs de référence	2022	2021
Cotisations nettes de taxes	162 872 K€	141 726 K€
Résultat de souscription	-2 109 K€	2 981 K€
Résultat financier	2 069 K€	4 109 K€
Charges non-techniques : sections d'entraide	27 K€	52 K€
Résultat exceptionnel	-55 K €	-17 K€
Impôts sur le résultat	171 K€	3 085 K€
Résultat après impôt	-1 007 K€	3 225 K€
Fonds propres Solvabilité 2	90 000 K€	113 654 K€
Ratio de couverture du SCR ¹	174%	219%
Ratio de couverture du MCR ²	696%	878%

Les cotisations 2022 sont en forte hausse par rapport à 2021 (+14,9%).

La couverture du SCR s'établi à 174%, compte tenu de la hausse du SCR de souscription et de la baisse des fonds propres solvabilité 2. Le MCR est, quant à lui, largement couvert à hauteur de 696%.

¹ Capital de Solvabilité Requis

² Minimum de Capital Requis

A. Activité et résultats

A.1. Activité

La mutuelle est une personne morale à but non lucratif résultant de la fusion en 2008 de la Mutuelle des Cadres Vauban et de la SMISO, régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité. Elle compte 40 Equivalent Temps Plein (ETP) en moyenne sur l'exercice 2022.

La mutuelle, en application de l'article L. 612-2 du Code monétaire et financier, est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 4 Place de Budapest, 75009 Paris.

La mutuelle a donné mandat pour la certification de ses comptes annuels au Cabinet KPMG dont le siège est situé au 159 Avenue de la Marne 59705 Marcq-en-Barœul, représenté par Monsieur Jocelyn Scamps, et en suppléance par le cabinet KPMG Audit FS I dont le siège est situé 2 rue Gambetta 92400 Courbevoie.

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.

A.2. Résultats de souscription

Le solde de souscription 2022 est en diminution par rapport à 2021, compte tenu de l'augmentation significative de la charge nette de prestations.

Les autres charges techniques augmentent conformément aux nombreux projets engagés sur l'année 2022.

<i>(en K€)</i>	2022	2021	Evolution
Cotisations émises	162 872	141 726	14,9%
Cotisations cédées	-10 954	-7 107	54,1%
Prestations et frais payés	-128 607	-111 088	15,8%
Prestations cédées ou acceptées	7 891	4 073	93,7%
Charges nettes de cessions des provisions techniques	-1 280	2 603	-149,2%
Frais de gestion et commissions	-30 244	-26 916	12,4%
Frais de gestion et commissions cédées	2414	1913	26,2%
Autres produits techniques	28	41	-31,0%
Autres charges techniques	-4534	-4150	9,2%
Produits des placements alloués à la souscription	250	854	-70,8%
Autres charges (Provision pour égalisation, participation au bénéfice)	55	1033	-94,7%
Solde de souscription	-2109	2981	-170,7%

Analyse par ligne d'activité :

Par ligne d'activité, les comptes de résultats vie et non-vie font ressortir les indicateurs suivants :

Vie		
<i>(en K€)</i>	2022	2021
Cotisations émises	2 821	2 918
Cotisations cédées	-1 509	-1 907
Prestations et frais payés	-1 605	-462
Prestations cédées	549	-71
Frais et Commissions	-34	-236
Participation aux bénéficiaires	0	354
Résultat	222	597

Non vie		
<i>(en K€)</i>	2022	2021
Cotisations émises	160 050	138 809
Cotisations cédées	-9 445	-5 200
Prestations et frais payés	-130 887	-109 828
Prestations cédées	9 514	2 476
Frais et Commissions nets de cession	-31 841	-24 768
résultat	-2 609	2 285

Les techniques d'atténuation des risques contractées pour la période de référence sont les suivantes en fonction des risques portés par GSMC :

- Risque Santé : Il concerne la garantie individuelle ou collective de frais médicaux classiques (pharmacie, dentaire, optique, etc.) ainsi que la garantie individuelle de remboursement d'indemnités journalières en cas d'hospitalisation.
- Risque Prévoyance : Il concerne la garantie des risques d'incapacité et/ou d'invalidité pouvant faire l'objet de versement d'indemnités pluriannuelles
- Risque décès : Il concerne le paiement de capitaux décès pour des engagements annuels ou exceptionnellement pluriannuels. Le risque décès est considéré comme une partie du risque Prévoyance dans notre plan de réassurance.

A.3. Résultats des investissements

Au titre de son activité d'investissement, la mutuelle dispose d'un portefeuille de placements s'élevant à 114 449 K€ en valeur marché.

Actifs en valeur boursière (en K€)	2022	2021
MANDATS SOUS GESTION	100 377	119 757
<i>Dont obligations</i>	51 323	57 808
<i>Dont OPCVM diversifiés</i>	43 684	58 577
<i>Dont liquidités</i>	5 370	3 372
LIQUIDITES	147	290
BONS DE CAPITALISATION	4 303	4 234
IMMOBILIER EXPLOITATION	-1 259	977
CAPITAL RISQUE	7 383	4 805
SCPI	1 368	1 350
DETTE PRIVEE	2 129	2 083
TOTAL	114 449	133 496

Les charges et produits financiers par classe d'actifs se décomposent comme suit :

(En K€)	Produits		Dépenses	
	2022	2021	2022	2021
Terrains et constructions	100	114	25	13
Titres Obligataires	951	1002	141	73
Bons de capitalisation	105	427	0	6
OPCVM	642	1505	132	130
Dépôts	0	0	2	3
Capital risque	572	1285	0	0
Total	2370	4333	300	225
Résultat financier (Produits – Dépenses)	2070	4108		

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 lié à l'exploitation,
- SCPI, obligations, actions, OPCVM, comptes à terme, livrets et parts sociales : revenus de placements financiers réalisés, coupons et dividendes.

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

- terrains et constructions : intérêts d'emprunt de l'immeuble d'exploitation et amortissement,
- obligations : amortissements des différences de prix de remboursement,
- actions : dotation de la provision pour dépréciation des placements,
- frais de gestion interne : charges liées à la gestion financière. Celles-ci sont réparties par type d'actifs.

Conformément à l'article 307 du Règlement délégué³, la mutuelle a réalisé des projections de son résultat des investissements.

La mutuelle n'a pas recours à la titrisation.

A.4. Résultats des autres activités

La mutuelle réalise, en complément de son activité classique d'assurance, une activité d'intermédiation pour les produits suivants :

(En K€)	Produits	
	2022	2021
Remise de gestion produits techniques non-vie	15	8
Remise de gestion produits techniques vie	13	34
Total	28	42

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.

³ Le rapport régulier au contrôleur comprend l'ensemble des informations qualitatives et quantitatives suivantes concernant la performance des investissements de l'entreprise d'assurance ou de réassurance, telle qu'elle apparaît dans ses états financiers : (c) les projections relatives à la performance attendue des investissements de l'entreprise sur la période de planification de son activité, assorties d'informations sur les facteurs significatifs qui pourraient influencer sur cette performance ;

B. 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 générale choisie pour ses compétences techniques et managériales (dirigeants effectifs),
- les fonctions clés en charge de prérogatives spécifiques (actuariat, gestion des risques, conformité et contrôle interne) devant soumettre leurs travaux au Conseil d'administration.

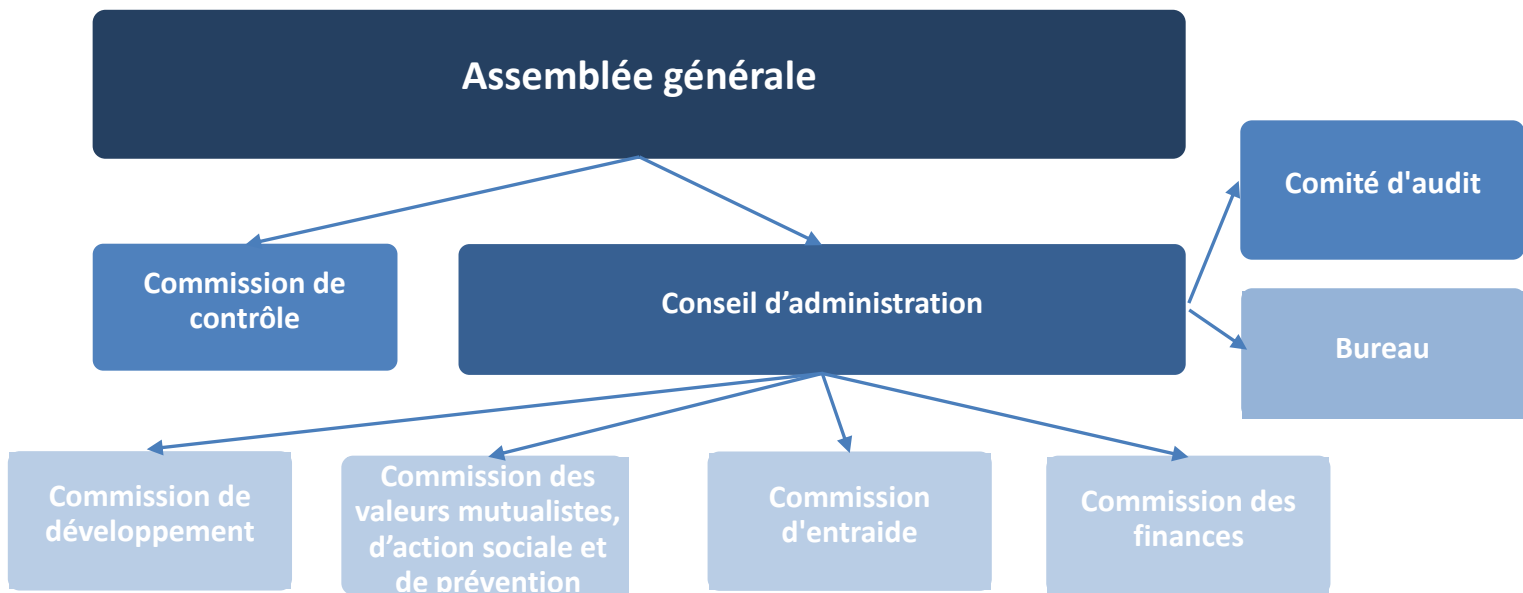
L'organisation générale de la gouvernance est prévue dans les statuts de la mutuelle, approuvée par l'Assemblée générale, et dans le règlement intérieur décrivant le fonctionnement du Conseil d'administration. Par ailleurs, ce dernier contribue annuellement à la revue des politiques écrites de la mutuelle.

Le Conseil d'administration de la Mutuelle GSMC est composé au 31 décembre 2022 de 15 membres.

Conformément à l'article 32 des statuts, le Conseil peut également créer des commissions ou comités, à caractère temporaire ou permanent. Lors de l'exercice 2022, quatre commissions thématiques et une Commission d'entraide se sont réunies.

Les rôles et responsabilités des acteurs ont été clairement identifiés et définis, permettant ainsi 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.

Schématiquement, en 2022, le système de gouvernance se présente comme suit :



B.1.b Assemblée générale

Composition et réunions de l'Assemblée générale

L'Assemblée générale réunit au moins une fois par an les délégués titulaires et suppléants, conformément à l'article 18 des statuts. Elle est composée des délégués titulaires et suppléants élus dans 11 sections de vote. Le nombre de délégués titulaires est défini par fraction complète ou non d'un nombre déterminé de délégués qui varie en fonction de la nature du contrat, individuel ou collectif.

