

MAI 2021

ASSURANCE MUTUELLE DES MOTARDS

// SFCR - exercice 2020 //



SOMMAIRE

1 - LA SYNTHÈSE DU RAPPORT	4
2 - LES ACTIVITÉS ET RÉSULTATS	5
2.1 LA PRÉSENTATION DE L'ASSURANCE MUTUELLE DES MOTARDS	5
2.2 LES ACTIVITÉS	5
2.2.1 Une année marquée par la crise sanitaire	5
2.2.2 L'environnement : marché et accidentologie	6
2.2.3 Le développement des projets continue	6
2.2.4 Une politique RH renforcée	7
2.3 LA STRATÉGIE	7
2.4 LES RÉSULTATS	8
2.4.1 Les résultats de souscription	8
2.4.2. Les autres postes du compte de résultat	9
2.4.3. Les résultats des placements financiers	11
2.4.4. L'analyse financière prospective	14
3 - LES ACTIVITÉS ET RÉSULTATS	15
3.1. LES INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR LE SYSTÈME DE GOUVERNANCE	15
3.1.1. La structure organisationnelle	15
3.1.2. Les Comités	17
3.1.3. Les Commissions permanentes	18
3.1.4. La politique de rémunération des salariés	19
3.2. LES COMPÉTENCES ET HONORABILITÉ	20
3.2.1. L'exigence de compétences et d'honorabilité des dirigeants	20
3.2.2. L'exigence de compétences et d'honorabilité des fonctions clés	20
3.2.3. L'exigence de compétences et d'honorabilité du Conseil d'administration	21
3.3. LE SYSTÈME DE GESTION DES RISQUES	22
3.3.1. La gestion des risques	22
3.3.2. Le Comité interne des risques	22
3.3.3. L'ORSA	23
3.3.4. Le respect du principe de la personne prudente	25
3.4. LE SYSTÈME DE CONTRÔLE INTERNE	26
3.4.1. Le Contrôle interne	26
3.4.2. Les modifications du dispositif de contrôle interne apportées en 2020	28
3.5. LA FONCTION DE VÉRIFICATION DE LA CONFORMITÉ	29
3.6. LA FONCTION D'AUDIT INTERNE	30
3.6.1. La Gouvernance de l'activité	30
3.6.2. Le plan d'Audit Interne	30
3.6.3. Le suivi des recommandations	31

3.7.LA FONCTION ACTUARIELLE	31
3.8.LA FONCTION GESTION DES RISQUES	31
3.9.LE CONTRÔLE DES COMPTES	32
3.10.LA SOUS-TRAITANCE	32
3.10.1. La politique de sous-traitance	32
3.10.2. Les activités critiques et importantes sous-traitées	33
4 - LE PROFIL DE RISQUES	34
4.1.LE PROFIL DE RISQUES	34
4.2.L'EXPOSITION AUX DIFFÉRENTS RISQUES	34
4.2.1. Le risque de souscription	34
4.2.2. Le risque de liquidité	35
4.2.3. Le risque de marché	35
4.2.4. Le risque opérationnel	36
4.2.5. Le risque de contrepartie	36
4.3.LES RÉSULTATS	37
5 - LA VALORISATION À DES FINS DE SOLVABILITÉ	38
5.1. L'ÉVALUATION DES ACTIFS	38
5.1.1. Les actifs financiers en norme Solvabilité 2	38
5.1.2. Les autres actifs	40
5.1.3. Les impôts différés	40
5.1.4. Les provisions techniques	41
5.1.5. La synthèse de la méthodologie du calcul des provisions en normes S 2	43
5.1.6. Les autres passifs	45
6 - LA GESTION DU CAPITAL ET DES BESOINS DE CAPITAL	47
6.1. LES FONDS PROPRES	47
6.1.1. Les fonds propres actuels	47
6.1.2. Les projets en matière de fonds propres	47
6.2. SOLVENCY CAPITAL REQUIREMENT ET MINIMUM CAPITAL REQUIREMENT	48
6.2.1. Les exigences de capital de solvabilité (Solvency Capital Requirement)	48

1 - LA SYNTHÈSE DU RAPPORT

Ce rapport a été validé par le Conseil d'administration lors de sa séance du 6 avril 2021.

En 2020, la Mutuelle des motards n'aura pas fait exception en étant prise de court, comme le reste du monde, par la soudaineté de la pandémie mondiale de la Covid 19. Elle a cependant su s'organiser sans délai pour protéger ses collaborateurs, assurer la continuité de son activité et sa proximité avec les sociétaires. La distanciation physique a conduit la Mutuelle à réinventer sa relation avec ses sociétaires, mais aussi avec ses collaborateurs, grâce à l'adoption de nouveaux modes de travail et d'outils de collaboration et à l'intégration d'un nouveau rapport à l'espace et au temps.

La Mutuelle se sera également adaptée pour maintenir intacte son organisation démocratique et permettre aux Assemblées Régionales qui n'avaient pas pu se tenir en présentiel au printemps d'être réalisées à distance : l'Assemblée Générale, exceptionnellement reportée de juin à septembre, fut également organisée à distance. À cette occasion, le Vice président du Conseil d'Administration a vu son mandat d'Administrateur être renouvelé.

Sur le plan produit, l'année 2020 est l'année du lancement d'une offre de nouvelles mobilités à destination des sociétaires de la Mutuelle (Vélo à Assistance électrique et engins de déplacement personnel motorisés).

Malgré la particularité de l'année 2020, les différents indicateurs commerciaux et financiers restent consistants. Le portefeuille de la Mutuelle compte ainsi 383 627 contrats (en hausse de 5,7 %) ce qui représente un montant de cotisations acquises de 126,9 M€ (soit 9,1 % de plus qu'à fin 2019).

La sinistralité de l'année a certes été améliorée par l'impact positif des confinements sur la fréquence des sinistres de l'exercice de survenance, mais la dégradation de la sinistralité des exercices antérieurs, notamment des années 2018 et 2019, n'a pas permis d'améliorer significativement la sinistralité globale de l'exercice 2020. Le ratio de frais généraux a baissé de 3,7 points à 38,27%. Le résultat financier s'est amélioré en 2020, en particulier du fait de la plus-value dégagée lors de la vente de la seconde partie de l'ancien siège de la Mutuelle. Au final, le résultat net s'élève à 1 073 K€

Au cours de l'année 2020, le montant de fonds propres en normes Solvabilité 2 a progressé de 3,3 M€ (soit 4,5 %) pour s'établir à 76,1 M€. Cette hausse est la résultante d'une hausse du nombre de sociétaires et du résultat positif de l'exercice 2020. L'augmentation du SCR n'étant pas totalement compensée par la hausse des fonds propres, ceci conduit à une baisse du ratio de Solvabilité qui passe de 138 % fin 2019 à 136 % fin 2020.

Compte tenu de la constance dans les produits assurés, dans les répartitions et natures d'actifs investis, dans le dispositif de réassurance, dans l'environnement économique et de manière plus générale dans le fonctionnement et l'organisation interne, le profil de risque de la Mutuelle est resté pratiquement stable entre 2019 et 2020. Dans un souci d'amélioration permanente, la Mutuelle continue par ailleurs, d'enrichir et de faire évoluer son système de gestion des risques et de Contrôle interne pour le rendre plus efficace.

2 - LES ACTIVITÉS ET RÉSULTATS

2.1 LA PRÉSENTATION DE L'ASSURANCE MUTUELLE DES MOTARDS

L'Assurance Mutuelle Des Motards (AMDM – numéro Siret 328 538 335 00824) est une société d'assurance mutuelle à cotisations variables, sans intermédiaire, régie par le code des assurances dont le siège social est installé au 270 impasse Adam Smith, CS 10100, 34479 PÉROLS CEDEX. La Mutuelle est enregistrée sous le numéro d'agrément 0465 04 04 auprès de l'ACPR.

La création de la Mutuelle est l'aboutissement d'un mouvement motard massif, déclenché dans les années 80 contre la vignette moto et les tarifs exorbitants appliqués par les assureurs à cette époque. Ce mouvement spontané donne naissance à la Fédération Française des Motards en Colère (FFMC) puis à la Mutuelle des Motards.

Pour cela, la Mutuelle s'est distinguée dès le début en tenant compte de la spécificité des machines assurées et de la vulnérabilité du conducteur de 2-roues dans la conception de son offre.

Forte de sa connaissance de ce marché et de son statut de leader technique de l'assurance deux-roues, la Mutuelle conçoit et propose des offres d'assurance « prévention comprise » destinées aux conducteurs de 2-roues, quel que soit leur âge, leur expérience, leur type de moto et les usages.

Le capital social initial de la Mutuelle provient de la souscription personnelle de 40 000 motards. Il est depuis régulièrement renforcé par les droits d'adhésion des nouveaux sociétaires et par l'incorporation des résultats annuels.

La Mutuelle compte aujourd'hui plus de 265 000 sociétaires. Elle assure des produits 2/3-roues, auto et des EDPM et VAE (depuis 2020) qui sont distribués soit directement à travers son réseau (bureau ou plateforme téléphonique), soit par l'intermédiaire de courtiers ou de partenaires. Elle distribue également des produits Multi-Risques Habitation assurés par une autre mutuelle d'assurances (AGPM). A fin décembre 2020, la Mutuelle emploie 463 salariés.

2.2 LES ACTIVITÉS

2.2.1. Une année marquée par la crise sanitaire

Les deux confinements liés à la pandémie de la Covid 19 marqueront les esprits pour l'année 2020. Alors que le marché de l'assurance du 2 et 3RM était promis à une année record, avec un dynamisme important dès les premiers mois de l'année, celui-ci a connu coup d'arrêt pratiquement total au cours du deuxième trimestre avant de redémarrer très fortement par effet de rattrapage dès la sortie du premier confinement avec des résultats exceptionnels sur les mois estivaux.

Durant cette période, la Mutuelle a continué à s'adapter son organisation, à s'interroger sur la fiabilité de ses process, à développer ses actions afin d'assurer la continuité de son activité et la proximité avec ses Sociétaires, tout en préservant et protégeant au mieux ses collaborateurs.

Par ailleurs, durant les premiers mois de crise sanitaire, la Mutuelle a également participé, à la hauteur de ses moyens et dans l'esprit de ses valeurs, à des actions de soutien et de solidarité (mobilisation pour accompagner ses sociétaires, qu'ils soient particuliers ou professionnels, grâce à des mesures solidaires, en termes d'adaptation de garanties, de prestations de services, d'informations, de mise en relation et avec la création d'une plateforme de solidarité motarde) et contribution au Fonds de solidarité mis en place par les pouvoirs publics en faveur des TPE et des indépendants pour les secteurs particulièrement touchés par les conséquences économiques, financières et sociales du virus de la Covid-19.

Cette mesure de soutien aux TPE et indépendants est venue s'ajouter au prolongement des garanties des contrats des entreprises et sociétaires en difficulté en cas de retard de paiement suite à la pandémie.

2.2.2 L'environnement : marché et accidentologie

Face à cette conjoncture inédite, le marché du 2 et 3 roues à moteur a démontré sa solidité, en opposition avec le marché automobile qui s'est, de son côté, écroulé de 25,5 %.

Le marché du 2RM avait commencé une année 2020 sur les chapeaux de roues et a particulièrement bénéficié du redémarrage de la consommation, à la sortie du 1er confinement. Les outils de mobilité individuels ont littéralement explosé. Que ce soit les vélos, les nouveaux véhicules électriques individuels (trottinettes ...) ou les 2 et 3RM neufs, les volumes de transactions ont été dynamiques créant des pénuries dans les commerces et des délais de réception allongés.

Ainsi le marché du 2RM termine l'année à un niveau équivalent à celui de 2019. L'occasion est le segment le plus dynamique puisque le marché est en progression de +1,1 % vs 2019 et ce, malgré la situation de crise sanitaire. Le segment du neuf, quant à lui, ne réussit pas à retrouver le niveau de 2019, mais son retard est relativement limité.

Il est important de rappeler que 2019 avait été une année de croissance conséquente pour le marché du 2RM, notamment des ventes de gros cubes neufs.

Les différentes phases de confinement et le souhait du gouvernement de recourir autant que possible au télétravail a entraîné une diminution sensible du trafic routier.

2.2.3 Le développement des projets continue

Le plan des projets a, selon toute évidence, été marqué par la crise sanitaire sachant que dès le début du 1^{er} confinement, les efforts internes ont été réorientés pour :

- garantir le maintien de l'activité de la Mutuelle en déployant rapidement les outils nécessaires au travail à distance pour l'ensemble des salariés ;
- maintenir les travaux liés à l'échéance 2020,
- informer et communiquer avec les sociétaires en adaptant l'espace perso et le site internet de la Mutuelle.

Les projets prioritaires ont néanmoins été poursuivis :

a) Prima claims

Depuis le premier avril 2019, le nouveau système de souscription et de gestion des contrats (Prima Policy) est ouvert à l'ensemble des utilisateurs internes et externes.