B.1.c Le Conseil d'administration et ses émanations

Prérogatives du Conseil d'administration

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

- fixer les orientations stratégiques de la mutuelle,
- contrôler que les orientations soient mises en œuvre,
- 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, il :

- fixe l'appétence et les limites de tolérance au risque,
- approuve la stratégie et les politiques 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.

Les commissions et comités du Conseil d'administration

Le Conseil d'administration met en place, conformément au Code de la mutualité un comité d'audit. En respect de ses statuts, le Conseil d'administration a également institué quatre commissions permanentes, ramenées à 3 en cours d'année :

- la Commission d'action sociale et prévention, devenu action sociale, prévention valeurs mutualistes et formation.
- la Commission de développement et des contrats courtés et à la carte,
- la Commission des finances. Cette Commission a été supprimée en 2022. Ses missions ont été intégrées à celles du Bureau,
- la Commission des valeurs mutualistes et formation

A ces quatre commissions, il convient d'ajouter la Commission de contrôle qui est rattachée à l'Assemblée générale et une Commission d'entraide.

• Commission de Développement et des Contrats Courtés :

La commission étudie et propose au Bureau, en collaboration avec les services opérationnels, toute évolution ou aménagement des gammes santé de la Mutuelle (nature des prestations, montant des cotisations), la création et la distribution de nouvelles offres produits.

Elle est chargée du suivi des performances du développement de la mutuelle à travers une approche « multicanal ». Elle recherche, propose et analyse tous les moyens (informatifs et commerciaux) à mettre en œuvre, concourant au développement quantitatif (en nombre d'adhérents) et qualitatifs (en termes de variété et d'efficience de l'offre globale de services) de la Mutuelle.

- **Commission des Finances :**

Elle propose au Bureau les grands principes directeurs en matière de placements qui seront présentés annuellement au Conseil d'administration.

Les instruments de suivi, tels que définis dans la politique d'investissement, établis par les services de la mutuelle sont remis à chaque séance de ladite Commission.

Elle émet des avis relatifs à :

- des possibilités d'ajustements de l'allocation d'actifs et du portefeuille,
- toute mesure d'optimisation des résultats de la gestion financière (définition des objectifs, du niveau de risque accepté, validation du choix des gestionnaires et des supports ...),
- au contrôle, la gestion et le pilotage financier de la direction financière,
- toute modification de nature à améliorer le couple efficacité/sécurité de la gestion financière de la Mutuelle.

- **Commission d'Action Sociale, des Valeurs Mutualistes et Formations :**

Cette commission est chargée de :

- mener à terme les travaux d'identification et de description des valeurs mutualistes de GSMC,
- initier une véritable politique « ressources humaines » au sein du Conseil d'administration,
- recenser les besoins individuels ou collectifs de formation en fonction de l'actualité,
- étudier des dossiers de subventions après étude de demandes d'associations œuvrant dans un secteur connexe à celui de la santé,
- Elle propose au Bureau les règles générales d'attribution des aides par la commission d'entraide, vérifie la cohérence et la complémentarité du fonctionnement de celles-ci. Elle a fusionné avec la Commission des valeurs mutualistes et formation et assume désormais ses missions,
- prioriser les thèmes de formation, avoir un regard critique sur le contenu des formations afin de l'adapter aux attentes des administrateurs et délégués, suivre les participations.

- **La Commission d'entraide**

La Commission d'entraide est instituée par le Conseil d'administration. Elle a pour objet l'attribution de secours d'entraide aux adhérents sous forme d'aides financières en cas de difficultés liées en particulier à la santé ou au handicap.

La Commission d'entraide de la Mutuelle se voit attribuer un budget particulier voté chaque année par le Conseil d'administration.

- **Comité d'audit et des risques :**

Ce comité est chargé du suivi :

- du processus d'élaboration de l'information financière,
- de l'efficacité des systèmes de contrôle interne et de gestion des risques (notamment l'examen du rapport de contrôle interne avant remise au Conseil d'administration),
- du contrôle légal des comptes annuels et, le cas échéant, des comptes consolidés par les commissaires aux comptes et de l'indépendance de ces derniers,
- de la politique, des procédures et des systèmes de gestion des risques.

- **Commission de contrôle**

La Commission de Contrôle vérifie la bonne application des décisions de l'Assemblée générale ainsi que la pleine réalisation des missions confiées au Conseil d'administration. Les résultats de ses travaux sont consignés dans un rapport écrit, communiqué au Président du Conseil d'administration avant l'Assemblée générale et présenté à celle-ci. Ce rapport est annexé au procès-verbal de la délibération de l'Assemblée.

Elle est élue à bulletin secret, pour trois ans, par l'Assemblée générale parmi les délégués non-administrateurs. Elle est composée de 3 membres titulaires et 3 membres suppléants. Elle se réunit au moins une fois par an.

Le mandat des Membres de la Commission de Contrôle est renouvelable.

B.1.d Direction effective

En application de l'article R. 211-15 du Code de la mutualité, la direction effective de la mutuelle est assurée par les deux Dirigeants effectifs nommés par le Conseil d'administration dont les fonctions ont été confirmées par l'ACPR après transmission des dossiers :

- le Président du Conseil d'administration, Monsieur Jean-Pierre Brunet depuis le 6 avril 2022,
- le Directeur général, Monsieur Georges Guillaume depuis le 4 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.

Prérogatives spécifiques du Président

L'article 45 des statuts définit les missions du Président : celui-ci organise et dirige les travaux du Conseil d'administration dont il rend compte à l'Assemblée générale. À ce titre, il convoque le Conseil d'administration et l'Assemblée générale et établit l'ordre du jour des réunions. Il informe, le cas échéant, le Conseil d'administration des procédures engagées en application des articles L. 510-8 et L. 510-10 du Code de la mutualité.

Le Président :

- veille au bon fonctionnement de la mutuelle,
- s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées,
- informe les commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées,
- engage les dépenses,
- représente la mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile,
- est compétent pour décider d'agir en justice, ou de défendre la mutuelle dans les actions intentées contre elle.

Les pouvoirs relatifs aux dépenses et à la représentation de la mutuelle peuvent être délégués sur décision expresse du Conseil d'administration et dans le respect des règles de délégations de pouvoirs prévues aux statuts de la mutuelle :

- Aux dirigeants effectifs,
- au dirigeant opérationnel,
- à un ou des collaborateurs et salariés de la mutuelle,
- à des sous-traitants.

Prérogatives spécifiques du Dirigeant opérationnel

Le Dirigeant opérationnel dispose d'une délégation de pouvoir émanant du Conseil d'administration et du Président.

Les pouvoirs délégués sont notamment les suivants :

- définir l'organisation et diriger les services de la Mutuelle,
- préparer les éléments permettant aux instances de prendre les décisions, et assurer la mise en œuvre des décisions prises par ces instances, en rendant compte au Conseil d'administration,
- établir et proposer les budgets annuels prévisionnel et rectificatif de fonctionnement au Conseil d'administration,
- pourvoir à la marche générale de la Mutuelle et en particulier, sans que cette liste soit limitative, assurer, ou faire assurer sous son entière responsabilité, la gestion administrative, notamment en ce qui concerne la recherche et l'enregistrement des adhésions des entreprises et des nouveaux mutualistes, l'encaissement et le recouvrement des cotisations, le service des prestations,
- conformément à l'article L. 211-13 du Code de la Mutualité, exercer son autorité sur les fonctions clés mentionnées à l'article L. 211-12 du Code de la Mutualité,
- soumettre à l'approbation du Conseil d'administration des procédures définissant les conditions selon lesquelles les responsables de ces fonctions clés peuvent informer, directement, le Conseil d'administration lorsque surviennent des événements de nature à le justifier,

- après en avoir informé au préalable le Président négociier et signer toute convention ou traité de réassurance, dans le cadre des principes directeurs définis en la matière par le Conseil d'administration et auquel il sera rendu compte,
- après en avoir informé au préalable le Président, négociier et signer avec tout partenaire tout protocole ou convention de partenariat ou de courtage, dans le cadre de la stratégie de développement décidée par le Conseil d'administration et auquel il sera rendu compte,
- exercer tout droit et action devant les juridictions compétentes, dans le cas de litiges concernant la mise en œuvre et l'exécution des contrats, conventions ou protocoles conclus dans le cadre de l'activité d'assurance précitée.
- assurer la mise en œuvre de la politique d'action sociale définie par le Conseil d'administration.
- dans le cadre de la gestion administrative courante, représenter la Mutuelle auprès de tous les administrations et organismes publics ou privés
- représenter la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile,
- passer et signer tout acte pour l'exercice de l'ensemble des pouvoirs délégués par le Conseil d'administration.

B.1.e Fonctions clés

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

Les modalités permettant aux responsables de la fonction clé de disposer de toute l'autorité, des ressources et de l'indépendance opérationnelle nécessaires afin de mener ses tâches à bien sont précisées dans la politique écrite idoine.

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, dans certains cas, au Comité d'audit par le responsable de la fonction clé. Le responsable de la fonction clé 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.f Eventuels changements importants survenus au cours de l'exercice

Au 31 décembre 2022, la structure de la gouvernance de la mutuelle a été marquée par le décès de M. Pascal Bouthemy, Président de la Mutuelle le 2 mars 2022. Ce dernier a été remplacé par M. Jean-Pierre Brunet, Président Délégué lors du Conseil d'administration du 6 avril 2022.

B.1.g Pratique et politique de rémunération

- **Les administrateurs et les délégués**

Le versement d'indemnités aux administrateurs de mutuelles est organisé par les dispositions de l'article L. 114-26 du Code de la mutualité précisant notamment la gratuité des fonctions avec une exception lorsque l'importance de l'organisme le nécessite et qu'une décision a été prise lors d'une Assemblée générale. En 2022, une indemnité validée par l'Assemblée générale a été versée au Président de la Mutuelle au titre de l'exercice précédent.

La mutuelle rembourse les frais des administrateurs sur la base de justificatifs.

- **Le Dirigeant opérationnel**

La rémunération du Dirigeant opérationnel est définie par le Conseil d'administration.

Celle-ci ne comprend pas d'indexation directe ou indirecte sur le chiffre d'affaires de la mutuelle. Le Dirigeant opérationnel bénéficie du régime de retraite complémentaire et de retraite anticipée accordés à l'ensemble des salariés de la mutuelle et conformément à la législation en vigueur.

En application de l'article 275 du règlement délégué, un cinquième de la part variable du Dirigeant opérationnel pour l'année 2022 sera payé de manière différée.

- **Les fonctions clés**

La rémunération des responsables des fonctions clés internalisées est définie en respect de la politique de rémunération en vigueur et ne comprend pas d'indexation directe ou indirecte sur le chiffre d'affaires de la mutuelle.

Aucune transaction importante n'a été conclue durant la période de référence avec des personnes exerçant une influence notable sur la mutuelle ou des membres de l'organe d'administration, de gestion ou de contrôle.

B.1.h Adéquation du système de gouvernance⁴

Le Conseil d'administration 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.

Les modifications statutaires nécessaires à l'évolution de la structure de la gouvernance sont proposées par le Conseil d'administration à l'Assemblée générale.

La délégation de responsabilité au sein de la mutuelle répond au schéma suivant :

⁴ Article 51 de la Directive

- une délégation de pouvoir du Conseil d'administration au Directeur général en sa qualité de Dirigeant opérationnel. Celle-ci est réalisée en application de l'article L. 211-14 du Code de la mutualité et a été détaillée *supra*,
- une délégation de pouvoir, des Président, Secrétaire et Trésorier aux opérationnels GSMC ou à ses sous-traitants (Dirigeant opérationnel, autres opérationnels, sous-traitants si nécessaire), relative aux opérations relevant de leurs responsabilités et validée par le Conseil d'administration.

B.2. Exigences de compétences et d'honorabilité

Conformément à l'article 42 de la Directive Solvabilité 2, transposé au travers de l'article L.114-21 du Code de la mutualité et développé aux articles 258 et 273 du règlement délégué, 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,
- les modalités d'évaluation de l'honorabilité et des 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,
- les modalités d'évaluation de l'intégrité des acteurs de la gouvernance. A cette fin, la Mutuelle a constitué un dossier de conformité pour chaque administrateur comprenant un CV, un extrait de casier judiciaire, une attestation d'honorabilité, la signature de la charte des Administrateurs la signature du règlement intérieur du Conseil d'administration et la liste des mandats éventuellement exercés au sein d'autres organismes assurantiels.

Par ailleurs, une charte de compétence et d'honorabilité définissant les droits et obligations des administrateurs a été adoptée lors du Conseil d'administration du 16 décembre 2019.

B.2.b Exigences d'honorabilité et d'intégrité 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, des documents suivants :

- une copie recto verso d'une pièce d'identité en cours de validité,
- un curriculum vitae à jour,
- une copie des diplômes,
- un extrait de casier judiciaire de moins de 3 mois (bulletin n°3),

- la liste des mandats éventuellement exercés au sein d'autres organismes assurantiels,
- la signature de la charte des administrateurs,
- une déclaration sur l'honneur attestant du respect de la condition d'honorabilité.

Chaque candidat au poste d'administrateur doit adresser à la Direction générale un dossier complet comprenant en plus des pièces précitées la liste de leurs mandats exercés dans des organismes similaires.

Ces exigences d'honorabilité sont renouvelées pour tout nouvel administrateur.

Le Dirigeant opérationnel et les responsables des fonctions clés sont tenus de déclarer toute activité de nature à entraîner un risque de conflit d'intérêt avec la Mutuelle auprès du Président du Conseil d'administration. Il réalise une attestation avec toutes les informations pertinentes relatives à leurs situations personnelles.

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 si nécessaire.

Dirigeants effectifs et Responsables de fonctions clés

Le contrôle des exigences de compétence pour les Dirigeants effectifs est assuré par le Conseil d'administration.

- **Dirigeant opérationnel**

Lors de son recrutement, le Dirigeant opérationnel doit présenter un dossier complet incluant toutes les éléments permettant l'appréciation de son parcours professionnel et de ses compétences. Il fournit toutes les pièces justificatives relatives à son parcours (CV, copie de son/ses diplôme(s), lettres de recommandation éventuelles, attestation de formations...).

Le candidat est tenu de présenter toutes les pièces permettant d'apprécier son honorabilité : pièce d'identité, extrait de casier judiciaire et déclaration sur l'honneur d'honorabilité.

Le Dirigeant opérationnel est ensuite nommé par le Conseil d'administration sur proposition de son Président. Avant cette nomination, le Conseil prend connaissance de son parcours professionnel, ses expériences et compétences.

- **Fonctions clés**

Lors de leur recrutement, les candidats s'entretiennent avec le Dirigeant opérationnel et lui

fournissent les pièces nécessaires à l'appréciation de leurs compétences (CV, copie de leur(s) diplôme(s), lettres de recommandation éventuelles, attestation de formations...). Le Dirigeant opérationnel vérifie les diplômes qu'ils ont obtenus, leurs expériences professionnelles et apprécie également leur maîtrise des connaissances nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.

Sur proposition du Dirigeant opérationnel, le Conseil d'administration valide la nomination des responsables des fonctions clés.

Il appartient au Dirigeant opérationnel de vérifier la mise en œuvre effective des tâches à effectuer par les responsables des fonctions clés notamment lors de l'entretien annuel d'évaluation. Il peut décider d'organiser une formation en cours d'exercice s'il détecte un défaut de connaissance ou une remise à niveau nécessaire.

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 ayant pour vocation d'identifier et mesurer les risques auxquels elle est exposée dans le cadre de ses activités.

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

- **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 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 qui pourraient entraver son objectivité, son impartialité et son indépendance.

La fonction de gestion des risques est placée sous l'autorité de la Direction générale.

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. Les modalités de ce contrôle sont définies dans la politique de sous-traitances et d'audit.

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. La fonction de gestion des risques n'a pas libre accès à l'ensemble du personnel de la mutuelle ou de ses sous-traitants.

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.

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 :

- un cadre de risques revu annuellement déterminant l'appétence et la tolérance aux risques de la mutuelle, défini par le Conseil d'administration en lien avec la stratégie,
- des politiques de gestion des risques fixant les indicateurs de suivi des risques et limites associées conjointement, définis par les managers opérationnels, la fonction clé gestion des risques et la Direction puis validées par le Conseil d'administration,
- un processus de 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.

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,
- le risque de réputation,
- 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 relèvent de trois grandes familles qui sont les risques assurance, les risques financiers ainsi que les risques opérationnels.

B.3.b Evaluation interne des risques et de la solvabilité

L'évaluation interne des risques et de la solvabilité communément appelée ORSA⁵ est définie à l'article 45 de la Directive Solvabilité 2. Il s'agit d'un dispositif fondamental au système de gouvernance, mis en œuvre afin d'aider la mutuelle à évaluer en permanence sa situation interne selon les risques identifiés et de mesurer leurs conséquences éventuelles sur les exigences quantitatives de solvabilité.

Le dispositif d'évaluation interne des risques et de la solvabilité est intégré au fonctionnement de la mutuelle et s'inscrit dans le cadre du dispositif de gestion des risques sous les principes suivants :

- une validation des hypothèses et 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 du Conseil d'administration avec la contribution de la direction générale la mutuelle.

L'ORSA est considéré comme un outil de pilotage de la mutuelle qui permet d'apporter des éléments d'analyse sur :

- la fixation l'indexation des cotisations de l'exercice suivant,
- le plan de réassurance,
- la politique d'investissements,
- l'impact du développement de nouveaux produits,
- Tout autre événements interne ou externe impactant l'activité de la Mutuelle.

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.

⁵ Own Risk and Solvency Assessment

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. Ils sont validés préalablement à l'établissement du rapport par le Conseil d'administration.

Ainsi, la Mutuelle GSMC dispose à tout moment des documents suivants :

- le dossier de chaque ORSA,
- un rapport ORSA à destination de l'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution.

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. Cela a été le cas par exemple en 2017 lorsque les modalités d'un partenariat en cours de négociation ont été fixées et en juin 2020 pour apprécier le risque de la crise de la Covid-19.

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.

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.

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 :

- 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,
- assurer le bon fonctionnement des processus internes de la Mutuelle,
- l'atteinte des objectifs fixés tout en conservant la maîtrise des risques liés à l'activité,
- la bonne application de l'ensemble des normes applicables à l'activité de la Mutuelle et à son fonctionnement interne,
- d'une façon générale, la maîtrise de ses activités, l'efficacité de ses opérations et l'utilisation efficiente de ses ressources,
- 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.

L'ensemble de ces éléments doit être mis en lien avec la situation propre à la Mutuelle et avec la stratégie arrêtée par cette dernière. En effet, le recours aux services de plusieurs délégataires de gestion dont deux importants (Henner et Alptis) peut avoir pour effet de rendre certaines procédures et certains processus plus difficilement évaluables dans une approche basée sur le risque. Cette situation peut entraîner une maîtrise du risque insuffisante au regard des exigences, notamment réglementaires. C'est pour cette raison que la Mutuelle doit porter une attention particulière à l'élaboration, la mise en œuvre et l'actualisation de son système de contrôle interne.

Il repose sur :

- un cadre de contrôle interne, défini dans la politique de contrôle interne de la mutuelle et 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. 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 un collaborateur indépendant des opérations contrôlées,
- un plan de conformité renouvelé annuellement visant à piloter l'activité de conformité et porté par la fonction de vérification de la conformité,
- les moyens pour le responsable du contrôle interne d'obtenir toute information lui permettant de réaliser ses missions, notamment :
 - o dans le cadre de la création ou de la modification de la cartographie des risques, des informations concernant le système de contrôle interne pourront être obtenues notamment auprès des autres responsables des fonctions clés, de la Direction générale, du Conseil d'administration, des commissaires aux comptes ou encore des responsables de chaque activité. En effet, ces derniers représentent des relais d'informations et sont force de propositions dans le cadre de la mise à

jour des procédures et de maîtrise des risques,

- de manière permanente, les responsables de l'audit interne et de la conformité doivent être destinataire de l'ensemble des informations et modifications concernant les procédures et processus entrant dans le cadre du contrôle interne de la mutuelle.

Dans ce cadre, sont menées à bien les missions suivantes :

- identifier les risques potentiellement importants et fournir au Conseil d'administration des informations sur d'autres domaines de risques spécifiques et ce, de sa propre initiative ou à la demande du Conseil ou des dirigeants effectifs,
- participer à la construction de la cartographie des risques de la mutuelle en collaboration avec les organes concernés afin de s'assurer de sa cohérence avec la stratégie définie,
- organiser, en fonction des activités considérées comme les plus à risques, des actions de maîtrise de ces risques et en assurer le suivi dans l'application et dans les effets. Ce dernier ayant pour conséquence l'actualisation de la cartographie des risques de la mutuelle,
- s'assurer de la cohérence, de l'efficacité et de l'amélioration continue du système de contrôle interne de la mutuelle.

B.4.b 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.

Le suivi et la responsabilité de la politique de conformité votée par le Conseil d'administration sont confiés au responsable de la fonction clé conformité de la Mutuelle

Le risque de non-conformité interne correspond à l'ensemble des risques afférents au non-respect des règles internes de la mutuelle en particulier :

- les règles de gouvernance (statuts, règlements intérieur),
- les règles de délégation de pouvoir au sein de la mutuelle,
- la non-application effective de décisions prises par les instances ou les Dirigeants effectifs.

Le risque de non-conformité externe correspond aux risques induits par le non-respect de la réglementation applicable à l'activité de la mutuelle, en particulier les risques sensibles suivants :

- risque de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, qui fait l'objet d'un rapport spécifique remis à l'ACPR,
- le risque sur la protection de la clientèle, faisant l'objet d'une enquête annuelle de l'ACPR,
- la délégation de gestion,

- les grands risques de conformité liés à l'activité d'assurance : données personnelles, données médicales, fiscalité des opérations...
- L'identification des risques de non-conformité fait l'objet de travaux annuels par le responsable.