En 2020, les travaux de développement, de recette et de formation concernant la partie gestion des indemnités (Prima Claims) se sont poursuivis. Depuis le 19 janvier 2021, une partie des nouveaux sinistres matériels de la Mutuelle est gérée dans ce nouvel outil.

b) Offre nouvelles mobilités

Les offres d'assurance concernant les véhicules terrestres à moteur sont en pleine évolution dans un contexte où l'usage des nouvelles mobilités, déjà en plein essor, s'est encore accéléré avec la crise sanitaire.

Fin 2020, la Mutuelle a lancé un nouveau produit pour ses sociétaires particuliers. Cette offre concerne les engins de déplacement motorisé (e-trottinette / hoverboard / gyroroue / gyropode / e-skatebord) et les vélos à assistance électrique.

Aujourd'hui ouverte aux seuls sociétaires, cette offre aura vocation à s'étendre à terme à tous nos prospects.

c) L'« AXE », un projet majeur dans la qualité de prise en charge de nos sociétaires accidentés

Au-delà de la simple délivrance de la garantie SAVE¹, la Mutuelle accompagne ses sociétaires accidentés sur tous les plans. Le projet « l'Axe Accompagnement » lancé fin 2019, a pris son envol en 2020 : l'objectif est d'assurer un

...

¹ Save (Soutien et Accompagnement des Victimes de la route et de leur entourage) est une garantie qui permet de proposer aux victimes d'accident et aux proches un accompagnement en bénéficiant de prestations en nature (soutien psychologique, accompagnement administratif, accompagnement professionnel, aide à l'aménagement du cadre de vie, ...) en complément des indemnités pécuniaires qui peuvent leur être allouées

...

déploiement progressif d'ici 2024 pour réaliser un Accompagnement Global et Personnalisé (humain, et juridique) pour le plus grand nombre de sociétaires.

2.2.4. Une politique RH renforcée

Au cours de cette année marquée par une crise sanitaire mondiale, le facteur humain a plus que jamais été le cœur de notre préoccupation.

Ainsi, dans ce contexte inédit, la préservation de la santé et de la sécurité des acteurs de la Mutuelle a constitué une priorité de tous les instants et nous a conduits à faire sans cesse preuve d'agilité dans une démarche d'adaptation et d'amélioration continue. De même, la Mutuelle a fait le choix de préserver, autant que possible, la situation sociale des salariés et donc de faire face non seulement aux enjeux sanitaires mais aussi économiques. La Mutuelle a mis en place et articulé les dispositifs suivants :

- des canaux de communication dédiés pour faciliter les échanges directs des salariés avec la DRH dans le cadre de la crise sanitaire ;
- des Espaces d'écoute psychologique 24h/24 et 7j/7 ;
- des Appuis RH&QVT sur sollicitations et en forte proximité des managers ;
- un retour progressif des salariés avec une phase de test grandeur nature comptant près de 100 volontaires ;
- un Accompagnement renforcé des salariés vulnérables avec le concours de la Médecine du travail ;
- des Baromètres de reprise d'activité lors du déconfinement des mois de mai et juin ;
- des Sensibilisations et formations COVID19 (accompagnement à la reprise du travail sur sites, informations sur le protocole sanitaire, intervention de l'Association Secours Infirmiers) pour les salariés et les secouristes sauveteurs du travail...

Les deux confinements sanitaires ayant bousculé les pratiques professionnelles, le travail à distance a constitué dès mars 2020 une solution immédiate qui a permis une gestion en mode dégradé.

Pour maintenir un niveau d'activité normal, grâce notamment aux retours d'expérience des équipes, aux investissements en moyens informatiques et à la mobilisation simultanée des équipes DSIAM, DRH&QVT et des managers, cette solution a été transformée à l'automne en « télétravail crise sanitaire » pour les postes et les situations individuelles qui le permettaient.

Les besoins d'adaptation réguliers pour faire face aux évolutions des obligations et des restrictions ont fait l'objet d'une concertation sociale soutenue et permanente, avec les représentants du personnel.

2.3. LA STRATÉGIE

La dynamique de transformation de la Mutuelle est engagée depuis 2014. Après la définition de la stratégie, le renforcement de l'organisation, le développement de nouveaux territoires vers les professionnels et les particuliers, la construction de son nouveau siège, le développement des outils de tarification en ligne et la refonte de son système de gestion, la Mutuelle travaille désormais à faire évoluer sa présence locale et adapter ses points de rencontre avec les motards.

Si l'année 2020 aura indubitablement marquée la trajectoire et le plan projets de la Mutuelle, la stratégie demeure inchangée : l'ambition reste de doubler ses parts de marché du 2-3 RM sur la période 2014-2024, tout en respectant les valeurs de solidarité et de liberté. Il s'agit de disposer d'une part de marché cohérente, avec notre position de référent technique mais aussi de garantir la pérennité et l'indépendance de la Mutuelle.

Au regard de cette ambition, 3 axes stratégiques majeurs continuent d'être déployés :

- faire évoluer le modèle de développement, en étant au plus près des motards, de leurs besoins et usages ;
- être plus efficace et améliorer la qualité, la relation et la satisfaction sociétaire en faisant différemment, forts de sa singularité ;
- développer et nourrir l'image de marque et la notoriété pour être incontournable et être en première place en termes de réputation.

...

2.4. LES RÉSULTATS

Le résultat de la Mutuelle se décompose comme suit :

En K€	2020	2019	Variation 2020/2019
Primes nettes	113 245	103 615	9 630
Produits des placements	3 855	3 080	775
Autres produits techniques	1 283	1 356	-73
Charges des sinistres	-77 425	-69 905	-7 520
Variation des autres provisions techniques	976	-2 091	3 067
Frais d'acquisition et d'administration	-35 114	-34 799	-315
Autres charges techniques	-4 271	-4 147	-124
RÉSULTAT TECHNIQUE	2 548	-2 893	5 441
Produits des placements	6 450	5 483	967
Charge des placements	-1 158	-1 141	-17
Produits des placements transférés	-3 855	-3 080	-775
Autres produits non techniques	3	32	-29
Autres charges non techniques	-14	-23	9
Résultat exceptionnel	-2 060	-259	-1 801
Intéressement, participation, abondement	-863	-30	-833
Taxes boni mali	-97	0	-97
Impôts	118	1312	-1 194
RÉSULTAT DE L'EXERCICE	1 073	-599	672

2.4.1. Les résultats de souscription

a) Les sociétaires

Le nombre de sociétaires et le nombre de contrats par sociétaire se présentent de la manière suivante :

	Fin 2020	Fin 2019	Variation 2020/2019
Nombre de sociétaires	265 917	253 271	+ 5,0 %
Nombre de contrats par sociétaire	1,44	1,43	+ 1,0 %

Au cours de l'année 2020, le nombre de sociétaires est en hausse (+5 %) et le nombre de contrats par sociétaire progresse de 1 %.

b) Les contrats

Par catégorie de contrats, les variations sont les suivantes :

Contrats en cours	Fin 2020	Fin 2019	Variation 2020/2019
Moto	328 984	311 241	5,7 %
Cyclo	24 792	23 090	7,4 %
Auto	29 851	28 476	4,8 %
Total	383 627	362 807	5,7 %

Tout type de contrats confondus, le portefeuille progresse de 5,7 % en 2020.

Par ailleurs, 11 144 contrats MRH ont été souscrits par la Mutuelle en 2020 pour le compte de l'AGPM dans le cadre d'un partenariat.

c) Les cotisations

Les cotisations acquises de l'année 2020 sont de 126,898 millions d'euros, en augmentation de 9,1 % par rapport à celles de l'exercice précédent. La tendance haussière des cotisations acquises en 2019 (+8,9 %) se poursuit en 2020 (hausse de +9,1 %).

2.4.2. Les autres postes du compte de résultat**a) La gestion sinistres**

Deux indicateurs permettent de suivre et d'évaluer les sinistres :

- La fréquence qui montre le rapport entre le nombre de dossiers sinistres ouverts par contrat et le nombre moyen de contrats souscrits.
- Le rapport sinistres sur cotisations (S/C) qui exprime le rapport entre la charge sinistres et le chiffre d'affaires.

• Les fréquences

	Fin 2020	Fin 2019	Variation 2020/2019
Moto	3,08 %	4,20 %	- 26,67 %
Cyclo	7,11 %	9,25 %	- 23,14 %
Auto	6,46 %	8,68 %	- 25,58 %

La fréquence des sinistres est en forte baisse d'environ 25 % entre les exercices 2019 et 2020. Cette baisse qui concerne toutes les catégories de contrats, et notamment la moto (-26,67 %) s'explique principalement par les périodes de confinements liées à la crise sanitaire.

• La charge sinistres nette de réassurance par famille de contrats :

Les évaluations des sinistres ont été effectuées conformément aux règles habituelles de prudence.

En k€	TOTAL
COTISATIONS ACQUISES	126 898
SINISTRES ANNÉE DE SURVENANCE 2020 - Montant de la charge	62 844
Rapport S/C 2020	50 %
Rapport S/C 2019	60 %
BONIS SUR EXERCICES ANTÉRIEURS	
Montant des bonis(-) malis(+) dégagés	4 345
Rapport bonis / malis 2020	3 %
Rapport bonis / malis 2019	-2 %
CHARGES SINISTRES TOTALES	
Montant de la charge	67 189
Rapport S/C 2020	53 %
Rapport S/C 2019	58 %

b) Les provisions techniques**La provision pour abandons sur avances sur recours futurs :**

Le solde des avances sur recours corporels (dans le cadre de la procédure Indemnisation Recours Corporels Automatique IRCA) au 31 décembre 2020 s'élève à 12,236 M€, montant en hausse de 5,6 % par rapport à fin 2019 (11,589 M€).

Le solde des avances sur recours matériels au 31 décembre 2020 s'élève à 2,163 M€, montant en hausse de 12,7 % par rapport à fin 2019 (1,919 M€).

La charge restante des abandons de recours (corporels et matériels) est calculée « à l'ultime ». Par la différence entre cette charge ultime et la charge comptable constatée, une provision est constatée au 31 décembre 2020 et s'élève à un montant de 6,662 millions d'euros contre une provision de 6,076 M€ au 31 décembre 2019, soit une dotation de provision de 0,585 M€.

c) La réassurance**Les sinistres importants :**

Les sinistres les plus importants indemnisés par la Mutuelle sont relatifs à la garantie « responsabilité civile corporelle ». L'analyse des sinistres RC Corporelle dont le montant est supérieur à 152 k€ des deux derniers exercices de survenance est retracée dans le tableau ci-dessous :

En k€	2020	2019	2019 vue au 31/12/2020
Nombre de sinistres	17	20	34
Charge sinistres brute	13 462	27 794	29 351
Participation réassureurs	-6 019	-16 183	-12 038
Charge sinistres nette	7 443	11 611	17 313
Cotisation acquise de l'exercice	126 898	116 307	116 307
S/C brut	10,61%	23,9 %	25,24%
S/C net	5,87%	10,0 %	14,89%

d) Les frais généraux

Calculé à partir des charges par destination, son évolution est la suivante :

Ratio de frais généraux	2020		2019	
	En %	En k€	En %	En k€
Par rapport aux cotisations brutes	38,27%	48 568	42,01%	48 863
- frais de gestion sinistres	8,04%	10 197	9,43%	10 968
- frais d'acquisition	13,49%	17 116	13,81%	16 060
- frais d'administration	13,47%	17 094	15,30%	17 799
- autres charges techniques	3,28%	4 161	3,47%	4 035

Sur l'exercice 2020, le ratio de frais généraux passe en dessous de 40 % en diminution de 3,74 points. Cette diminution reflète la stratégie de maîtrise des frais généraux dans un contexte de forte croissance commerciale, initiée depuis plusieurs années, mais également l'impact « positif » sur certaines composantes des frais généraux de la crise sanitaire de 2020 (limitation des frais de déplacement, diminution ou annulation d'évènements).

e) Le résultat exceptionnel

Le résultat exceptionnel laisse apparaître une perte de 2 060 k€. Cette charge correspond principalement à la constitution provision pour risques (1 849 k€) et à la mise au rebus de certaines dépenses de développement informatique (260 k€).

f) L'intéressement et la participation aux bénéfices

Conformément aux termes de l'accord signé avec le Comité d'entreprise le 26 juin 2019 et compte tenu du résultat 2020, l'intéressement (y compris forfait social) atteint 863 k€ au titre de l'exercice 2020.

g) Les impôts

Depuis le 1^{er} janvier 1994, la Mutuelle relève du régime de droit commun (article 206-1 du CGI) et les excédents sont ainsi soumis à l'impôt sur les sociétés.

Les différents crédits d'impôts obtenus par la Mutuelle comptabilisés en 2020 s'élèvent à 207 k€, principalement au titre du crédit impôt recherche (150 k€), du crédit d'impôt mécénat (51 k€) et crédit d'impôt famille (44 k€), ainsi qu'à une reprise du crédit d'impôt recherche de 2019 (- 40 k€).