La configuration de GSMC fait reposer une large partie du risque de non-conformité sur ses prestataires de gestion notamment en matière d'opérations d'assurance, de protection de la clientèle, de protection des données personnelles ou de fraude interne et externe. Ce risque supplémentaire oblige GSMC à mener une analyse des procédures en place notamment au travers d'audits. Il a également été inscrit au sein du contrat liant les deux parties, une obligation d'adaptation notamment au niveau réglementaire.

Parmi les principales thématiques sensibles restant « totalement » à la charge de la Mutuelle, on peut identifier le fonctionnement institutionnel (avec le risque de non-application des décisions prises) ou encore la rédaction et la communication d'états et de rapports auprès de l'Autorité de Contrôle.

Certains sujets sont traités en commun ou sous le contrôle de la Mutuelle comme la lutte anti-blanchiment et le financement du terrorisme où le niveau opérationnel est confié aux délégués et où la supervision est faite par la Mutuelle notamment par l'intermédiaire du déclarant et du correspondant Tracfin désignés en interne.

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.

Un plan de conformité est déterminé annuellement par le responsable de la fonction conformité puis validé par le Conseil d'administration. Il détaille les risques de non-conformités identifiées par la cartographie des risques en fonction de leur classification et de leur importance et les actions menées pour y remédier.

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 suivi.

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.

L'objectif principal étant de garantir à la Mutuelle la maîtrise de ses opérations en fonction de son profil de risque et de sa stratégie et ce, dans le respect des exigences de toutes natures qui lui incombent. L'audit interne permet également de s'assurer de la mise en œuvre des prescriptions de la Mutuelle par ses propres services ou par ses délégataires. Il s'agit donc de soumettre les éventuels partenaires et sous-traitants à un examen critique sur les prestations offertes et sur les performances. Enfin, il permettra de contrôler l'efficacité, la pertinence et/ou la suffisance des processus et procédures en place. Au-delà de la dimension de contrôle et de vérification, l'audit interne propose à la Mutuelle des pistes d'amélioration et des recommandations notamment pour revoir les procédures et processus en place, limiter les risques ou encore assurer la conformité.

La stratégie menée par la Mutuelle notamment au niveau de sa gestion (déléguée à un prestataire) et des canaux de commercialisation utilisés (par l'intermédiaire de nombreux courtiers et délégataires de gestion) donne une place essentielle à la fonction audit interne afin de s'assurer de la maîtrise totale de son activité.

A cet effet, la mutuelle a mis en place un Comité d'audit en charge de la supervision des activités d'audit et un dispositif d'audit interne. La fonction clé d'audit interne a été définie conformément à la Directive Solvabilité 2. Celle-ci est directement rattachée 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 ; son élaboration est confiée au responsable de la fonction audit interne. Il s'appuie sur diverses informations notamment celles issues de la cartographie des risques et des résultats des précédents audits ou contrôles. Le plan d'audit peut être abondé par des suggestions de la part de la Direction Générale, du Comité d'Audit ou du Conseil d'administration,
- présente les conclusions des missions réalisées et les recommandations associées. La politique écrite d'audit interne précise les conditions d'exercice de cette mission,
- 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 responsable de la fonction clé audit interne peut s'adjoindre les services de cabinets d'audits pour réaliser opérationnellement certaines missions.

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 :

- élabore 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,
- émet un avis sur la politique globale de souscription,
- émet un avis sur l'adéquation des dispositions prises en matière de réassurance.

Le responsable de la fonction clé actuarielle s'adjoit les services de cabinet d'actuariat pour effectuer certaines missions qui incombent à sa responsabilité.

B.7. Sous-traitance

La Directive Européenne Solvabilité 2 définit la « *sous-traitance* » comme « *un contrat, quelle que soit sa forme, conclu entre une entreprise d'assurance ou de réassurance et un prestataire de services, soumis ou non à un contrôle, en vertu duquel ce prestataire de services exécute, directement ou recourant lui-même à la sous-traitance, une procédure, un service ou une activité, qui serait autrement exécuté par la Mutuelle elle-même* ».

La mutuelle GSMC applique la procédure de sous-traitance à tous les contrats répondant à la définition de la sous-traitance proposée ci-dessus.

La politique écrite de sous-traitance a pour but d'encadrer et maîtriser l'impact de la sous-traitance sur son activité et de déterminer les dispositifs de suivi devant être mis en place. La politique s'attache à décrire l'organisation générale de la sous-traitance et les critères d'importance permettant de déterminer les activités jugées critiques et le type de contrôle associés à ce type de sous-traitants. La politique s'attache également à formaliser les tâches et

responsabilités dans la mise en œuvre de cette politique.

La Mutuelle, au travers de la politique de sous-traitance, s'assure que les contrats de sous-traitance sont conformes aux obligations réglementaires qui lui incombent. En effet, la sous-traitance ne doit pas avoir pour conséquences d'augmenter indument le risque opérationnel pesant sur la Mutuelle, de compliquer les procédures de contrôle des autorités telles que l'ACPR, de détériorer la qualité du système de gouvernance ou encore de nuire à la qualité de service fournie aux adhérents de la Mutuelle.

La politique prévoit les conditions d'audit du sous-traitant conformément aux dispositions relatives à Solvabilité 2.

Cette politique décrit enfin la procédure de sélection des sous-traitants qui repose sur la rédaction d'un cahier des charges, validé par le Conseil d'administration.

Dans le cadre de son activité, la mutuelle a recours à de la sous-traitance qualifiée de critique ou importante au sens de la Directive et de la politique écrite de la mutuelle.

La mutuelle sous-traite ainsi à deux prestataires, qualifiés de critique, l'encaissement des cotisations et la liquidation des prestations : Henner et Alptis.

Le choix de recourir à des délégataires de gestion est historique : la mutuelle n'avait pas, jusqu'en 2014, de personnel en propre et en raison de partenariat permettant le développement du volume d'affaires de la mutuelle.

D'une manière générale, le recours à la création d'une gestion en propre n'a pas été jugé pertinent en l'absence d'unité de gestion et au vu du marché bien organisé et très concurrentiel de la délégation de gestion. La mutuelle a estimé qu'elle n'avait pas de valeur ajoutée à réinternaliser de telles fonctions.

Pour le second sous-traitant critique, Alptis, la délégation totale s'explique par la nature du partenariat qui lie GSMC à Alptis. En effet, la mutuelle est uniquement assureur des produits Alptis et ne participe pas à leur distribution.

La mutuelle s'assure que les prestataires de services, auxquels des activités critiques ont été sous-traitées, par la mise en œuvre d'audits des sous-traitants, est conforme aux dispositions relatives à Solvabilité 2.

En 2018, Une chargée de relations avec les délégataires a été recrutée afin de se charger du contrôle des délégations de gestion de GSMC.

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.

C. 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 inadaptés à la garantie sous-jacente (les cotisations ne permettent pas de couvrir les prestations et frais de l'organisme ou les provisions ne permettent pas de couvrir les prestations afférentes).

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

- des hypothèses de tarification et de provisionnement,
- de la structure tarifaire du produit,
- de la structure des garanties,
- du canal de distribution des produit,
- des informations sur la population, disponibles pour la tarification et le provisionnement.

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 combiné ((Prestations + Frais) / Cotisations),
- les écarts entre les provisions estimées et les prestations constatées.

Au regard des risques importants, la mutuelle est particulièrement sensible à la 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'éventuels 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 différents scénarios catastrophes. 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 et de SCR marché,
- 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. En détail, le pire scénario correspond à :

- une remontée des taux sans risque correspondant au choc à la hausse prévu par la formule standard,
- un écartement des *spreads* de 50% (correspondant à l'accident observé fin 2011),
- une baisse du marché action de 40%,
- une baisse du marché immobilier de 20%.

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 faible.

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 un défaut de contrôle interne, ce risque peut avoir les causes suivantes :

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

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

- Le risque opérationnel est suivi au travers de la collecte des incidents et des pertes opérationnelles, matérialisés au sein d'une cartographie des risques. Les incidents présentant un impact financier, réglementaire ou de réputation important sont remontés en Conseil d'administration.
- Au sein de la cartographie des risques, l'identification des risques opérationnels majeurs fait l'objet d'une analyse et donne lieu à des plans d'actions visant à restreindre ou éliminer les causes sous-jacentes.

C.5.c Maitrise du risque opérationnel

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

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.

D. Valorisation à des fins de solvabilité

D.1. Actifs

D.1.a Les placements immobiliers

Les biens immobiliers figurent au bilan prudentiel en valeur issue des expertises quinquennales et de leurs actualisations annuelles. Les placements immobiliers hors SCPI de la mutuelle GSMC sont tous considérés comme des immeubles d'exploitation et sont répartis comme suit.

Immeuble (en €) - 2022	Valeur sociale	Valeur de marché
Immeuble Boulogne	165	185 000
Immeuble Saint-Omer	195 903	731 000
Total	196 068	916 000

Les placements immobiliers sont en plus-values latentes de 720 K€. De plus, la mutuelle GSMC a investi dans son siège social sous forme d'une société civile immobilière. Sa valeur nette comptable est de 100 K€. Le bilan de cette société est observé par transparence. La valeur de marché du bien est remplacée la valeur comptable et les actifs incorporels sont annulés. Les travaux n'ayant pas été finalisés pour un des deux lots, la valeur de marché de la SCI n'a pas été réévaluée et est de -2 175 K€.

Pour mémoire, les placements immobiliers se présentaient comme suit à l'inventaire 2021.

Immeuble (en €) - 2021	Valeur sociale	Valeur de marché
Immeuble Boulogne	234	187 000
Immeuble Saint-Omer	221 266	721 000
Total	221 499	908 000

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 54 484 K€ (y compris surcotes, décotes et coupons courus) pour une valeur de marché de 48 925 K€ (coupons courus inclus) soit une moins-value latente de 5 558 K€. Quant aux obligations souveraines, leur valeur nette comptable est de 2 723 K€ (y compris surcotes, décotes et coupons courus) pour une valeur de marché de 2 398 K€. Les obligations souveraines sont donc en moins-value latente de 326 K€. Ces montants sont synthétisés ci-après.

Type de placements	Valeur brute	Surcote /Décote	Intérêts courus	Valeur nette comptable	Valeur de marché
Obligations souveraines	2 699 634	546	23 311	2 723 491	2 397 596
Obligations d'entreprises	53 885	139 869	458 278	54 484	48 925
	939			085	614
Total	56 585	140 415	481 588	57 207	51 323

573

576

210

Pour rappel en 2021, les obligations se décomposaient comme suit.

Type de placements	Valeur brute	Surcote /Décote	Intérêts courus	Valeur nette comptable	Valeur de marché
Obligations souveraines	2 495 514	269	19 701	2 515 484	2 640 533
Obligations d'entreprises	53 068	122 544	438 569	53 629	55 625
	602			716	406
Total	55 564	122 813	458 271	56 145	58 265
	116			200	939

Alors que ces placements étaient en plus-values latentes à l'inventaire 2021, la remontée des taux a entraîné une forte baisse de la valeur de marché de ces placements.

D.1.c Les fonds d'investissements

Les fonds d'investissement sont séparés en trois catégories : les fonds d'investissement détenus en direct, les sociétés civiles de placements immobiliers (SCPI) et les fonds capital-risque. Les fonds d'investissements détenus en direct ont une valeur de marché de 49 054 K€ pour une valeur nette comptable de 48 063 K€ et sont répartis comme suit.