Le résultat comptable, avant impôt sur les sociétés, est un bénéfice de 1 073 k€.

Le résultat fiscal de l'exercice 2020 est également bénéficiaire et a généré un impôt société de 88 € ainsi que le déclenchement d'une taxe sur les excédents des compagnies d'assurance (boni-mali) de 97 k€.

2.4.3. Les résultats des placements financiers**a) La stratégie financière**

La stratégie générale de placement est mise en œuvre par la Direction générale de la Mutuelle selon les orientations données par le Conseil d'administration.

Son objectif principal est d'assurer un rendement durable au portefeuille en limitant au maximum les prises de risques. Les titres en portefeuille sont détenus dans une intention de conservation.

Les placements de la Mutuelle sont de trois types :

- les valeurs mobilières
- les valeurs immobilières
- les participations

Les valeurs mobilières

Ces valeurs sont réparties en deux poches.

- **Le portefeuille géré sous mandat par OFI Asset Management**

La gestion de ce portefeuille s'effectue dans le cadre d'un mandat accordé à OFI Asset Management. Les orientations de gestion de ce portefeuille sont définies en Comité financier.

Ce Comité trimestriel, suit l'évolution des marchés, les perspectives d'évolution, les résultats du portefeuille à date et leurs projections sur l'exercice complet (vision comptable et financière), les besoins et contraintes de la Mutuelle et les arbitrages nécessaires : le même type de suivi est réalisé mensuellement entre OFI Asset Management et la Direction Finance et Risques de la Mutuelle.

Le Comité financier définit par ailleurs le profil de placement auquel le mandat de gestion doit se conformer.

Au 31 décembre 2020 les limites de risques sont restées inchangées :

	Tranche d'exposition	Exposition moyenne recommandée
Exposition au risque actions	De 5 % à 15 %	10,0 %
Exposition au risque taux et crédits	De 70 % à 90 %	80,0 %
Placements courts termes	De 0 % à 20 %	10,0 %

Ce portefeuille se compose de valeurs mobilières (uniquement de l'obligataire « entreprises » au 31/12/2020) et de parts d'OPC (fonds actions, fonds obligataires, fonds mixtes, fonds d'infrastructure, fonds indiciaires,...).

Les contraintes d'investissement (rating) sur les obligations (en valeur de marché) en direct sont les mêmes qu'en 2019 :

Devise	100% euro (pas de risque de change)
Géographique	Émetteur OCDE
Notation	-Investment Grade (i.e. de AAA à BBB-) de 80 % à 100 % -High Yield (limité de BB+ à BB-) et Non Rated de 0 % à 20 %
Sensibilité moyenne	entre 0 et 8

Les contraintes d'investissement concernant les OPC restent également les mêmes (en valeur de marché) :

Devise	100 % libellés en euro (les sous-jacents pouvant être en devises)
OPC investissables	issus de la buy-list constituée par l'équipe d'analyse SGP & OPC d'OFI AM

Pour l'ensemble du portefeuille, la stratégie de gestion est restée globalement inchangée au cours de l'exercice 2020.

Le portefeuille est investi sur des actifs résolument peu complexes. Un peu de diversification est apportée de façon mesurée en investissant dans des OPC (fonds diversifiés, obligataires, infrastructure, ...) avec pour objectif d'augmenter un peu le rendement de la poche d'obligations détenues en direct.

- **La Trésorerie gérée directement par la Mutuelle**

Les placements liés au plan de trésorerie sont investis par le Responsable du Service Comptabilité générale sous l'autorité du Directeur Finances et risques auprès de nos partenaires bancaires (comptes sur livret, DAT).

Les valeurs immobilières

Le parc immobilier est composé uniquement d'immeubles d'exploitation (agences, ancien siège social et SAS Mutopia, qui détient le siège social à Pérols).

La stratégie de la Mutuelle est d'investir dans les villes ayant un potentiel de développement sur le marché 2/3 RM conséquent, afin de participer au maillage du territoire français pour son réseau.

Les participations

Les structures, dans lesquelles la Mutuelle a des participations et joue un rôle actif, appartiennent ou œuvrent au sein de l'Économie Sociale. L'intérêt de la Mutuelle dans ces structures est de deux sortes :

- les structures réalisant des prestations de services correspondant aux besoins de nos sociétaires,
- les structures jouant un rôle de relais et de promotion auprès du grand public correspondant à la volonté d'ouverture de la Mutuelle.

Ces participations ne représentent pas un montant significatif rapporté à la taille de notre bilan.

b) Le rendement financier

L'année 2020 a été marquée par l'instabilité sur les marchés financiers. La crise sanitaire liée au Coronavirus a pesé sur l'Économie mondiale et entraîné une forte incertitude. Le mois de mars a connu un véritable krach boursier, avec une baisse du CAC 40 de plus de 30% en quelques jours. A contrario, la fin 2020 a vu les marchés se reprendre de façon presque aussi spectaculaire, le CAC 40 ne perdant au final « que » 8% sur l'année. Dans ce même contexte les taux et spreads, après avoir connu une forte tension en mars, sont retombés à des niveaux historiquement bas (L'échéance du 10 ans sur l'OAT finit l'année à - 0.34% et le Bund allemand à -0,57%...).

Le rendement financier Total Return du portefeuille s'établit ainsi à 1,90 % en 2020 contre 5,03 % en 2019 (année de forte valorisation des marchés après la correction de fin 2018).

Les plus-values latentes du portefeuille de valeurs mobilières sont en baisse.

c) Le résultat comptable

En 2020, les placements financiers ont apporté 5,292 M€ de produits financiers (soit un rendement comptable de 2,65 %). Ils se décomposent de la manière ci-dessous :

En k€	2020	2019	Variation 2020/2019
Revenus nets (dividendes + coupons)	+ 2 525	+ 2 651	- 4,8 %
Plus-values réalisées	+ 3 595	+ 2 747	+ 30,9 %
Moins-values réalisées	- 380	- 530	- 28,3 %
Frais de gestion des placements et charges financières	- 448	- 527	- 15,0 %
TOTAL	+ 5 292 ⁽¹⁾	+ 4 341 ⁽²⁾	+ 21,9 %

(1) Soit 4,17% des cotisations acquises / (2) Soit 3,73% des cotisations acquises

Le résultat comptable des placements financiers est en amélioration par rapport à l'exercice 2019 (4,341 M€), malgré des taux durablement bas, grâce à la vente de l'ancien siège social de la Mutuelle.

d) Les provisions pour dépréciation

Au 31 décembre 2020, le calcul effectué sur les lignes d'OPCVM en moins-value nettes latentes ne présente pas les caractéristiques d'une dépréciation à caractère durable. Dans ce contexte, aucune provision pour dépréciation à caractère durable n'a donc été constatée en fin d'exercice. De même aucune dépréciation n'est nécessaire sur le portefeuille obligataire.

e) L'évaluation des immeubles

Conformément à la réglementation en vigueur, la Mutuelle a fait réaliser une expertise immobilière quinquennale de l'ensemble de ses immeubles en 2020.

Au 31 décembre 2020, tous les immeubles après dotation de provision sur les bâtiments les plus récents sont en plus-values latentes. Ces plus-values s'élèvent à 4,767 M€.

f) Les filiales et participations

L'ensemble des filiales et des participations de la Mutuelle est récapitulé dans le tableau suivant :

En milliers d'euros	CAPITAL	Réserve et report à nouveau	Quote-part capital détenu	Valeur comptable des titres		Prêts et avances consentis	Chiffre d'affaires HT du dernier exercice coulé	Bénéfice ou perte du dernier exercice clos
				Brute	Nette			
Filiales :								
SARL Les Éditions de la FFMC	32	- 1062	50 %	2	0	27	3 275	73
SASU LCDM	40	166	100 %	40	40	3	4 064	7
SASU Securider	10	- 1	100 %	10	10	0	4	- 1
SASU Mtopia Construction	228	42	100 %	3 206	3 206	17 302	1 353	122
Participation de 10% à 20 %								
Néant								
Participation de 5% à 10%								
Liberty Rider	2	- 1 157	7,01 %	249	0	0	909	- 375
Participation inférieure à 5%								
SOCRAM	70 000	139 434	0,74 %	710	710	0	53 920	5 586
MATMUT Protection Juridique	7 500	17 193	0,50 %	37	37	0	53 826	9 872
IMA	36 148	32 666	0,53 %	400	400	0	16	693
IMA GIE	3 548	338	0,11 %	4	4	0	554 494	0
OFI Partenaire	10 000	5 481	2,00 %	329	329	0	0	4 582
Crédit Coopératif part A	nc	nc	nc	0	0	0	nc	nc
Crédit Coopératif part B	nc	nc	nc	22	22	0	nc	nc
Total des titres de participations				5 009	4 758			

Les informations financières sont celles de l'exercice 2019, sauf pour la SASU LCDM, la SASU MUTOPIA et la SASU SECURIDER pour lesquelles ce sont celles de l'exercice 2020.

La SASU Le Courtier Du Motard

La Mutuelle a créé le 1^{er} septembre 2009 « Le Courtier Du Motard » (LCDM), société de courtage 100 % captive de la Mutuelle dont la forme juridique est une SASU au capital de 40 k€. Cette structure juridique constitue un canal de distribution complémentaire de notre offre de contrats 2 RM. Cette structure fait l'objet d'une intégration fiscale avec la Mutuelle.

L'exercice 2020 se clôture sur un excédent de 7 k€.

2.4.4. L'analyse financière prospective

Ces études (stochastique et déterministes) sont mise en place pour observer si sur une période de 5 ans le portefeuille d'actifs financier de la Mutuelle permet d'obtenir les revenus attendus sur la période, tout en maintenant un matelas de plus-values latentes.

a) L'étude stochastique

Une analyse sur la performance du portefeuille sur cinq ans est réalisée lors de chaque début d'exercice. Elle est réalisée au 1^{er} trimestre 2021 pour la période 2020-2024, en collaboration avec OFI Asset Management, à partir de l'ensemble des éléments composant le portefeuille de valeurs mobilières et immobilières au 31 décembre de l'année N-1 et des évolutions prévisibles.

Cette étude s'effectue grâce au logiciel de modélisation et d'analyse Shaman édité par la société Fractales : la projection ligne à ligne du portefeuille est réalisée, sur une nappe de 1 000 scénarios prospectifs.

➔ Ces éléments permettent de déterminer les éléments suivants :

- ▶ le niveau de plus-value latente à la fin de chaque année observée ;
- ▶ une value at risk shortfall à 95 % : il s'agit d'identifier les résultats concernant le 950^{ème} scénario le plus défavorable. Ce résultat est calculé en actualisant la somme des écarts annuels négatifs de revenus face à la cible de chaque année ;
- ▶ un expected shortfall conditionnel : il s'agit d'observer la moyenne des montants totaux de revenu manquant pour les 5 % de scénarios n'atteignant l'objectif en termes de revenus ;
- ▶ la probabilité de shortfall : cela correspond à la probabilité que l'un des scénarios connaisse au moins 1 année avec une insuffisance de revenus sur la période observée.

b) L'étude déterministe

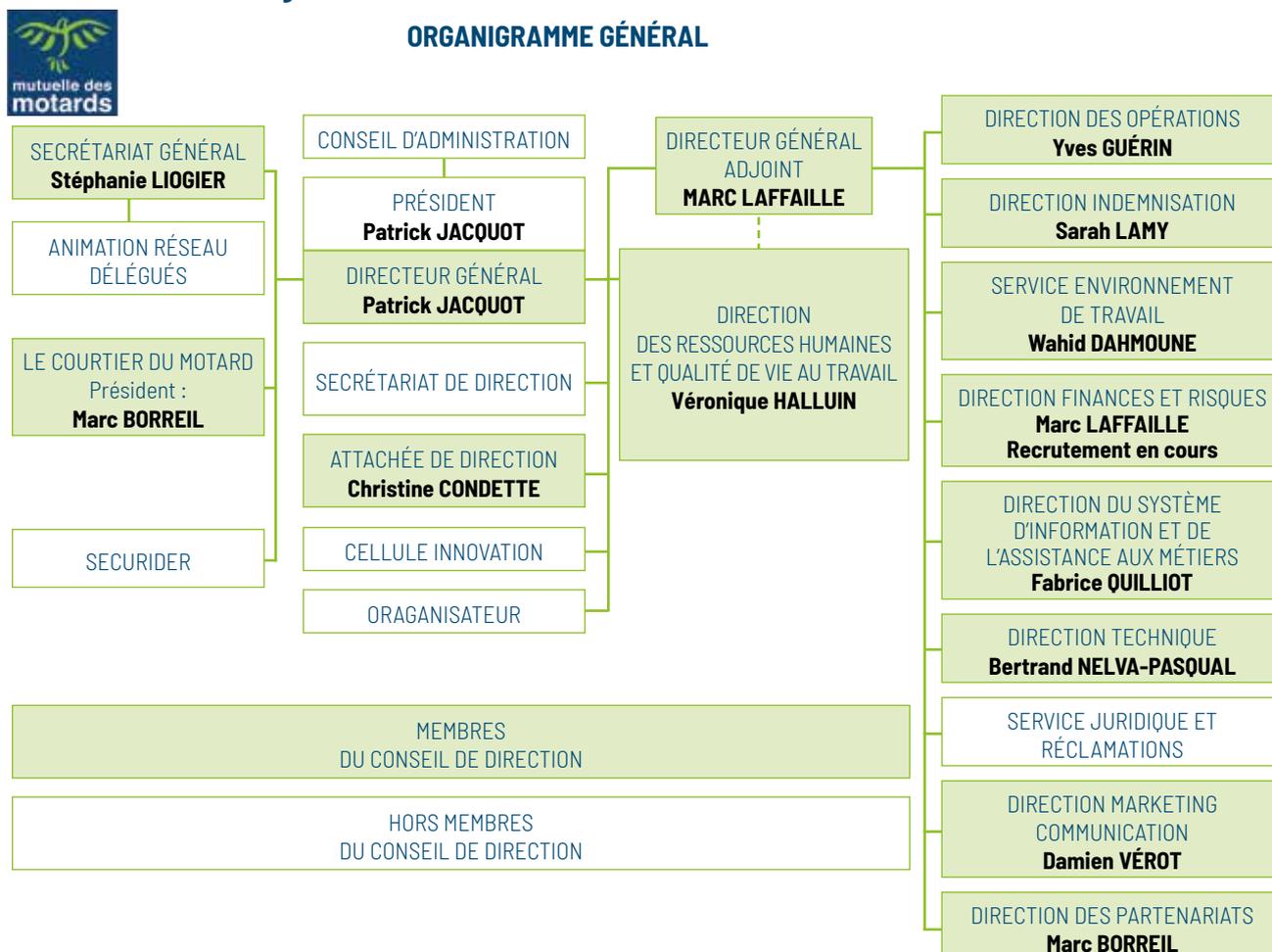
Une analyse complémentaire déterministe est réalisée par OFI Asset Management en complément de l'étude stochastique présentée ci-dessus. Il s'agit de simuler 3 scénarios (1 centrale et 2 alternatifs) à partir d'un consensus de projection macro économique.

Les résultats de cette étude pour 2021 n'ont pas encore été réactualisés.

3 - LES ACTIVITÉS ET RÉSULTATS

3.1 LES INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR LE SYSTÈME DE GOUVERNANCE

3.1.1 La structure organisationnelle



L'administration de la société est confiée à un Conseil d'administration. La Direction générale est assumée sous le contrôle du Conseil d'administration et, dans le cadre des orientations arrêtées par ce dernier. L'entreprise est gouvernée selon ses statuts, portés à la connaissance de chaque sociétaire.

L'Assemblée générale est constituée par des représentants des sociétaires sur la base d'un représentant pour la première tranche de 500 à 1 000 sociétaires et un représentant supplémentaire par fraction de 1 000 sociétaires au-delà de la première tranche. Ces représentants sont choisis en Assemblée régionale par les sociétaires présents, dont on sait qu'ils représentent environ 1 % du sociétariat.

Cette Assemblée est renouvelée tous les ans et chaque représentant est élu pour une durée qui court à compter de la convocation de la plus proche Assemblée générale annuelle suivant leur élection, jusqu'à la convocation de la seconde Assemblée générale annuelle suivant leur élection. Chaque année, le Président s'adresse à une nouvelle Assemblée dont il suppose que, constituée par des sociétaires motards, les sociétaires représentés le seront dans l'état d'esprit de la création de la Mutuelle.

Cette Assemblée élit le Conseil d'administration.

L'organisation mise en place au sein du Conseil d'administration de la Mutuelle permet à cette instance dirigeante d'exercer pleinement le mandat que ses membres tiennent de l'Assemblée générale, mandat de dirigeants de l'entreprise, en suivant à intervalles réguliers la mise en œuvre effective des directives qu'il émet. Le Conseil d'administration s'est doté, pour son fonctionnement, d'un règlement intérieur qui lui est propre.

La Direction générale est confiée au Président du Conseil d'administration depuis 2001. Actuellement, le Président du Conseil d'administration assume, en tant que mandataire social unique, la Direction générale, avec l'appui d'une fonction de Directeur Général adjoint. Tous les deux sont dirigeants effectifs de l'entreprise.

Le Président Directeur Général définit, avec le Conseil d'administration, la stratégie globale de la Mutuelle. Il est l'interlocuteur permanent auprès des pouvoirs publics, de la Fédération Française de l'Assurance (FFA) et de l'Association des Assureurs Mutualistes (AAM) dans le but de défendre l'engagement du projet de la Mutuelle en faveur de la prévention des risques routiers pour les usagers de deux roues motorisés. Il porte aussi l'engagement sociétal de l'entreprise auprès des principaux acteurs politiques, tant au niveau régional que national, il représente la Mutuelle au sein du Mouvement FFMC, où il participe activement aux différentes instances décisionnaires.

Le Directeur Général adjoint dispose d'un domaine de compétence et de pouvoirs suffisamment larges sur les activités et les risques de l'entreprise pour exercer son rôle dans les meilleures conditions, il dirige l'ensemble des activités de la Mutuelle et supervise l'exécution de la stratégie en s'appuyant sur les membres du Conseil de direction, composé de toutes les grandes fonctions de la Mutuelle.

Le Secrétariat général est un organe administratif chargé d'assurer le bon fonctionnement et la régularité de l'action du Conseil d'administration, relevant de l'autorité du Président. Il assure un ensemble de tâches indispensables à la gouvernance.

Le Secrétaire Général conseille sur les choix et la façon de les communiquer, s'assure de l'exécution et de l'information de toutes les résolutions du Conseil d'administration et participe à l'élaboration de la stratégie de l'entreprise. Il assure la coordination entre le Président du Conseil d'administration et les organisations de l'entreprise, les structures FFMC et les partenaires politiques. Il organise avec le Président du Conseil d'administration les commissions de travail du Conseil d'administration et participe à leurs réflexions. Il recueille l'information pour le Conseil d'administration afin de faciliter la prise de décisions. Il organise avec le Président les assemblées statutaires et gère l'ensemble des conséquences.

Le Conseil de direction est constitué de Directeurs, de Responsables de Département ou de Service, directement rattachés à la Direction générale. Il se réunit tous les quinze jours sur convocation de la Direction générale. Les membres du Conseil de Direction alimentent les réflexions stratégiques, déclinent et mettent en œuvre les objectifs stratégiques et opérationnels.

Le Conseil d'administration compte quinze membres, dont deux administrateurs élus par les salariés.

Au 31/12/2020 le Conseil d'administration est au complet.

Les statuts prévoient au minimum 5 administrateurs et au maximum 18.

Les administrateurs sont élus par l'Assemblée générale ordinaire des sociétaires pour une durée de 6 ans.

Le Conseil a élu, parmi ses membres, un Président et deux Vice-présidents nommés pour une durée qui ne peut excéder celle de leur mandat d'administrateur. Les Vice-présidents assistent le Président Directeur Général par une disponibilité renforcée dans les éventuels cas d'une première approche des questions urgentes.

Le Conseil d'administration est guidé dans toutes ses décisions par le respect des intérêts des sociétaires. Dépositaire de la stratégie à long terme de l'entreprise, le Conseil d'administration fixe les grandes lignes de la politique de l'entreprise, détermine les orientations de l'activité et veille à leur mise en œuvre par la structure technique. La condition de réussite de cette mise en œuvre passe par le respect et la mobilisation des salariés.

Le Conseil d'administration donne mandat à des sociétaires appelés délégués bénévoles, chargés dans le cadre statutaire de le représenter auprès des sociétaires et des militants de la FFMC.

Les fonctions d'administrateur sont bénévoles. L'Assemblée générale ordinaire 2017 a décidé d'autoriser le Conseil d'administration à allouer des indemnités aux membres du Conseil d'administration pour leur participation aux comités ou commissions, dans la limite totale de 45 000 € par an.

Les modalités d'indemnisation, validées par le Conseil d'administration du 18/07/2017 sont les suivantes :

- 1 000 € brut pour l'administrateur Président par Commission ou Comité,
- 700 € brut pour les administrateurs membres par Commission ou Comité.

Les délégués bénévoles, mandataires mutualistes, sont nommés en séance de Conseil après avis favorable du Comité de recrutement mis en place en 2008 pour gérer les candidatures.

Ces délégués interviennent lors des réunions et rencontres, organisées par eux-mêmes ou par d'autres intervenants du monde motard, au cours de l'année et en dehors des Assemblées régionales de la Mutuelle, telles que les Conseils de région de la FFMC.

Enfin, ils participent au séminaire annuel des délégués bénévoles, dédié à leur rôle et leurs missions, aux côtés du Conseil d'administration.

Parallèlement, les délégués transmettent au Conseil toute information qui leur paraît utile au travail des administrateurs. Par ailleurs, un délégué est invité à chaque séance du Conseil d'administration, afin que les travaux de celui-ci soient enrichis de l'éclairage apporté par les délégués porteurs d'informations émanant tant du monde motard en général que du sociétariat en particulier.

3.1.2. Les comités

a) Le Comité d'audit

Le Comité est composé de 4 membres :

- trois administrateurs, nommés par le Conseil d'administration. La durée du mandat des administrateurs membres du Comité d'audit est fixée sur la durée de leur mandat d'administrateur restant à courir, renouvelable une fois ;
- une personne extérieure, choisie par le Conseil d'administration sur présentation d'un des membres du Conseil et sur des critères d'indépendance et de compétence financière ;
- il a été renouvelé en 2018 suite à deux démissions de ses membres.

Le Conseil d'administration désigne également le Président du Comité d'audit parmi les trois administrateurs membres du Comité d'audit. Le Président du Conseil d'administration ne peut être membre du Comité.

Le Comité a la charge de produire des avis et/ou des recommandations au Conseil d'administration. Il assure le suivi des questions relatives à l'élaboration et au contrôle des informations comptables et financières. Plus particulièrement, il assure le suivi :

- du processus d'élaboration de l'information financière ;
- de l'efficacité des systèmes de contrôle interne et de gestion des risques ;
- de la conformité ;
- du contrôle légal des comptes annuels et, le cas échéant des comptes consolidés ;
- de l'indépendance des Commissaires aux comptes, et émet une recommandation pour la nomination des Commissaires aux comptes.

Le Comité d'audit tient un minimum de 2 réunions par an (une lors de l'arrêt des comptes et une autre plus orientée gestion des risques, contrôle interne et conformité). Le Commissaire aux comptes est convié à chaque réunion du Comité d'audit.

b) Le Comité financier

Le Comité financier de la Mutuelle est composé du :

- Directeur Général,
- Directeur Général Adjoint
- Secrétaire général,
- Directeur Finances et risques,
- Trois administrateurs, dont deux élus par les sociétaires et un élu par les salariés,
- Un conseil extérieur (expert-comptable),
- Des représentants d'OFI Asset Management.

Ce Comité se réunit 3 fois par an aux fins d'analyser l'évolution des marchés, décider du maintien ou de la redéfinition de l'allocation cible souhaitée, préciser les besoins et contraintes de la Mutuelle à respecter, étudier les résultats du portefeuille à date, la projection des résultats comptables et financiers de l'exercice et mettre en avant les

arbitrages éventuels nécessaires.

La politique d'investissement est élaborée par le Comité financier à partir des orientations du Conseil d'administration. Les administrateurs élus par les sociétaires qui composent ce comité sont renouvelés tous les trois.

Le Comité financier définit notamment le profil de placement auquel le mandat de gestion géré par OFI Asset Management doit se conformer (correspondant à la partie long terme des actifs de la Mutuelle) et veille à la correcte déclinaison de la stratégie financière définie par le Conseil d'administration.

c) Le Comité de recrutement des délégués bénévoles

Ce Comité est créé pour proposer les sociétaires, candidats délégués qu'il aura retenus, au Conseil d'administration et éclairer la prise de décision des administrateurs.

Les propositions de candidatures des sociétaires s'inscrivent dans la stratégie générale qui est de produire une plus grande proximité avec l'ensemble des sociétaires, avec les motards dans leur environnement, en s'appuyant au plan local sur les antennes FFMC. Des critères de sélection sont définis pour permettre d'évaluer la candidature.

Le Comité est décisionnaire des candidatures qu'il soumet à l'avis du Conseil d'administration, lequel est seul habilité à donner mandat à un sociétaire au cours de la séance qui suit la tenue du Comité. Le mandat est ensuite confirmé ou pas par le Conseil d'administration à la fin du parcours d'intégration des personnes concernées.

Le Comité est piloté et animé par le président du Comité, élu pour une durée maximum de six ans parmi les administrateurs candidats, lors de la première séance du Conseil d'administration qui suit l'Assemblée générale.