2022 (en €)	Valeur sociale	Valeur de marché
OSTRUM SRI CASH PLUS I	5 363 991	5 369 808
GSMC DYNAMIQUE	10 000 000	10 592 965
GSMC DYNAMIQUE 2	32 698 879	33 091 461
Total	48 062 870	49 054 234

La mutuelle détient des parts de deux SCPI : la SCPI Pierval (1 000 K€ en valeur brute comptable et 913 K€ en valeur de marché) et la SCPI Primovie (500 K€ en valeur brute comptable et 455 K€ en valeur de marché). La mutuelle a aussi investi dans cinq fonds dits de « capital risque ». La valeur de marché de ces fonds est de 6 973 K€. La décomposition de ces placements se présente comme suit.

2022 (en €)	Valeur sociale	Valeur de marché
SCPI PIERVAL	1 000 000	912 800
SCPI PRIMOVIE	500 192	455 175
FONDS IGH1	531 000	603 512
NAXICAPOPPORTUNITES	3 251 500	4 979 205
RESOURCES 3	1 110 000	1 236 000
IDINVEST	1 250 000	1 409 651
ARBEVEL	1 250 000	1 283 638
Total	8 892 692	10 879 980

D.1.d Les autres placements

Les autres placements sont constitués d'une participation de 50 K€ dans la société GSMC Holding, de deux bons de capitalisation, de dépôts et de cautionnements, d'un prêt et d'actions non cotées. Leurs valeurs comptables et économiques sont détaillées ci-après.

2022 (en €)	Valeur sociale	Valeur de marché
GSMC Holding	50 000	50 000
Livret BNP	4 513	4 513
Prêts	18 008	18 008
Euro Expansion Spirica	2 312 955	2 312 955
Financière du Capitole Euro	1 990 156	1 990 156
Actions non cotées	153	153
Avance SCI	2 241 673	2 241 673
Total	6 617 458	6 617 458

Pour information, les autres placements se décomposaient comme suit en 2021 :

2021 (en €)	Valeur sociale	Valeur de marché
Livret BNP	4 508	4 508
Prêts	18 008	18 008
Euro Expansion Spirica	2 283 272	2 283 272
Financière du Capitole Euro	1 951 134	1 951 134
Actions non cotées	153	153
Total	4 257 075	4 257 075

D.1.e La part des réassureurs

La meilleure estimation réassurée est supposée évoluer, par rapport à la part des réassureurs dans les comptes sociaux, en fonction de l'évolution de la meilleure estimation. Ce calcul est détaillé, par groupe homogène, dans la partie E du présent rapport.

D.1.f. Les actifs incorporels

Les actifs incorporels n'ayant pas de valeur économique, ils sont considérés comme nul dans le bilan Solvabilité II contre une valeur nette comptable de 1 653 K€ (1 764 K€ en 2021).

D.1.g Les autres créances et la trésorerie

Les créances sont valorisées sous le régime Solvabilité 2 au même montant que dans les comptes sociaux, soit pour 38 808 K€ (contre 31 039 K€ à l'inventaire 2021). Il en est de même de la trésorerie (147 K€ contre 3 085 K€ en 2021), des actifs corporels (322 K€ en 2021 contre 410 K€ en 2022) et du poste « autres actifs » concernant des charges constatées d'avance (47 K€ en 2022 contre 251 en 2021).

D.1.h Les impôts différés actifs

Les impôts différés actifs 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 cette différence matérialise une perte latente. A l'inventaire 2022, un poste d'impôts différés actif a été reconnu pour 3 563 K€ s'expliquant essentiellement par la différence entre la meilleure estimation réassurée et les provisions techniques sociales réassurées ainsi qu'à la neutralisation des actifs incorporels. Le détail du calcul des impôts différés actifs est présenté ci-après.

	Valeur fiscale	Valeur de marché	Impôts différés
Actifs incorporels	1 652 970	-	-413 242
Provisions techniques	31 233 291	35 836 046	-1 150 689
Provisions réassurées	9 221 646	8 664 624	-139 256
Immobilier	296 058	-1 259 474	-388 883
Obligations	57 207 576	51 323 210	-1 471 092
Total impôts différés actif	-	-	-3 563 161

D.2. Provisions techniques

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

Les provisions pour prestations à payer santé

Dans les comptes sociaux, les provisions santé sont constituées des provisions pour sinistres à payer (calculées par la méthode « Chain Ladder ») décomposées comme suit.

Inventaire 2022	2020	2021	2022	PPAP brute
Segment 1 – GD - Individuels	39 764	229 582	5 446 420	5 715 766
Segment 2 – GD - Collectifs	19 004	178 808	4 648 407	4 846 219
Segment 3 – Alptis - Divinea	10 083	35 899	764 254	810 236
Segment 4 – Alptis - SPI	307	2 345	43 772	46 424
Segment 5 - Alptis - Plurielle	3 242	29 766	937 509	970 517
Segment 6 – Henner - VEO	-	413	13 991	14 404
Segment 7 – Henner - Fortis	-	21	12 588	12 609
Segment 8 – Henner - Collectifs	-	20 246	478 932	499 178
Segment 9 – AD - Collectifs	-	37 876	731 073	768 949
Segment 10 – AD - Looma TNS	-	2 856	298 029	300 885
Segment 11 – Alptis – Select	-	2 677	1 749 183	1 751 859
Segment 12 – Agéo – Looma Coll	-	19 150	739 826	758 976
Total	72 400	559 639	15 863 984	16 496 023

De plus, les provisions santé tiennent compte d'une provision en acceptation de 384 K€ et d'une provision d'égalisation de 1 079 K€. Les provisions réassurées sont de 795 K€ à l'inventaire 2022 et concernent seulement les segments Looma.

Les provisions prévoyance

Les provisions prévoyance sont constituées :

- des provisions pour sinistres à payer concernant les adhérents en situation d'incapacité et d'invalidité ainsi que les incapacités non encore déclarées pour un montant global de 2 076 K€ (contre 881 K€ à l'inventaire 2021),
- des provisions mathématiques incapacité pour un montant de 1 438 K€ (contre 863 K€ en 2021),
- des provisions mathématiques invalidité pour un montant de 2 123 K€ (contre 1 812 K€ en 2021),
- des provisions pour rentes en attente pour un montant de 3 408 K€ (contre 3 045 K€ en 2021),
- des provisions mathématiques pour décès accidentel pour un montant de 33 K€ (contre 37 K€ à l'inventaire 2021),
- d'une provision pour égalisation de 1 064 K€ (contre 2 067 K€ en 2021).

Synthétiquement, les provisions se décomposent comme suit.

(en €)	Valeur sociale	PT réassurés
PPAP prévoyance	2 076 063	1 360 658
PM ⁶ Incapacité	1 438 743	954 129
PM Invalidité	2 123 757	1 324 096
PM rentes en attente	3 408 410	2 273 406
PM décès accidentel	32 931	23 052
Provision d'égalisation	1 064 298	560 072
Provision XS par tête	-	280 287
Total	10 144 201	6 775 699

Les provisions vie

Les provisions vie sont constituées :

- des provisions pour sinistres à payer vie pour 225 K€ (contre 159 K€ en 2021),
- des provisions mathématiques afférentes aux garanties décès, à trois rentes viagères et à quatre rentes éducation pour un total de 1 258 K€ (contre 1 100 K€ en 2021),
- d'une provision mathématiques obsèques pour 94 K€ (contre 59 K€ en 2021),
- d'une provision pour égalisation de 1 552 K€ (contre 1 621 K€ en 2021).

⁶ Provisions mathématiques

Ces provisions sont synthétisées ci-après.

(en €)	Valeur sociale	PT réassurés
PPAP vie	225 227	123 933
PM décès	863 272	538 670
PM rente viagère	303 679	147 417
PM rente éducation	91 846	65 754
PM Obsèques	94 058	-
Provision égalisation vie	1 551 890	775 278
Total	3 129 972	1 651 051

D.2.b Les provisions techniques prudentielles

Calcul de la meilleure estimation santé

La méthode de calcul des PPAP des comptes sociaux a été maintenue pour le calcul de la meilleure estimation pour sinistres à payer santé. Cependant, les flux futurs ont été actualisés avec la courbe des taux sans risque. La meilleure estimation pour sinistres santé est de 16 733 K€ pour un montant de 16 880 K€ en normes sociales y compris acceptation.

Synthétiquement, les provisions santé Solvabilité II se présentent comme suit.

(en €)	Meilleure estimation	ME réassurée
PSAP	16 732 863	787 908
Provision d'égalisation	1 078 631	-
Total	17 811 494	787 908

Un ajustement pour primes, connues avant l'inventaire et potentiellement génératrices de résultat futur, a été pris en compte. En effet, un montant de 182 381 K€ de cotisations pour 2023. En tenant compte d'un ratio de sinistralité net de frais de 101,95%, la meilleure estimation pour primes est de 3 564 K€ et se décompose comme suit.

<i>Brut de réassurance (en K€)</i>	Inventaire 2022
Cotisations	-182 380 793
Prestations	144 523 283
Frais	41 421 863
Total	3 564 352

Un calcul identique est effectué sur les segments réassurés. La meilleure estimation pour primes réassurée se présente comme suit.

<i>Réassurance (en K€)</i>	Inventaire 2022
Cotisations	-2 414 092
Prestations	1 836 747
Frais	623 063
Total	45 718

Calcul de la meilleure estimation prévoyance

Le calcul de la meilleure estimation pour sinistres s'effectue en utilisant les mêmes méthodes que le calcul des provisions techniques comptables. Seul le taux d'actualisation (taux réglementaire à 0,66% dans les comptes sociaux) est remplacé par la courbe des taux sans risque fournie par EIOPA. La meilleure estimation prévoyance est évaluée à 9 380 K€ contre une provision comptable de 10 144 K€. La décomposition de ces provisions se présente comme suit.

(en €)	ME pour sinistres	ME réassurées
PPAP prévoyance	2 076 063	1 360 522
PM Incapacité	1 405 460	931 770
PM Invalidité	1 872 905	1 171 337
PM rentes en attente	2 933 158	1 948 802
PM décès accidentel	28 609	20 112
Provision pour égalisation	1 064 298	560 016
Provision XS par tête	-	280 258
Total	9 380 493	6 272 817

La meilleure estimation pour sinistres prévoyance réassurée est recalculée en tenant compte des taux de cession de chaque provision et de chaque assureur ainsi que de la probabilité de défaut de chacun des réassureurs. Concernant la meilleure estimation pour primes, le calcul se présente donc comme suit.

(en €)	Affaires brutes
Cotisations	-5 096 631
Prestations	4 332 137
Frais	675 616
Meilleure estimation pour primes	-88 879

L'activité réassurée est supposée équilibrée.

Calcul de la meilleure estimation vie

Le calcul de la meilleure estimation prévoyance vie est fait de façon identique à celle du calcul des provisions techniques comptables, seul le taux d'actualisation (taux réglementaire de 1,25%) est remplacé par la courbe des taux sans risque fournie par EIOPA.

La meilleure estimation prévoyance vie est de 2 885 K€ contre un montant de 3 130 K€ dans les comptes sociaux. La provision d'égalisation (1 552 K€) reste constante dans les deux régimes (Solvabilité II et comptable).