Il est également composé :

- d'un membre du Conseil d'administration élu lors de la première séance du Conseil d'administration qui suit l'Assemblée générale, pour une durée maximum de 3 ans ;
- de deux délégués bénévoles élus au Séminaire annuel des délégués par les délégués présents pour 2 ans ;
- du responsable du Service Animation du réseau des délégués qui en est membre permanent. Il peut déléguer sa participation à un coordinateur du réseau bénévole en accord avec le Secrétaire général.

Le Comité se réunit au moins une fois par an si le nombre de candidats est suffisant (minimum de 4).

3.1.3. Les Commissions permanentes

Le Conseil d'administration a mis en place 4 Commissions permanentes, sans que ce nombre soit fixé de manière immuable :

- la Commission communication,
- la Commission délégations bénévoles,
- la Commission technique,
- la Commission politique indemnisation.

Leur rôle est d'éclairer, par un avis consultatif préalable à la décision, le Conseil d'administration sur les sujets dont elles ont la charge et de lui apporter la connaissance et l'évaluation de la politique, des outils et des résultats des pratiques mises en œuvre dans ses métiers par l'entreprise.

Ces Commissions traduisent l'implication du Conseil et de la professionnalisation de ses méthodes de travail dans un contexte de forte évolution tant de la réglementation que des pratiques de notre secteur d'activité, et de la nécessité de confrontation entre l'orientation politique et la mise en œuvre technique de celle-ci.

Elles sont intégrées dans le processus de décision comme lieu d'étude et d'analyse des propositions de réflexion ou d'aide à la décision qui seront soumises au Conseil d'administration.

Elles constituent un organe de référence, mais n'ont pas de pouvoir décisionnel.

Elles sont animées, chacune, par un Président de commission, administrateur à titre qualifié, élu pour 6 ans accompagné

de deux administrateurs, élus pour 3 ans et de membres permanents, salariés, délégués bénévoles. Les commissions se tiennent en présence de la Direction générale. Elles peuvent s'entourer d'experts internes ou externes.

Chaque commission se réunit entre 2 et 3 fois par an. Le Conseil d'administration est informé de l'avancée des travaux par un compte-rendu et les préconisations sont soumises à sa validation sous la responsabilité du Président de la commission.

3.1.4. La politique de rémunération des salariés

Cette politique est applicable à tous les salariés, notamment :

- ▶ aux dirigeants effectifs salariés de la Mutuelle,
- ▶ aux personnes qui assurent les fonctions clés telles que définies par la réglementation, soit :
 - la fonction Actuarielle,
 - la fonction Audit interne,
 - la fonction de Gestion des risques,
 - la fonction de Vérification de la conformité.

Le processus budgétaire de la Mutuelle :

Les charges de personnel font l'objet d'une première évaluation dans le plan stratégique.

Les propositions de mesures salariales globales déterminées par le Directeur général sont soumises chaque année au Conseil d'administration dans le cadre du processus budgétaire.

le budget prend en compte :

- la part allouée aux augmentations, qu'elles relèvent d'un pourcentage dédié aux augmentations individuelles ou aux augmentations générales ;
- la variation de la prime d'expérience versée aux employés uniquement ;
- les évolutions liées à l'ancienneté éventuelle ;
- l'accompagnement de la mobilité professionnelle ;
- les dispositifs d'intéressement et de participation.

Objectif poursuivi par la politique :

La Mutuelle met en œuvre une politique de rémunération conforme à ses principes d'équité, de responsabilité, de respect des pratiques de place et de sécurité (elle ne doit pas avoir d'incidence sur le profil de risque de la Mutuelle).

Le cadre général est en ligne avec :

- la stratégie commerciale générale ;
- la politique de risques et les limites de tolérance aux risques ;
- le système de gouvernance.

Ce qui inclut la gestion des éventuels conflits d'intérêts :

- pour les individus qui élaborent la politique de rémunération et qui l'approuvent et la révisent ;
- pour ceux qui sont rémunérés pour vendre ou souscrire de nouveaux contrats significatifs qui peuvent impacter le profil de risque de l'entreprise.

La présente politique est appliquée à toutes les personnes de la Mutuelle.

Il convient de souligner que :

- ▶ le système de rémunération ne comporte aucune distribution d'actions ou d'instruments adossés à des actions ;
- ▶ les membres du Conseil d'administration sont indemnisés dans le cadre de leur présence et implication dans les commissions et comités. L'allocation de ces indemnités est approuvée par l'Assemblée générale dans la limite d'un budget annuel proposé, au préalable, par le Conseil d'administration, lequel est révisable tous les ans.
- ▶ les jetons de présence, reçus au titre des mandats dépendant de la fonction de mandataire social, sont entièrement versés à la Mutuelle.

3.2 LES COMPÉTENCES ET HONORABILITÉ

3.2.1 L'exigence de compétences et d'honorabilité des dirigeants

Les Dirigeants effectifs sont nommés par le Conseil d'administration, qui identifie et évalue les compétences des candidats.

Le Conseil d'administration a la responsabilité de nomination et cessation des dirigeants effectifs dont il supervise l'action.

L'exercice de la direction effective suppose de remplir les conditions suivantes :

- capacité réelle à traiter tous les sujets affectant l'organisme ;
- participation aux décisions ;
- disponibilité suffisante.

Le PDG et le DGA de la Mutuelle occupent ses fonctions de dirigeant effectif aujourd'hui.

La fonction clé de vérification de la conformité reporte tous les ans au Conseil d'administration des informations sur la mise en œuvre de cette politique et sur les évaluations réalisées.

Dans le cas de l'évolution des missions ou de leur contexte économique, réglementaire ou social, la Direction des Ressources Humaines s'assure de la mise en place d'actions de formation adaptées aux nouveaux besoins.

Les Dirigeants effectifs doivent reporter, sans délai, au Conseil d'administration tout changement dans leur situation qui pourrait affecter leur conformité aux exigences de Compétence et Honorabilité (conflit d'intérêt, faillite, condamnation...).

3.2.2. L'exigence de compétences et d'honorabilité des fonctions clés

Les personnes occupant les fonctions-clés sont nommées par le Directeur général de la Mutuelle, sur proposition de la Direction des Ressources Humaines, qui identifie et évalue les compétences des candidats.

La Direction des Ressources Humaines est garante de la définition des compétences recherchées, et des recrutements effectués pour couvrir les fonctions-clés.

Ces nominations sont réalisées en regard des compétences et expériences des candidats au sein de la Mutuelle.

Dans le cas d'une nomination d'un candidat externe, une évaluation des compétences et d'honorabilité est systématique et fait l'objet d'un rapport remis au Directeur général. C'est par le croisement des qualifications, expériences, et entretiens avec les experts du domaine que la candidature est au final validée. Dans certains cas, un mandat de recherche peut être délégué afin de satisfaire aux exigences requises par la fonction.

L'évaluation des compétences tient compte des différentes tâches confiées à l'ensemble des personnes assurant les fonctions-clés, afin d'assurer une diversité de qualifications, de connaissances et d'expériences propre à garantir une gestion et une supervision professionnelles de l'entreprise.

Cette appréciation individuelle tient compte des pré-requis nécessaires à l'exercice des fonctions-clés, tels que, selon les missions assurées :

- l'assurance et les marchés financiers ;
- la stratégie de l'entreprise et le modèle économique ;
- le système de gouvernance ;
- l'analyse financière et actuarielle ;
- le cadre et les exigences réglementaires.

Dans la suite de l'appréciation portée lors du recrutement, l'évaluation annuelle effectuée par le hiérarchique auquel est rattachée la fonction-clé permet d'évaluer et de suivre l'exercice de la compétence des membres des fonctions-clés dans le cadre de leur activité : il est réalisé en tenant compte de la diversité des missions confiées, des qualifications et des connaissances et expériences mobilisées.

À tout moment, lorsqu'il est constaté un manquement aux obligations légales mettant en risque la Mutuelle, ou lorsqu'il y a des raisons de croire :

- que la fonction-clé peut amener l'entreprise sur une voie non-conforme à la législation applicable ;
- que la fonction-clé peut augmenter le risque de criminalité financière, par exemple, le blanchiment d'argent ou le financement du terrorisme ;
- que la gestion saine et prudente de l'activité de l'entreprise est en risque.

La Direction des ressources humaines a la responsabilité d'intervenir : elle vérifie les éléments d'alerte et en prend les mesures prévues dans de tels cas par les différents textes applicables. Elle prend pour cela en considération s'il s'agit de manquements flagrants, graves, répétés, ou d'une simple erreur isolée du collaborateur.

Les personnes occupant les fonctions-clés doivent reporter, sans délai, au Directeur général tout changement dans leur situation qui pourrait affecter leur conformité aux exigences de Compétence et Honorabilité.

3.2.3. L'exigence de compétences et d'honorabilité du Conseil d'administration

L'administrateur élu par l'Assemblée générale des sociétaires représente l'ensemble des sociétaires et agit dans l'intérêt social de l'entreprise.

Pour donner tout son sens au processus de désignation des administrateurs par les sociétaires, ces derniers doivent disposer de tous les éléments d'information utiles à leur choix : les dates de début et d'expiration du mandat de chaque administrateur et par conséquent l'échelonnement des mandats par référence aux statuts de la Mutuelle, ainsi que les renseignements suivants concernant toute candidature : âge, principales fonctions exercées, mandats détenus dans d'autres sociétés, capacité à adhérer aux principes et valeurs défendus par la Mutuelle, disponibilité et motivations.

Pour tenir au mieux son rôle, l'administrateur doit être en mesure d'examiner la pertinence des orientations qui lui sont proposées et de challenger les orientations proposées avant de les valider.

Pour cela, il doit :

- appréhender le contexte macro et micro économique dans lequel évoluent les Mutuelles ;
- renforcer ses connaissances sur toutes les disciplines de gestion, au travers de formations qui lui sont proposées pendant toute la durée de son mandat, (stratégie, finance, marketing) ;
- savoir travailler efficacement et collectivement tant au sein du Conseil d'administration qu'en relation avec les structures techniques des Mutuelles.

De manière personnelle, l'administrateur fait ses meilleurs efforts pour exercer son mandat et promouvoir la Mutuelle avec le plus grand soin, dans le respect des principes du Gouvernement d'entreprise, en conformité avec les textes de lois et règlements en vigueur.

3.3 LE SYSTÈME DE GESTION DES RISQUES

3.3.1. La gestion des risques

Le système de gestion des risques de la Mutuelle tient compte de l'ensemble des typologies de risques auxquels elle est confrontée (techniques assurance, financiers, contrepartie, opérationnels, conformité, stratégie, pilotage et environnement).

La cartographie des risques Top Down constitue l'outil permettant d'identifier et d'évaluer les grands risques auxquels chaque activité de la Mutuelle est exposée, ainsi que les dispositifs de maîtrise associés : elle est élaborée et actualisée en collaboration entre le Service Gestion des risques et les différentes Directions à partir des sources d'informations disponibles et des systèmes de mesure existants.

Le système de gestion de risques fait intervenir, en premier lieu, le Conseil d'administration qui se charge de prendre connaissance, directement ou par l'intermédiaire du Comité d'audit, des dispositifs en place et d'approuver les renforcements nécessaires.

Les Directions et Départements de la Mutuelle, sous l'autorité de la Direction générale, mettent, quant à eux en œuvre, les dispositifs qu'ils estiment indispensables à l'encadrement de leurs risques y compris la rédaction des politiques de risques associées à leur activité (validées par le Conseil d'administration) et le cas échéant, les demandes de renforcement jugées nécessaires par le Comité d'audit ou le Conseil d'administration.

Pour mener à bien ses orientations stratégiques et sécuriser la réalisation de ses objectifs, la Mutuelle s'est fixée un référentiel d'appétence aux risques qui s'articule autour de sa solvabilité financière.

Le 30/11/2018, le Conseil d'administration s'est prononcé et a validé, à l'aide d'études et simulations réalisées en interne, l'indicateur et les niveaux d'appétence aux risques.

L'indicateur de mesure de cette appétence est représenté par le ratio de couverture en normes Solvabilité 2 (rapport entre les fonds propres éligibles Solvabilité 2 et le Capital de Solvabilité Requis). Plusieurs niveaux d'appétence aux risques ont ainsi été définis :

- **niveau 1** : ce niveau correspond à une zone de confort pour laquelle aucune mesure particulière n'est nécessaire ;
- **niveau 2** : il s'agit d'une zone de surveillance à l'intérieur de laquelle la Mutuelle analyse les événements significatifs pouvant avoir un impact négatif sur la solvabilité et leur conséquence ;
- **niveau 3** : ce niveau correspond à la zone d'alerte à l'intérieur de laquelle la Mutuelle analyse de manière détaillée les mesures de contingences possibles et définit la solution à mettre en œuvre pour éviter d'entrer en situation de défaut de solvabilité réglementaire.

Cet indicateur, qui a vocation à exprimer une appétence aux risques, se complète dans l'absolu du suivi d'autres éléments (par exemple, ratio S/C, ratio combiné, taux de frais généraux, résultats de réassurance, résultat global, ...) pour permettre un pilotage opérationnel de la Mutuelle.

Dans sa globalité, le ratio de couverture peut faire l'objet d'un suivi une à deux fois par an lors de l'actualisation de l'ORSA ou de l'exercice budgétaire. Par ailleurs, cet indicateur qui est le résultat de la relation entre les fonds propres et la somme des différents SCR (souscription non vie, marché, ...), peut être segmenté en sous ensemble de SCR (par exemple, le SCR marché peut être divisé en SCR action, taux, spread, ...) dans un objectif de suivi plus régulier.

3.3.2. Le Comité interne des risques

Depuis le 4^{ème} trimestre 2018, la Mutuelle s'est dotée d'un Comité interne des risques. Il est composé de manière permanente par les 4 Responsables de fonctions clés (Actuariat, Audit, Conformité, Risques) et le Responsable du Service Gestion des risques, tandis que le Président Directeur Général et le Directeur Général Adjoint en sont, si nécessaire, des invités occasionnels.

Il est prévu que ce Comité se réunisse 3 à 4 fois par an pour échanger et planifier les différents programmes de travail

qui participent à l'amélioration de la gestion des risques, du contrôle interne, et du contrôle de la conformité : en 2020, le Comité interne des risques s'est réuni 4 fois.

Ce Comité permet également d'évoquer les points de vigilance, les difficultés rencontrées ou les anomalies identifiées en matière d'environnement de risques, de conformité ou de contrôle interne pour convenir des solutions nécessaires adaptées.

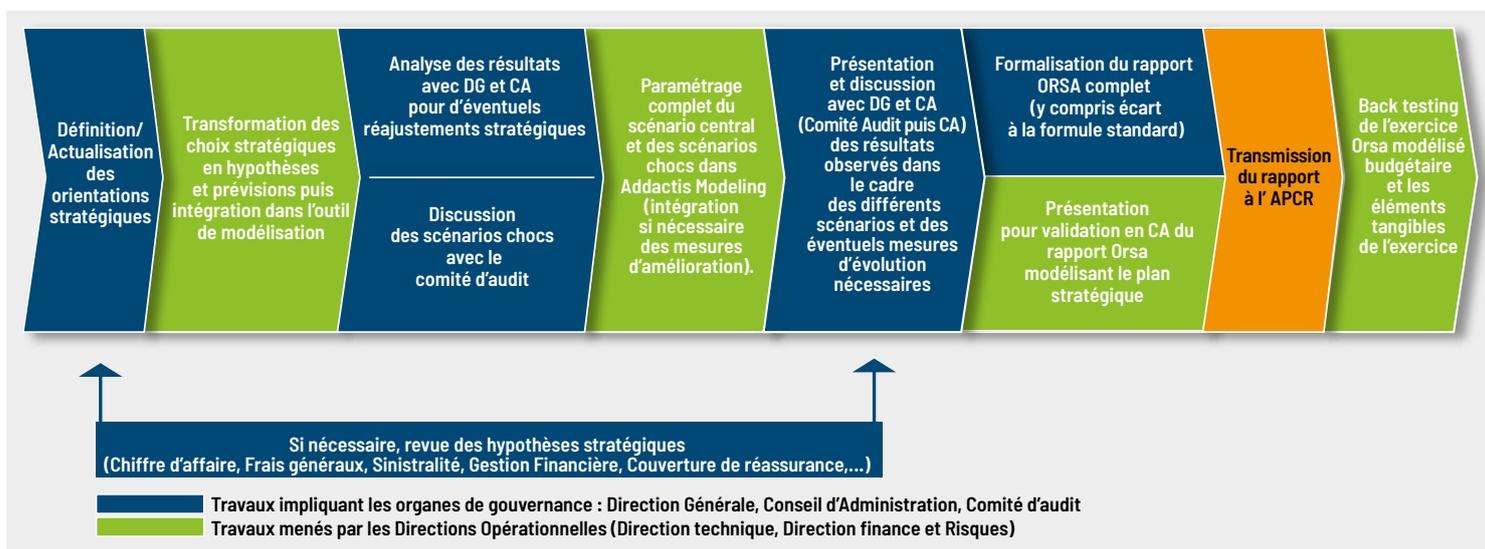
Par ailleurs, le Comité interne des risques joue un rôle en matière de sous-traitance puisqu'il sert à analyser les prestations auxquelles la Mutuelle fait appel dans le cadre de son activité et, à définir si elles sont de caractère important ou critique au sens Solvabilité 2 pour qu'elles soient validées comme telles par la Direction Générale et le Conseil d'Administration de la Mutuelle et qu'une information soit transmise à l'ACPR.

3.3.3. L'ORSA

La Mutuelle a mis en place un processus prospectif qu'est l'ORSA, pour procéder à trois évaluations :

- le besoin global de solvabilité, compte tenu du profil de risques spécifiques, des limites de tolérance aux risques approuvées et de la stratégie commerciale de l'entreprise ;
- le respect permanent des exigences de couverture en termes de capital requis (SCR² et MCR³) et des exigences relatives au calcul des provisions techniques ;
- la mesure des écarts significatifs entre le profil de risque réel de la mutuelle et les hypothèses prises en compte dans la modélisation de la Solvabilité (formule standard pour la Mutuelle).

Le processus ORSA peut donner lieu à des préconisations ou des actions concrètes visant par exemple à améliorer le système de gestion des risques, optimiser la gestion du capital et la rentabilité ou encore questionner la stratégie.



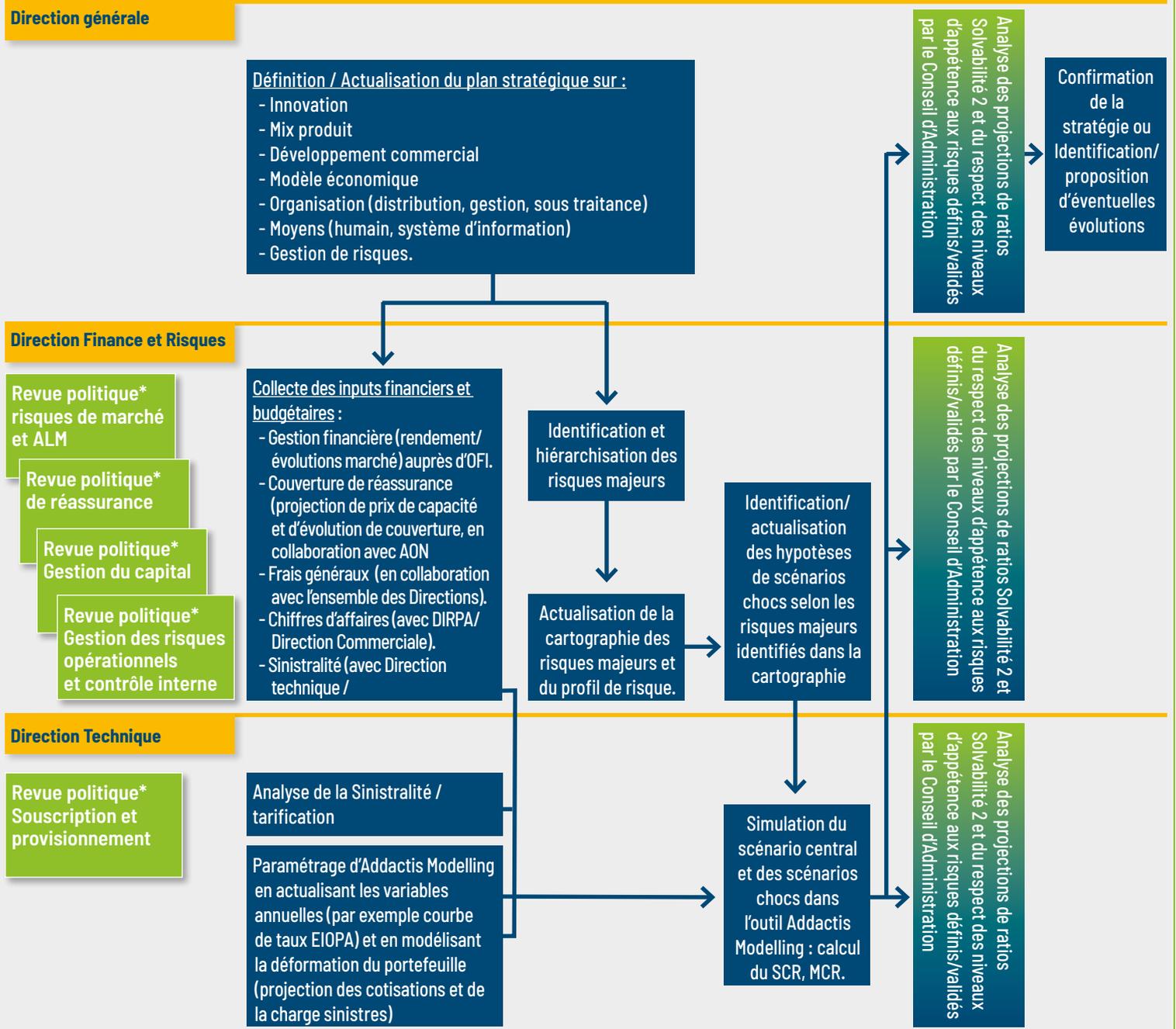
Le processus de réalisation opérationnelle de l'ORSA peut être formalisé dans un schéma qui détaille le rôle et la responsabilité de chacun au sein de la Mutuelle :

Schéma page suivante -->>

² Solvency Capital Requirement (Capital de Solvabilité Requis).

³ Minimum Capital Requirement (Minimum de Capital Requis).

Processus de réalisation opérationnelle de l'ORSA



* Rédigée par les Directions et validée par la Direction Générale puis le Conseil d'Administration

Il existe deux types d'ORSA :

- ▶ l'ORSA considéré comme régulier à réaliser au moins une fois par an ;
- ▶ l'ORSA exceptionnel à réaliser dès lors que le profil de risques ou l'environnement de la Mutuelle évolue ou peut évoluer de manière conséquente :
 - en cas de développement d'une nouvelle activité ou d'un nouveau produit qui modifierait le profil de risques ;
 - en cas de stratégie agressive de baisse des tarifs ;
 - en cas de modification importante dans la structure d'allocation d'actifs ;
 - en cas de modification de la couverture de réassurance ;
 - en cas de changement significatif en termes de souscription et d'acceptation du risque assuré.

Le Conseil d'Administration peut également demander la réalisation d'un ORSA exceptionnel pour obtenir un éclairage lorsqu'une décision stratégique est envisagée : il s'agira de simuler à cette occasion l'impact de la décision sur l'état des risques de l'entreprise et sur sa capacité à y faire face.

La fonction clé Gestion des Risques est responsable de la mise en œuvre du processus ORSA. Les modalités détaillées d'exercice de l'ORSA sont définies dans une politique actualisée et validée pour la dernière fois en décembre 2020.

La méthodologie :

Afin d'évaluer la capacité de l'organisme à couvrir ses exigences réglementaires de manière permanente, la Mutuelle effectue une projection de son activité en transcrivant les décisions stratégiques dans les hypothèses de sa trajectoire financière sur un horizon de 5 ans en comptant l'année en cours où l'ORSA est réalisé.

Cette projection est effectuée dans le cas d'un scénario dit central et en testant plusieurs scénarios de stress. Les projections reposent sur la continuité d'un certain nombre de facteurs comme la politique de réassurance, ou sur une évolution conforme à la stratégie définie par le Conseil d'administration.

Les références utilisées reposent sur plusieurs années antérieures. Les facteurs ainsi projetés sont utilisés pour alimenter l'outil prospectif ORSA qui permet d'obtenir les valeurs estimées futures des indicateurs ORSA sur les 5 prochaines années.

Pour ses travaux ORSA, la Mutuelle utilise un outil déterministe développé par les équipes de l'Actuariat de la Mutuelle depuis 2005. Cet outil initialement construit pour évaluer l'équilibre économique des contrats (affaires nouvelles et portefeuille) a été adapté dans le temps pour les travaux budgétaires annuels.

L'outil construit permet de réaliser des projections sur 10 ans ; dans le cadre des travaux ORSA, l'horizon de projections est limité à 5 années compte tenu des incertitudes très fortes qui existent sur les hypothèses au-delà de 5 ans.

En 2015, la Mutuelle s'est dotée de l'outil de modélisation Addactis Modeling qui lui permet de calculer de façon précise les composantes du SCR (souscription non-vie, marché, contrepartie, opérationnel, ...) et le bilan prudentiel. Cet outil intègre un modèle ALM permettant de projeter l'actif et le passif de façon dynamique en fonction de scénarios de risques. Les spécificités du compte de résultat de la Mutuelle des Motards ont été développées dans l'outil par la Direction Technique.