La meilleure estimation réassurée vie, évaluée de la même façon que la meilleure estimation réassurée prévoyance, est estimée à hauteur de 1 558 K€ contre un montant de 1 651 K€ dans les comptes sociaux. La décomposition de la meilleure estimation se présente comme suit.

(en €)	Meilleures estimations	ME réassurées
PPAP vie	225 227	123 921
PM Décès	794 153	495 133
PM rente viagère	214 328	104 032
PM rente éducation	84 577	60 206
PM Obsèques	15 304	-
Provision égalisation	1 551 890	775 200
Total	2 885 479	1 558 493

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 **2 283 K€** décomposé comme suit.

(en €)	2021	2022
Marge de risque Santé	1 134 351	1 454 517
Marge de risque Prévoyance	475 452	504 805
Marge de risque similaire à la vie	194 184	196 342
Marge de risque Vie	125 059	127 442
Total	1 929 046	2 283 107

Le SCR considéré pour le calcul de la marge de risque tient compte des modules de souscription (santé et vie) ainsi que du SCR contrepartie dû à la réassurance. Ce SCR est estimé à 34 346 K€. A ce montant est ajouté le SCR opérationnel d'une valeur de 4 914 K€.

D.3. Autres passifs

D.3.a 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 cette différence matérialise un gain latent. A l'inventaire 2022, un poste d'impôts différés passif a été reconnu pour **266 K€**. Poste par poste, le calcul des impôts différés s'effectue comme suit.

	Valeur fiscale	Valeur de marché	Impôts différés
Réserve de solvabilité		1 063 956	265 989
Total impôts différés passif		1 063 956	265 989

La mutuelle a constitué, à l'inventaire 2012, une réserve de solvabilité de 1 064 K€. Chaque prélèvement sur cette réserve est rapporté au résultat imposable (article 217 septdecies du Code général des impôts). Cette réserve est donc composée en partie d'une charge d'impôt prévisible de 266 K€. Cette charge est donc déduite des fonds propres économiques de la mutuelle et prise en compte dans le poste « Impôts différés passifs ».

Les impôts différés actifs de la mutuelle sont supérieurs aux impôts différés passifs. Au bilan, les deux postes sont compensés et égaux à 266 K€.

D.3.b Les autres dettes

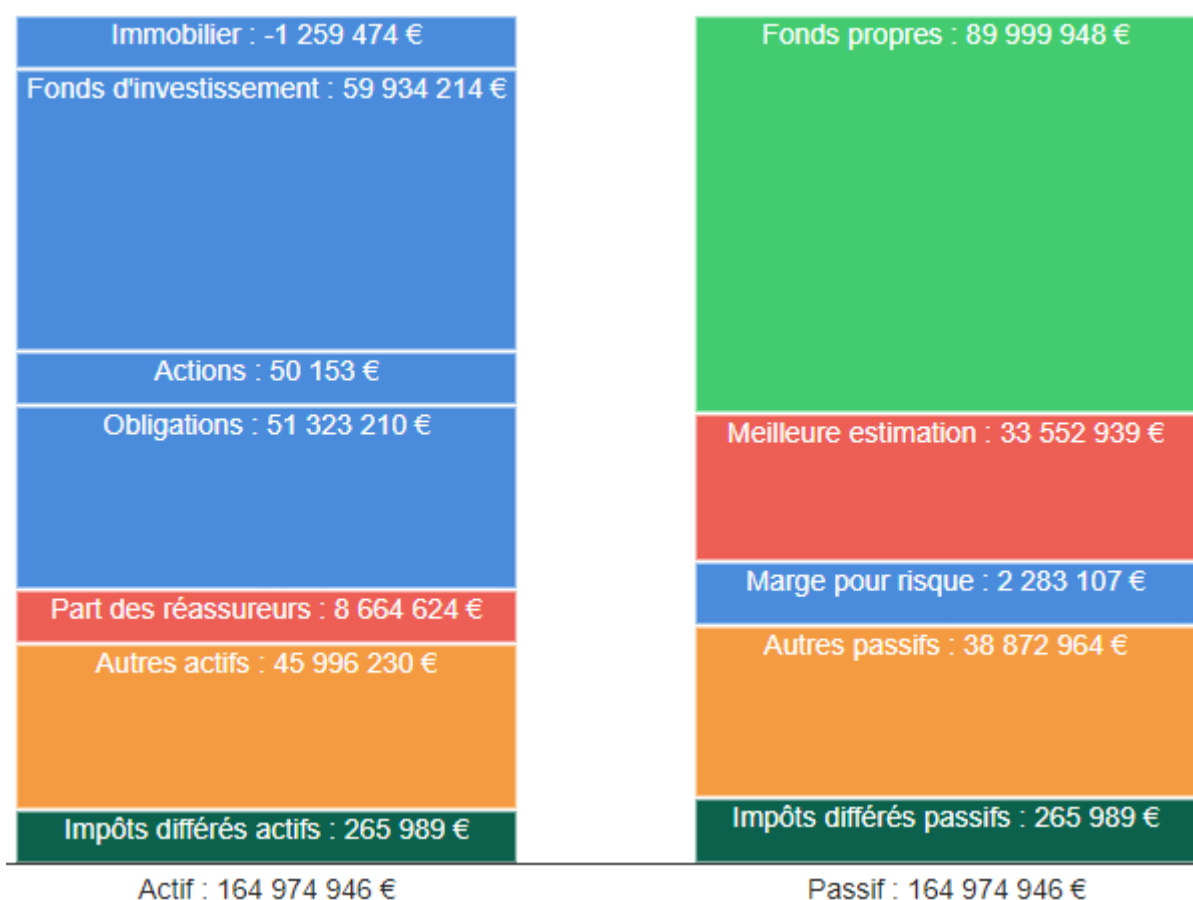
Les dettes sont supposées constantes entre les deux régimes pour un montant total de 38 873 K€ à l'inventaire contre 29 264 K€ en 2021 en tenant compte des dettes envers les établissements de crédit, des dettes nées d'opérations d'assurance, de réassurance, des autres dettes ainsi que les dettes pour dépôts espèces des réassureurs et des provisions pour retraites et avantages.

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.



E. Gestion du capital

E.1. Fonds propres

Sous le régime Solvabilité 2, les fonds propres économiques s'élèvent à **90 000 K€** (contre 113 654 K€ à l'inventaire 2021). Le fonds de dotation 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. En détail, les fonds propres économiques se décomposent comme suit :

Décomposition des fonds propres (en K€)	2021	2022
Fonds propres comptables	102 263 596	101 273 940
Plus-values latentes sur actif	14 697 293	-4 461 247
Evolution des provisions techniques réassurées	-100 145	-557 022
Evolution des provisions techniques	-1 260 778	-4 602 755
Non prise en compte des actifs incorporels	-1 764 115	-1 652 970
Reconnaissance d'un impôt différé passif	-967 799	-265 989
Reconnaissance d'un impôt différé actif	785 953	265 989
Fonds propres économiques	113 654 005	89 999 948

L'évolution du bilan prudentiel entre les deux derniers exercices se présente comme suit.

	2021	2022
Impôts différés actif	785 953	265 989
Placements	130 721 986	116 615 408
• Immobilier	1 007 990	-1 259 474
• Actions	153,00	50 153
• Obligations	58 265 939	51 323 210
• Fonds d'investissement	67 190 982	59 934 214
• Dépôts autre que la trésorerie	4 256 922	4 325 632
• Prêts	-	2 241 673
Provisions réassurées	7 425 871	8 664 624
Trésorerie	3 085 280	147 191
Autres actifs	31 440 024	39 281 734
Total actif	173 459 115	164 974 946
Provisions non-vie	24 678 864	30 753 877
• Meilleure estimation sinistres	23 545 120	25 319 081,49
• Meilleure estimation primes	-476 059	3 475 473,00
• Marge de risque	1 609 803	1 959 323
Provisions vie	4 894 111	5 082 168
• Meilleure estimation sinistres	4 574 868	4 758 384,22
• Marge de risque	319 243	323 784
Impôts différés passif	967 799	265 989
Autres passifs	29 264 336	38 872 964
Total passif	59 805 110	74 974 998
Actif net	113 654 005	89 999 948

L'évolution des fonds propres économiques entre les deux exercices s'explique comme suit.

Evolution des fonds propres économiques (en €)	2021	2022
Fonds propres économiques N-1	106 453 207	113 654 005
Evolution des fonds propres comptables	3 195 757	-989 655
Evolution des plus-values latentes sur placements	4 966 296	-19 158 539
Evolution des meilleures estimations réassurées	-406 807	-456 877
Evolution des meilleures estimations	-959 366	-3 341 977
Evolution de la non prise en compte des actifs incorporels	-453 497	111 146
Evolution des impôts différés passifs	858 415	181 846
Fonds propres économiques N	113 654 005	89 999 948

Les fonds propres économiques sont en forte baisse entre les exercices 2021 et 2022. Cette évolution s'explique par la forte diminution des valeurs de marché des obligations et des fonds d'investissement ainsi que par le retraitement de la valeur de la SCI. De plus, nous observons une forte hausse de la meilleure estimation pour primes passant de -476 K€ à 3 475 K€. Cette évolution s'explique par le fort développement espéré sur l'exercice 2023. A l'inventaire 2022, les fonds propres économiques sont de 90 M€.

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

E.2.a Le risque de marché

Observation par transparence des fonds d'investissement

Les fonds d'investissement de la mutuelle ont été observés par transparence. Cette observation permet d'appliquer à chaque ligne de placement sous-jacent le choc correspondant dans le sous-module de risque correspondant. Synthétiquement, les fonds sont exposés comme suit.

Type de placements (2022) – En €	Valeur de marché	Proportion
Obligations souveraines	5 914 915	10%
Obligations d'entreprises	11 937 149	20%
Actions	26 436 401	44%
Fonds d'investissement	1 947 217	3%
Immobilier	1 293 988	2%
Trésorerie	4 267 603	7%
Dettes	34 586	0%
Fonds d'investissement non transparisés	8 102 355	14%
Total	59 934 214	100%

Pour rappel, la composition des fonds d'investissement à l'inventaire 2021 se présentait comme suit.

Type de placements (2021) – En €	Valeur de marché	Proportion
Obligations souveraines	5 053 707	8%
Obligations d'entreprises	9 241 875	14%
Actions	41 733 662	62%
Fonds d'investissement	1 834 530	3%
Immobilier	901 398	1%
Trésorerie	2 913 847	4%
Dettes	165 458	0%
Fonds d'investissement non transparisés	5 346 505	8%
Total	67 190 982	100%

Les fonds d'investissement sont composés de la façon suivante :

- 44% en 2022 (contre 62% à l'inventaire 2021) des fonds d'investissement sont investis en actions qui sont considérées comme des actions de type 1 et choquées comme telles dans le module de risque actions,
- 10% des fonds d'investissement sont investis en obligations souveraines qui sont prises en compte seulement dans le module de risque de taux (et en risque de *spread* pour les obligations hors espace économique européen),
- 20% des fonds sont investis en obligations d'entreprises et sont choqués dans les modules de risques de *spread* et de taux,
- 3% des fonds d'investissement sont investis sur d'autres fonds d'investissement,
- 2% des fonds d'investissement sont investis sur des placements immobiliers. Ces placements sont issus des SCPI Pierval.