C'est également la Direction Technique qui importe dans l'outil d'Addactis les données de modélisation des contrats (affaires nouvelles, stock, ...), les composantes du portefeuille d'actif, les éléments de sinistralité, etc selon les éléments qui lui sont fournis.

Le dispositif ORSA modélise, à chaque pas de projection et pour chaque scénario, le compte de résultat et le bilan en normes françaises. La projection en vision prudentielle est effectuée selon une approche déterministe.

Les principes de modélisation retenus pour les travaux ORSA sont précisés dans une documentation disponible à la Direction Technique : cette documentation fait l'objet d'actualisation régulière et ponctuelle en fonction des évolutions réalisées (une mise à jour profonde a été à ce titre réalisée par Addactis entre le dernier trimestre 2020 et le premier trimestre 2021).

La validation du rapport par le Conseil d'administration

Le dernier rapport ORSA a été approuvé par le Conseil d'administration en décembre 2020.

Les conclusions, recommandations et plans d'actions

Dans le scénario central de l'ORSA, avec les mesures tarifaires sur le portefeuille et les affaires nouvelles appliquées à partir de 2021, l'AMDM montre sa capacité à satisfaire aux obligations en termes de ratio de solvabilité. Sur la période de projection entre 2021 et 2024, nos anticipations d'évolution du ratio de couverture se situent au-dessus du niveau d'alerte de 120% fixé par le Conseil d'Administration (entre 122 et 132 % suivant les années) mais sans dynamique d'amélioration. Il sera nécessaire, dans ce contexte et afin de faire progresser le niveau de Solvabilité pour l'amener dans une zone de sécurité (la cible reste au-delà de 150 %), de poursuivre les travaux initiés.

3.3.4. Le respect du principe de la personne prudente

Le respect du principe de la personne prudente est garanti par :

- la validation des orientations budgétaires par le Conseil d'administration ;
- la validation par l'analyse prospective de ces orientations sur le moyen terme (5 ans) ;
- le profil de risque de l'allocation tactique choisit par le Comité financier ;
- le suivi et les contrôles réguliers effectués par le Comité financier.

Les investissements réalisés respectent ce principe comme présenté au paragraphe a) du point 2.3.3 (Stratégie financière).

3.4 LE SYSTÈME DE CONTRÔLE INTERNE

3.4.1 Le contrôle interne

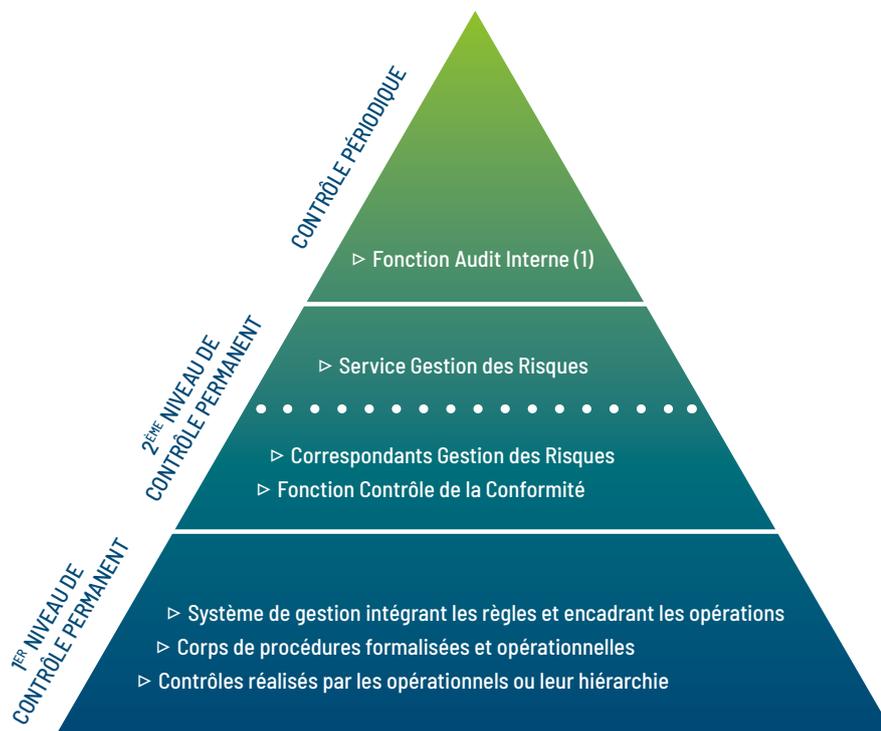
Le dispositif de contrôle interne doit permettre de sécuriser et fiabiliser les activités opérationnelles de la Mutuelle et leur enregistrement comptable et financier en encadrant, maîtrisant et contrôlant les opérations réalisées et les risques auxquels elle est exposée.

Il est applicable à l'ensemble des activités et structures qui composent le périmètre de contrôle interne (Assurance Mutuelle Des Motards et ses filiales détenues à 100 % comme par exemple Le Courtier Du Motard).

Il implique l'ensemble des acteurs selon les principes suivants :

- le Conseil d'administration définit l'appétence aux risques et l'orientation stratégique en matière de contrôle interne (le Comité d'audit se charge de suivre ce qui est fait dans ce domaine et il en rend compte au Conseil d'administration) ;
- la Direction générale est responsable de l'organisation et de la mise en œuvre du contrôle interne ;
- l'ensemble des collaborateurs se charge de participer à la mise en œuvre.

L'organisation du dispositif en place s'articule sur 3 niveaux de contrôle dont 2 niveaux de contrôle permanent et un niveau de contrôle périodique.



(1) Pilotage de la fonction en interne et réalisation de missions par des cabinets externes

3.4.1.1. Le premier niveau de contrôle permanent

Ce premier niveau de contrôle permanent s'appuie sur 3 grands principes :

- ▶ Le système de gestion informatique encadre les opérations en structurant et limitant les actions possibles. La Mutuelle est actuellement engagée dans un projet de changement de son système Informatique central qui reprend, a minima à l'identique, les fonctionnalités de son précédent système : la souscription est migrée et fonctionne sur le nouveau système informatique depuis avril 2019, tandis que la gestion des sinistres débutera début 2021 sur le nouveau système avec une gestion en Run off des sinistres ouverts dans l'ancien système ;
- ▶ Les règles et contraintes de gestion applicables aux activités sont formalisées dans des corps de procédures internes à la Mutuelle et accessibles par les opérateurs : ce formalisme couvre notamment les activités de souscription (notamment guide souscription), la gestion des sinistres (portail documentaire qui regroupe entre

autres les guides de gestion, d'indemnisation et de provisionnement), l'encaissement recouvrement, ... Étant donné que la Mutuelle est actuellement engagée dans le changement de son système informatique de gestion, certaines documentations sont devenues obsolètes et font actuellement l'objet d'une actualisation ;

- ▶ Des contrôles sont menés par les opérateurs et/ou leurs hiérarchies sur les opérations réalisées. Selon les activités, la réalisation des contrôles et le niveau de formalisation du résultat de ces contrôles peut être inégal en termes de qualité et d'opérationnalité mais des travaux d'amélioration permanente continuent d'être menés pour favoriser le renforcement du dispositif.

3.4.1.2. Le deuxième niveau de contrôle permanent

Ce niveau de contrôle est articulé autour du dispositif suivant :

Les Correspondants « gestion des risques et contrôle interne » sont les interlocuteurs du Service Gestion des risques au sein des différentes activités qui composent la Mutuelle (au total, 16 collaborateurs de la Mutuelle sont identifiés comme tels).

Au sein des entités opérationnelles, ils sont chargés de transmettre au Service Gestion des risques, selon un format prédéfini, les éléments de reporting concernant les contrôles réalisés (selon le format défini), ainsi que l'analyse quantitative et qualitative de ce contrôle (éléments observés, origine des anomalies, axes d'amélioration à mettre en œuvre, ...). Ils se chargent par ailleurs d'alimenter la base « incident opérationnelle » pour l'activité qu'ils représentent.

L'animation du réseau de correspondant Gestion des Risques se fait via des réunions régulières organisées par le Service Gestion des risques : elle doit permettre d'enrichir la culture globale de la Mutuelle en matière de contrôle interne et de gestion des risques. Compte tenu de la Pandémie Covid 19, ce réseau n'a pu se réunir qu'une seule fois au cours de l'exercice 2020.

Lors de cette réunion, les thèmes suivants ont été abordés :

- le Plan de Continuité des Activités ;
- la cartographie des Risques opérationnels ;
- le bilan de collecte des incidents opérationnels et retour d'expérience des utilisateurs.

L'activité de contrôle de la conformité qui est intégrée au Service Juridique et réclamations doit permettre d'assurer la mise en place de l'environnement et des dispositifs de conformité au sein de la Mutuelle. Le périmètre d'intervention et d'action de cette fonction est décrit plus en détail dans le paragraphe 3.5 de ce document.

Le Service Gestion des risques se charge de piloter et de faire évoluer l'ensemble du dispositif de contrôle permanent qu'il soit de premier ou de second niveau (Correspondants gestion de risques et contrôle interne, et fonction de vérification de la conformité).

Dans ce cadre, il a pour mission de :

- ▶ Animer le réseau de Correspondants de gestion des risques et Contrôle Interne et de mettre en place les outils permettant de formaliser les résultats de contrôle ;
- ▶ S'assurer de l'exhaustivité des contrôles existants face aux risques identifiés (cartographies des risques opérationnels et contrôles associés) ;
- ▶ S'assurer de la réalisation effective des contrôles prévus et d'analyser la traçabilité et l'exploitabilité du résultat de ces contrôles ;
- ▶ Vérifier l'efficacité du dispositif en testant de manière aléatoire certains contrôles permanents de premier niveau réalisés au sein des différentes activités ;
- ▶ Analyser les résultats de contrôle et d'évaluer les actions d'amélioration prévues par les Directions et lorsque c'est nécessaire de proposer des actions complémentaires ;
- ▶ Garantir la traçabilité du dispositif de contrôle en mettant en place ou en aidant à la mise en place d'outil formalisant les résultats observés et les actions de correction réalisées ;
- ▶ Suivre et synthétiser le bilan de l'état de mise en place des recommandations des missions d'audit interne ou externe (CAC, Régulateur, ...).

Sur le plan opérationnel, le Service Gestion des risques est engagé dans un processus de renforcement du dispositif de contrôle interne au travers de l'élaboration d'une cartographie des risques opérationnels qui met

en exergue les risques opérationnels et les contrôles associés. Ces travaux viennent compléter les travaux de cartographie « Top Down » déjà mis en place et régulièrement actualisés par la Mutuelle depuis plusieurs années.

Le mode opératoire des contrôles permanents de second niveau réalisés par le Service Gestion des Risques est formalisé dans un guide interne qui précise notamment la méthodologie de contrôle, la taille des échantillons et les fréquences de réalisation.

3.4.1.3. Le contrôle périodique

L'activité et le fonctionnement de ce niveau de contrôle représenté par l'Audit interne sont décrits dans le paragraphe sur la Fonction Clé Audit Interne.

3.4.2. Les modifications du dispositif de contrôle interne apportées en 2020

Des évolutions sont également intervenues au cours de l'exercice 2020 pour renforcer et améliorer les dispositifs de contrôle interne de la Mutuelle :

Pour l'activité de souscription/gestion/encaissement-recouvrement :

Le dispositif de contrôle de premier niveau, qui permet de s'assurer que les opérations de souscription et gestion réalisées par les commerciaux respectent les règles formalisées dans les procédures internes ou dans les notes de gestion, a été amélioré :

- la périodicité de mise e œuvre de ce contrôle a été renforcée ;
- les grilles d'analyses, permettant de formaliser les résultats observés, ont été améliorées pour mieux caractériser et analyser les anomalies rencontrées (ceci favorise les plans d'actions à moyen terme) et assurer le suivi des redressements à mener.

Pour l'activité d'encaissement-recouvrement :

Une revue de la cartographie des risques opérationnels a été menée de manière à intégrer les évolutions de situation résultant du changement de système d'information : ceci a permis de compléter ou faire évoluer certaines requêtes de contrôle de l'activité (il reste à faire évoluer le dispositif formalisant les résultats observés). Par ailleurs, les processus de traitement opérationnel sont en cours d'écriture de manière à intégrer les modifications intervenues dans le cadre du changement de système d'information.

Pour l'activité d'indemnisation :

L'outil qui permet de formaliser de manière plus complète les résultats du contrôle de premier niveau réalisés aléatoirement par les managers sur la gestion des dossiers d'indemnisation a été mis place et a été utilisé tout au long de l'année 2020.

Par ailleurs, le dispositif de contrôle de premier niveau de l'activité indemnisation a été renforcé avec la mise en place de nouveau point de contrôle (sur les règlements, pour s'assurer du passage en Comité ad hoc des dossiers d'indemnisation avec les montants les plus élevés, ...).