Enfin, les fonds capital-risque, à l'exception du fonds ID Invest, ne sont pas observés par transparence et sont choqués comme des actions de type 2. A l'inventaire 2022, nous observons une forte baisse des valeurs de marché des actions issues de l'observation par transparence des fonds.

Le risque de taux et le risque de spread

A l'actif, sont concernés par le risque de taux, l'ensemble des obligations détenues en direct (souveraines ou d'entreprises) ainsi que l'ensemble des obligations issues de l'observation des fonds d'investissements, une hausse des taux sans risque entraînant une diminution de la valeur de marché des obligations. Au passif, les provisions étant actualisées grâce à la courbe des taux, une hausse des taux entraîne une baisse de ces provisions. Le capital requis pour le risque de taux est égal au maximum entre le capital requis calculé sous un scénario de baisse des taux sans risque et le capital requis calculé sous un scénario de hausse des taux sans risque. Au cas d'espèce, la valeur de marché des obligations étant largement supérieure au montant des provisions calculées à l'aide de la courbe des taux sans risque, le scénario haussier est retenu puisqu'il a pour effet de diminuer fortement la valeur des obligations à l'actif et plus modérément les provisions actualisées au passif.

Le capital de solvabilité requis pour le risque de taux est de **4 136 K€** (contre 3 137 K€ en 2021) et se décompose comme suit.

Type de placements	SCR 2021	SCR 2022
Obligations d'entreprise détenues en direct	2 446 400	3 440 406
Obligations souveraines détenues en direct	171 810	189 415
Obligations d'entreprise issues des fonds	313 245	441 268
Obligations souveraines issues des fonds	441 440	333 122
Impact sur les obligations	3 372 895	4 404 211
Impact sur les provisions techniques	-235 841	-268 132
SCR taux	3 137 054	4 136 079

Le risque de *spread* concerne les obligations d'entreprise détenues en direct et celles issues de l'observation par transparence des fonds d'investissement. Le capital de solvabilité requis pour le risque de *spread* est de **4 781 K€** (contre 6 108 K€ en 2021) et se décompose comme suit.

Type de placements	SCR 2021	SCR 2022
Obligations d'entreprises détenues en direct	5 112 593	4 089 963
Obligations d'entreprises issues des fonds	996 164	691 111
SCR spread	6 108 757	4 781 074

La baisse des risques de taux et de *spread* s'explique par la baisse des obligations détenues en direct par la mutuelle GSMC (58,2 M€ en 2021 contre 51 M€ en 2022) ainsi que par la diminution des durations de ces placements.

Le risque actions

La mutuelle GSMC ne détient pas d'actions en direct. Le choc ne concerne que les actions et fonds d'investissement issus de l'observation par transparence des fonds détenus par la mutuelle.

Le risque actions se décompose en actions de type 1 (actions cotées sur les marchés régulés) et actions de type 2 (actions non cotées et fonds d'investissement non observés par transparence). Le choc sur les actions de type 1 est de 35,98% (39% auxquels est ajouté un effet asymétrique de -3,02%, calculé d'après une formule réglementaire permettant de prendre en compte la position des marchés financiers à l'inventaire considéré dans le cycle de marché). Le choc pour les actions de type 2 est de 45,98% (49% définis par le règlement délégué auxquels est ajouté l'effet asymétrique de -3,02%).

Les actifs soumis à ce risque se décomposent comme suit.

Type de placements	2021	2022
Actions issues des fonds d'investissement	41 733 662	26 436 401
Fonds issus des fonds d'investissement	1 834 530	1 947 217
Fonds non observés par transparence	5 346 505	8 102 355
Participations	-	50 000
Actions non cotées	153	153
SCR actions	48 914 850	36 536 126

Le capital requis pour le risque action est de **13 342 K€** (contre 22 315 K€ en 2021) décomposé comme suit.

Type de placements	SCR 2021	SCR 2022
SCR action de type 1	19 147 404	9 511 817
SCR actions de type 2	4 012 848	4 631 863
Effet de diversification	-844 799	-801 455
SCR actions	22 315 453	13 342 225

La baisse du SCR actions est due à la forte diminution de la part actions dans les fonds d'investissement détenus par la mutuelle. De plus, les chocs sur actions sont moins importants à l'inventaire 2022 : l'effet asymétrique était de 6,88% à l'inventaire 2021 contre -3,02% à l'inventaire 2022.

Le risque immobilier

La valeur de marché globale de l'immobilier de la mutuelle est de 908 K€ pour les immeubles détenus en direct, de 5 314 K€ concernant la SCI et de 1 329 K€ pour les placements immobiliers issus des fonds d'investissement. Le choc sur ces actifs immobiliers est de 25%. Le capital requis pour le risque immobilier est de **1 881 K€** (contre 1 554 K€ en 2021) et se décompose comme suit.

Expositions immobilières	SCR 2021	SCR 2022
Immeuble Boulogne	46 750	46 250
Immeuble Saint-Omer	180 250	182 750
Fonds investissement	225 350	323 497
SCI siège social	1 101 750	1 328 500
SCR immobilier	1 554 100	1 880 997

Le risque de change

Le portefeuille de placements de la mutuelle ne contient pas de placements en devises. Cependant, l'observation par transparence fait apparaître des lignes de placement libellées en devises pour un montant de 17 355 K€ (contre 20 654 K€ en 2021), montant majoritairement observé dans les fonds GSMC dynamique et GSMC dynamique 2. Le capital requis pour le risque

de change est de **4 276 K€** contre un montant de 4 926 K€ en 2021.

Le risque de concentration

Le risque de concentration permet de tenir compte de la diversification du portefeuille. La formule standard est appliquée et le capital requis pour le risque de concentration est de **2 384 K€** (contre 1 428 K€ en 2021) dû exclusivement à l'émetteur Naxicap.

Agrégation des risques et SCR marché

Le capital requis pour le risque de marché s'obtient en appliquant la matrice de corrélation définie par le règlement délégué et se décompose comme suit.

	SCR 2021	SCR 2022
SCR spread	6 108 757	4 781 074
SCR taux	3 137 054	4 136 079
SCR actions	22 315 453	13 342 225
SCR immobilier	1 554 100	1 880 997
SCR change	4 926 157	4 275 724
SCR concentration	1 427 580	2 384 686
Effet de diversification	-9 114 246	-9 838 444
SCR de marché	30 354 855	20 962 341

La forte baisse du SCR marché s'explique essentiellement par l'évolution des valeurs de marché des placements entraînant une diminution des SCR actions et SCR spread.

E.2.b Le risque de souscription santé

Le risque de souscription santé est divisé en trois risques :

- le risque santé similaire à la vie qui concerne le risque d'invalidité,
- le risque santé non similaire à la vie qui concernent les frais de soin et les garanties d'incapacité,
- le risque catastrophe.

Le risque de santé similaire à la vie

Les provisions mathématiques invalidité sont soumises à un risque longévité et à un risque de frais. Le sous-module invalidité se calcule en tenant compte d'une diminution de 20% des taux de mortalité concernant les personnes en invalidité. Le SCR longévité est estimé à **42 K€** (contre **45 K€** en 2021). Le sous-module risque de frais est estimé à **6 K€** (contre 5 K€ en 2021). Après application de la matrice de corrélation, le SCR santé similaire à la vie est estimé à **44 K€** (contre 46 K€ en 2021).

Le risque de primes et de provisions non similaire à la vie

Le risque de primes et de provisions permet de prendre en compte le risque de sous-provisionnement ou de sous-tarifcation des garanties de remboursement de frais de soin de la

mutuelle et de remboursement des indemnités journalières d'incapacité. Les paramètres nécessaires au calcul du capital requis sont les cotisations nettes de réassurance sur le dernier exercice par groupe homogène, les cotisations estimées nettes de réassurance sur le prochain exercice ainsi que la meilleure estimation nette de réassurance par groupe homogène de risques.

La meilleure estimation pour sinistres de frais de soin correspond à la provision pour sinistres à payer santé ; la meilleure estimation prévoyance pris en compte dans le calcul est constituée des provisions pour sinistres à payer incapacité, des provisions mathématiques incapacité, des provisions rentes en attente et des provisions décès accidentel. Toutes ces provisions sont nettes de réassurance.

Les volumes se présentent comme suit.

Volume	Frais de soin	Prévoyance
Provisions pour sinistres à payer	15 944 955	715 405
PM incapacité	-	473 596
PM rentes en attente	-	984 162
PM décès accidentel	-	8 495
Provision égalisation	1 078 631,24	504 226
PM XS par tête	-	-280 287
Total	17 023 586	2 405 597

Les paramètres, par groupe homogène de risques, sont les suivants.

Volume	Frais de soin	Prévoyance
Cotisations acquises 2022	149 758 569	846 382
Cotisations espérées 2023	179 966 701	1 469 326
Volume de primes	209 961 151	1 714 214

Le calcul du volume de primes s'effectue en tenant compte du maximum entre les cotisations 2022 et 2023. Le capital de solvabilité requis pour le risque de primes et de provision est de **33 707 K€** (contre un montant de 27 094 K€ en 2021). La hausse du SCR souscription s'explique par une hausse importante du chiffre d'affaires espéré en santé sur l'exercice 2023.

Le risque catastrophe

Le risque d'accident de masse

Le risque d'accident de masse appelé également "risque de stade", correspond au risque d'occurrence d'un accident dans un lieu réunissant un grand nombre d'individus.

Le calcul du capital requis pour le risque d'accident de masse dépend de probabilités de survenance, en cas d'accident, de différents événements (décès, passage en invalidité, passage en incapacité ou bien augmentation des remboursements de frais de soins), des montants maximaux de remboursements prévus par les garanties portées, du nombre de personnes protégées ainsi que de la probabilité de réalisation de l'accident.

La mutuelle assure le remboursement des frais de soin, prend en charge les situations d'incapacité et d'invalidité et assure des capitaux décès. En santé, la mutuelle protège 219 623 personnes au 31 décembre 2022 et le coût de remboursement des frais de soin moyen a été estimé à 1 000 € en cas d'accident, par prudence. Concernant la prévoyance, la mutuelle couvre 4 252 personnes pour un montant maximal annuel de 114 000 € par personne en incapacité et 226 000 € en invalidité. Le capital requis pour le risque d'accident de masse est de **90 K€**.

Le risque de concentration

Le risque de concentration correspond au risque d'occurrence d'un accident dans un lieu où sont réunis un grand nombre de personnes protégées par l'organisme, pour exemple un accident au siège d'une grande entreprise dont un grand nombre de salariés est couvert en prévoyance par l'organisme considéré.

Le calcul du capital requis pour le risque de concentration dépend de probabilités de survenance, en cas d'accident, de différents événements (décès, passage en invalidité, passage en incapacité ou bien l'augmentation des remboursements en frais de soin), des montants maximaux de remboursements prévus par les garanties portées et du nombre de personnes protégées par le principal contrat collectif de l'organisme. Pour un accident de ce type, les remboursements de frais de soin moyens sont estimés, par prudence, à 1 000 €, le coût moyen pour l'incapacité et l'invalidité est de 18 072 € par personne protégée et le plus grand risque de concentration concerne un contrat collectif protégeant 137 personnes. Le calcul des prestations moyennes a été effectué sur le montant annuel moyen de prestations pour les personnes actuellement en incapacité. Le capital requis pour le risque de concentration est de **495 K€**.

Le risque de pandémie

Le risque de pandémie correspond au risque de surconsommation médicale liée à l'occurrence d'une pandémie sur le territoire. Ce risque dépend du nombre de personnes protégées par la mutuelle, des coûts moyens d'un séjour à l'hôpital et d'une consultation médicale, ainsi que de la proportion théorique de personnes concernées.

Le nombre de personnes protégées, comme pour le risque d'accident de masse, est de 219 623. Le coût d'une hospitalisation est estimé à 1 000 € et le coût d'une consultation à 10 €, par prudence. Le capital requis pour le risque de pandémie est de **1 054 K€**.

Après application de la matrice de corrélation, le capital requis pour le risque catastrophe est de **1 168 K€** (contre 987 K€ en 2021) et se décompose comme suit.

En €	SCR 2021	SCR 2022
SCR accident de masse	88 514	89 750
SCR concentration	398 802	495 164
SCR pandémie	897 950	1 054 190
Effet de diversification	-398 761	-470 961
SCR Catastrophe	986 505	1 168 144

Agrégation des sous-modules et calcul du SCR souscription santé

En tenant compte des résultats ci-dessus, après application de la matrice de corrélation, le capital requis pour le risque de souscription santé est de **34 040 K€** (contre 27 380 K€ en 2021), décomposé comme suit.

En €	SCR 2021	SCR 2022
SCR similaire à la vie	46 181	43 703
SCR primes et provisions	27 094 105	33 707 343
SCR catastrophe	986 505	1 168 144
Effet de diversification	-746 066	-878 955
SCR souscription santé	27 380 725	34 040 235

E.2.c Le risque de souscription vie

Le risque de souscription vie concerne, d'une part, les provisions pour sinistres à payer vie et la provision d'égalisation (1 552 K€) et, d'autre part, les provisions mathématiques constituées pour le décès en situation d'incapacité ou d'invalidité ainsi que les rentes viagères et les rentes éducation (1 578 K€). Ces provisions sont choquées dans le sous-module de risque de mortalité et longévité.

Le second sous-module concerné est le sous-module de frais, correspondant à un scénario de hausse des frais de gestion par rapport aux hypothèses utilisées pour le calcul des provisions techniques.

Enfin, le dernier sous-module de risque est le sous-module de catastrophe. Le capital requis pour ce sous-module est calculée selon l'article 96 du règlement délégué 2015/35 de la commission européenne, calcul dépendant des capitaux sous risque de la mutuelle (657 749 K€).

Le capital requis pour le SCR vie est de **1 030 K€** (contre 1 022 K€ en 2021) décomposé comme suit :

	SCR 2021	SCR 2022
SCR mortalité	113 522	135 721
SCR Longévité	6 501	4 293
SCR frais	3 378	3 941
SCR catastrophe	986 624	986 624
Effet de diversification	-88 325	-100 646
SCR souscription vie	1 021 699	1 029 934

E.2.d Le risque de contrepartie

Le risque de contrepartie concerne tous les actifs qui n'ont pas subi un choc dans le risque de marché c'est-à-dire les créances sur les réassureurs, la trésorerie et les bons de capitalisation pour les contreparties dites de type 1 et les autres créances pour les contreparties dites de type 2.

Pour chaque contrepartie de type 1, il est nécessaire de calculer une perte en cas de défaut. Cette perte pour un réassureur dépend des provisions réassurées par celui-ci, des cotisations cédées ainsi que de la notation de ce réassureur. Ces informations se retrouvent dans le tableau suivant :

Réassureurs	ME réassurées	Cotisations santé	Cotisations prévoyance	Notation
Hannover Re	6 394 827	-	3 599 668	1
Allianz	923 775	2 261 703	-	1
SCOR	776 127	-	569 415	1
UNMI	262 636	2 261 703	-	2
Générali	262 636	2 261 703	-	2
Total	8 620 001	6 785 108	4 169 083	

Les bons de capitalisation sont aussi considérés comme des contreparties de type 1 tout comme la trésorerie et ces montants se décomposent comme suit, par émetteur.

Emetteur	Valeur de marché
SPIRICA	4 303 111
CACEIS	132 667
SPENDESK	14 524
Prêt	18 008
Livret BNP	4 513
	4 472 823

La perte en cas de défaut du réassureur se calcule en tenant compte, d'une part, des provisions réassurées et, d'autre part, de l'absence simulée du réassureur lors du calcul du capital pour le risque de primes et de réserve. Les pertes en cas de défaut pour ces expositions se retrouvent dans le tableau suivant.

Emetteur	Perte en cas de défaut
Hannover	3 475 794
Allianz	555 496
SCOR	428 921
UNMI	247 377
Générali	224 518
SPIRICA	4 303 111
CACEIS	132 667
SPENDESK	14 524
Prêt	18 008
Livret BNP	4 513
Total	9 404 929

Les contreparties de type 2 sont les créances inscrites au bilan hors créances d'Etat et créances

sur réassureurs. Le montant de ces créances est de 36 237 K€ (contre 28 403 K€ en 2021) ainsi que l'avance de trésorerie de 2 242 K€ accordée à la SCI. Les fonds de roulement n'ayant pas de date d'exigibilité sont considérés comme des créances dues depuis moins de trois mois.

Le capital requis pour le risque de contrepartie est de **6 053 K€** (contre 4 625 K€ en 2021) et se décompose comme suit.

SCR	2021	2022
SCR contrepartie de type 1	472 097	368 118
SCR contrepartie de type 2	4 260 479	5 771 852
Effet de diversification	-107 471	-87 130
SCR contrepartie	4 625 104	6 052 840

La baisse du SCR contrepartie de type 1 s'explique par la baisse de la trésorerie et des meilleures estimations réassurées. La hausse du SCR contrepartie de type 2, entraînant une augmentation du SCR global, s'explique par l'évolution des créances et la prise en compte de l'avance pour la SCI dans l'assiette de calcul de la créance.

E.2.e Le SCR de base

Après le calcul de l'ensemble des sous-modules, le calcul du BSCR s'effectue en tenant compte de la matrice de corrélation définie par le règlement délégué. Le SCR de base est estimé à **46 803 K€** (contre 47 692 K€ en 2021) et se décompose comme suit.

SCR	2021	2022
SCR Marché	30 354 855	20 962 341
SCR Santé	27 380 725	34 040 235
SCR Vie	1 021 699	1 029 934
SCR Contrepartie	4 625 104	6 052 840
Effet de diversification	-15 690 674	-15 282 157
BSCR	47 691 710	46 803 193

L'évolution du BSCR est due essentiellement à la hausse du SCR de souscription, compensée par la baisse du SCR marché.

E.2.f Le risque opérationnel

Le risque opérationnel est le risque de perte résultant de procédures internes, de membres du personnel ou de systèmes inadéquats ou défectueux, ou d'événements extérieurs. Le SCR opérationnel est calculé par une formule linéaire dépendant des primes sur les 24 derniers mois et des provisions calculées en meilleure estimation et brutes de réassurance. Il est plafonné à 30% du SCR de base. Le capital requis pour le risque opérationnel est de **4 914 K€** (contre 4 280 K€ en 2021). L'évolution du SCR opérationnel s'explique par la forte augmentation du chiffre d'affaires.

E.2.g L'ajustement pour impôts différés

Au bilan prudentiel, la valeur des impôts différés passifs nets d'impôts différés actifs est de 0 K€.

L'ajustement pour impôts différés est défini par le règlement délégué Solvabilité 2 à l'article 207 comme « égal à la variation de la valeur des impôts différés des entreprises d'assurance (...) qui résulterait de la perte soudaine d'un montant égal à la somme des éléments suivants :

- le capital de solvabilité requis de base,
- l'ajustement visant à tenir compte de la capacité d'absorption de pertes des provisions techniques visé à l'article 206 du présent règlement,
- l'exigence de capital pour risque opérationnel de la directive 2009/138/CE. ».

Cet ajustement permet de diminuer le montant de capital requis. Il est plafonné, par prudence, par le montant d'impôts différés passif nets des impôts différés actif et donc égal à 0 K€.

E.2.h Les exigences de capital

Le capital de solvabilité requis (SCR)

Le capital de solvabilité requis correspond au capital économique dont a besoin une entreprise d'assurance ou de réassurance pour limiter la probabilité de ruine à un an à 0,5%. Son calcul utilise la méthode de la Valeur-en-Risque (« Value-at-Risk »), conformément à la formule standard ou dans le contexte d'un modèle interne. Toutes les pertes potentielles sur les 12 mois à venir, y compris celles qui découleraient d'une réévaluation défavorable des actifs et passifs, doivent être évaluées. Le capital de solvabilité requis reflète le profil de risque réel de l'entreprise, compte tenu de tous les risques quantifiables, ainsi que l'incidence nette des techniques d'atténuation des risques. Il doit être couvert par un montant au moins équivalent de fonds propres éligibles.

A l'inventaire 2022, le SCR de la mutuelle GSMC est égal à **51 718 K€** (contre 51 791 K€ en 2021) et se décompose comme suit.

	2021	2022
BSCR	47 691 710	46 803 193
SCR opérationnel	4 280 963	4 914 365
Ajustement pour impôts différés	-181 846	-
SCR	51 790 828	51 717 558

Le minimum de capital requis (MCR)

Le minimum de capital requis se calcule par une formule linéaire dépendant des primes et de la meilleure estimation santé. Ce montant doit être compris entre 25% et 45% du SCR et est au minimum égal à 4 000 K€ (minimum absolu pour une mutuelle mixte).

A l'inventaire 2022, le MCR de la mutuelle GSMC est égal à **12 929 K€** (contre 12 948 K€ en 2021) et les différents montants du MCR sont présentés dans le tableau suivant.

Eléments du MCR	2021	2022
MCR linéaire	7 875 911	8 885 882
MCR plafond (45% du SCR)	23 305 873	23 272 901
MCR plancher (25% du SCR)	12 947 707	12 929 390
MCR combiné	12 947 707	12 929 390
Minimum absolu	3 700 000	3 700 000
MCR	12 947 707	12 929 390

Récapitulatif et couverture des exigences

Les couvertures des exigences réglementaires sont présentées ci-après.

	Inventaire 2021	Inventaire 2022
Risque de souscription santé	27 381	34 040
Risque de marché	30 355	20 962
Risque de vie	1 022	1 030
Risque de contrepartie	4 625	6 053
Effet de diversification	-15 691	-15 282
BSCR	47 692	46 803
Risque opérationnel	4 281	4 914
Ajustement pour impôts différés	-182	-
SCR	51 791	51 718
MCR	12 948	12 929
Fonds propres	113 654	90 000
Couverture du SCR	219%	174%
Couverture du MCR	878%	696%

La couverture du SCR à l'inventaire 2022 est de 174%. La baisse de la couverture s'explique par la forte baisse des fonds propres entre les deux exercices due à la diminution de la valeur de marché des fonds d'investissement et des obligations. Le MCR est couvert à presque 700% à l'inventaire 2022.

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.