Pour le contrôle permanent de deuxième niveau :

Un guide listant les contrôles de deuxième niveau actuellement réalisés a été formalisé : chaque fiche de ce document précise le mode opératoire, la taille des échantillons et la périodicité des contrôles à réaliser dans le cadre du dispositif de contrôle permanent de deuxième niveau.

Par ailleurs, les travaux concernant les axes d'analyse du projet de surveillance du portefeuille définis fin 2019 et qui concernent le comportement du sociétaire, le contrôle de l'application des règles et le comportement des réseaux de distribution, ont été initiés en 2020 mais ils n'ont pas pu être développés comme prévu compte tenu du contexte sanitaire. Les travaux de ce projet, qui permettra notamment de renforcer la maîtrise des risques techniques, seront poursuivis au cours de l'année 2021.

3.5 LA FONCTION DE VÉRIFICATION DE LA CONFORMITÉ

La politique de vérification de la conformité formalise le dispositif de conformité de la Mutuelle afin de s'assurer de son adéquation constante à la nature de l'activité et aux exigences réglementaires en vigueur.

Cette politique s'applique au périmètre de contrôle interne de la Mutuelle. Dans un 1^{er} temps le déploiement de cette politique se concentre sur la Mutuelle, et il sera étendu plus tard à ses filiales (Le Courtier Du Motard, la SASU SECURIDER et MUTOPIA).

Cette politique est rédigée en interne par la responsable de la fonction clé Conformité à qui il incombe d'en assurer la bonne application. Elle est présentée à la Direction générale, soumise pour approbation au Comité d'audit puis validée par le Conseil d'administration.

La responsabilité des exigences réglementaires et de la conformité revient in fine au Conseil d'administration et à la Direction générale de la Mutuelle.

La politique fait l'objet d'un suivi régulier et d'une revue annuelle au regard des évolutions constatées par la Responsable de la fonction clé Conformité au cours de l'année écoulée. Elle a été revue en cours d'année 2020 et approuvée par le Conseil d'administration conformément au processus présenté ci-dessus.

Au cours de l'année 2020, la gouvernance de la conformité a été améliorée, notamment en renforçant la formalisation de la cartographie des risques de non-conformité. Un rapport de conformité a été partagé en Comité interne des risques puis présenté en Comité d'audit.

Le dispositif de Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme :

Le dispositif en place a permis une surveillance active des opérations réalisées au sein de la Mutuelle : L'Unité Gestion des Fraudes a fait remonter au Service Juridique 17 dossiers pour analyse et 11 d'entre eux ont fait l'objet d'une déclaration de soupçon auprès de Tracfin.

Désormais un Comité LCB-FT se tient à l'intérieur du Comité interne des risques chaque fois que cela s'avère nécessaire et a minima une fois par an : ce comité a pour objectif de faciliter les échanges relatifs au risque LCB-FT, au dispositif en place et aux projets d'évolutions. Il permet de formaliser les échanges d'informations entre la cellule LCB-FT et la cellule fraude sur les alertes et opérations suspectes afin de sécuriser le dispositif de détection des opérations.

Par ailleurs, un outil de filtrage doit être acheté en 2021. Différents prestataires ont été sollicités et leurs solutions de filtrage nous ont été présentées. Le choix définitif va être effectué second trimestre 2021 pour une mise en œuvre effective sur la fin de l'année.

La protection des données :

Un nouveau Responsable de la Protection des données (Data protection Officer - DPO) a été désigné : il est désormais rattaché à la Fonction clé Conformité ce qui contribue à l'exercice de sa mission en toute indépendance. Les travaux de mise en œuvre du RGPD se sont poursuivis dans notre nouvel outil informatique. Le registre de traitement des données a été régulièrement actualisé tout au long de l'année. Deux demandes d'exercice des droits ont été reçues et traitées par le DPO sur l'année 2020.

La Directive distribution assurance :

Le devoir de conseil a fait l'objet de travaux afin d'être intégré dans le nouvel système de gestion (spécifications validées, développement en cours pour une livraison au deuxième semestre 2021).

Conformité des produits :

La Procédure de gouvernance et surveillance produit (POG) formalisée par la Mutuelle a été respectée lors de l'élaboration des produits On Cycle dédié à l'assurance des VAE, et On Street dédié à l'assurance des EDPM. Ces produits ont été conçus selon les modalités prévues dans la POG.

Les conventions de courtage :

Leur contenu est en conformité avec les dernières réglementations, et il est utilisé pour toute nouvelle convention. Nous nous attelons à reprendre le stock de conventions signées sous l'ancien format.

Les réclamations :

Comme chaque année, l'activité **réclamations et médiations** a fait l'objet d'un suivi quotidien et d'un bilan annuel à destination des opérationnels mais également de la Direction Générale et du Comité de direction. Une fois par trimestre, une réunion s'est tenue avec le Commercial et avec l'Indemnisation afin de travailler sur des actions correctives pour améliorer et/ou mettre fin à des éventuels dysfonctionnements. Sur 2021, le Marketing assistera également à ces points trimestriels afin de prendre connaissance des attentes produits exprimées par nos assurés au cours de leurs réclamations en temps réel.

Nous notons une légère augmentation des réclamations sur l'année 2020 mais rapportées au nombre de contrats en portefeuille nous ne notons pas d'alerte (0,21 % de nos contrats ont fait l'objet d'une réclamation contre 0,18% en 2019). Malgré une année 2020 difficile, marquée par la pandémie de la Covid, nous avons toujours répondu dans le délai maximum de 60 jours imposé par la Recommandation ACPR. Mais nous avons néanmoins constaté une dégradation de notre délai de réponse.

3.6 LA FONCTION D'AUDIT INTERNE

3.6.1. La Gouvernance de l'activité

L'Audit interne réalise ses missions, selon des méthodologies formalisées, conformément à la charte d'Audit et au plan pluriannuel validé par la Direction générale et le Comité d'audit.

L'Audit interne apprécie la pertinence du Contrôle interne, en détecte les dysfonctionnements et aide à l'améliorer par des recommandations. Il peut également être sollicité pour conduire des missions non prévues au plan, répondant à une situation d'urgence sur un sujet précis.

Dans le respect des modalités prévues au sein de la politique de sous-traitance de la Mutuelle, l'intégralité des missions d'audit sont déléguées à des prestataires externes choisis pour leurs compétences et leur expertise dans le domaine considéré. Chaque mission d'audit reste toutefois supervisée par le Responsable de la fonction Clé d'Audit interne, qui veille à ce que les conditions de réalisation permettent d'atteindre les objectifs fixés.

Le positionnement du Responsable de la Fonction Clé Audit Interne au sein de la Mutuelle lui permet d'assurer sa mission d'examen des activités en toute indépendance et objectivité.

3.6.2. Le plan d'Audit Interne

Le plan d'audit est élaboré sur une base triennale avec une révision annuelle mais assure une vision globale de la Mutuelle sur un cycle de 6 ans. L'objectif est de réaliser 2 à 3 missions chaque année.

En 2020, 2 missions ont ainsi été menées : le contenu de ces missions, en particulier les constats observés, sont présentés ci-dessous.

a) L'audit du processus de provisionnement technique :

L'objectif principal de cette mission est de s'assurer que le processus d'inventaire et de calcul des provisions techniques est maîtrisé par les équipes de l'AMDM. Sont ainsi couverts, les risques de mauvaise appréciation des provisions techniques enregistrées par la compagnie ainsi que les risques de sanction administrative.

b) L'audit sur la Gouvernance :

Une mission a été réalisée en début d'année 2020 sur la Gouvernance de la Mutuelle. L'objectif était de faire une analyse approfondie des politiques écrites, en particulier de celles qui ont permis de juger de la structure de gouvernance et de son fonctionnement. Les politiques écrites de gouvernance et de compétences et d'honorabilité sont les politiques qui ont été spécifiquement étudiées. Lors de cette mission, une revue documentaire sur la

Gouvernance a été également réalisée.

3.6.3. Le suivi des recommandations

La Mutuelle a mis en place une base de suivi des recommandations d'audit interne et externe.

Cette base à vocation à suivre le bon écoulement des recommandations d'audit en assurant régulièrement leur diffusion interne et en permettant à ce titre un échange avec les Directions concernées.

Le suivi périodique des recommandations est délégué au Service de Gestion des risques qui réalise une synthèse régulière auprès de la Direction générale et du Comité d'audit, en mettant en exergue les situations de retard.

La mise en place de ce dispositif de suivi contribue à l'amélioration permanente et à la sécurisation des systèmes de gestion et de contrôle des risques.

Il est à noter qu'en 2020, les opérations de suivi n'ont pas pu être menées dans les conditions prévues (Cf. situation d'indisponibilité de ressources liée à la crise sanitaire) : une actualisation de la base de suivi a bien été menée, mais les résultats observés n'ont pas fait l'objet d'une communication formelle en interne.

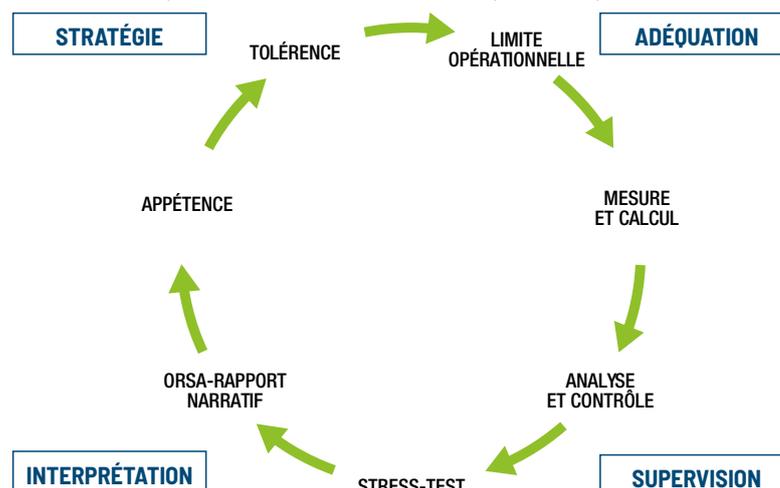
3.7 LA FONCTION ACTUARIELLE

La fonction Actuarielle a mené les travaux suivants :

- ▶ Élaboration de l'avis sur les provisions techniques au 31/12/2019. Cet avis a été transmis transmis à la Direction générale et au Secrétariat général, puis au Comité d'audit et au Conseil d'administration de la Mutuelle ;
- ▶ Élaboration de l'avis sur la politique de souscription transmis à la Direction générale et au Secrétariat général, puis au Comité d'audit et au Conseil d'administration de la Mutuelle ;
- ▶ Élaboration de l'avis sur la réassurance transmis à la Direction générale et au Secrétariat général, puis au Conseil d'administration de la Mutuelle ;
- ▶ Coordination du calcul des provisions techniques au 31/12/2020 selon les normes Solvabilité 2 ;
- ▶ Supervision des calculs menés dans le cadre de l'ORSA prospectif 2020 pour le scénario central et les différents scénarii de stress ;
- ▶ Supervision des calculs menés par la Direction Technique dans le cadre des travaux du Pilier 1 au 31/12/2020 ;
- ▶ Contribution aux travaux d'analyse de la structure de réassurance et réflexion sur le renouvellement des traités de réassurance au 01/01/2020.

3.8 LA FONCTION GESTION DES RISQUES

La fonction de Gestion des risques, a pour mission d'identifier/détecter, évaluer et suivre/contrôler les risques auxquels la Mutuelle est confrontée sur l'ensemble du périmètre de Contrôle Interne : ceci concerne les risques de souscription, de marché, de liquidité, de contrepartie et opérationnels qui sont détaillés dans le point 4.2. de ce rapport, ainsi que les dispositifs de maîtrise mis en place selon le schéma suivant : que les dispositifs de maîtrise qui sont mis en place



pour chacun d'entre eux selon le schéma suivant :

Par ailleurs, la fonction Gestion des risques rend compte au moins une fois par an au Conseil d'administration directement et/ou par l'intermédiaire du Comité d'audit. Dans ce cadre, en 2020, le titulaire de la fonction Clé Gestion des risques a été entendu formellement par le Comité d'audit le 03/12/2020 puis une synthèse de ces échanges a été présentée au Conseil d'Administration du 12 décembre 2020.

D'autre part, plusieurs fois dans l'année, des interventions ont été réalisées en Comité d'audit pour présenter les travaux réalisés en matière de gestion de risques (échanges sur les travaux puis les conclusions du rapport ORSA y compris en termes de scénarios chocs, renforcement du dispositif de contrôle interne, ...).

Les travaux pilotés dans le cadre de la fonction Clé de Gestion des risques se retrouvent dans les différents paragraphes du présent rapport.

3.9 LE CONTRÔLE DES COMPTES

L'information financière et comptable est élaborée par la Direction Finances et Risques et validée par la Société d'expertise comptable PWC.

Les comptes annuels sont certifiés par un commissaire aux comptes, nommés lors de l'Assemblée générale du 25/09/2020, pour une période de 6 ans. Il s'agit de la société KPMG S.A.

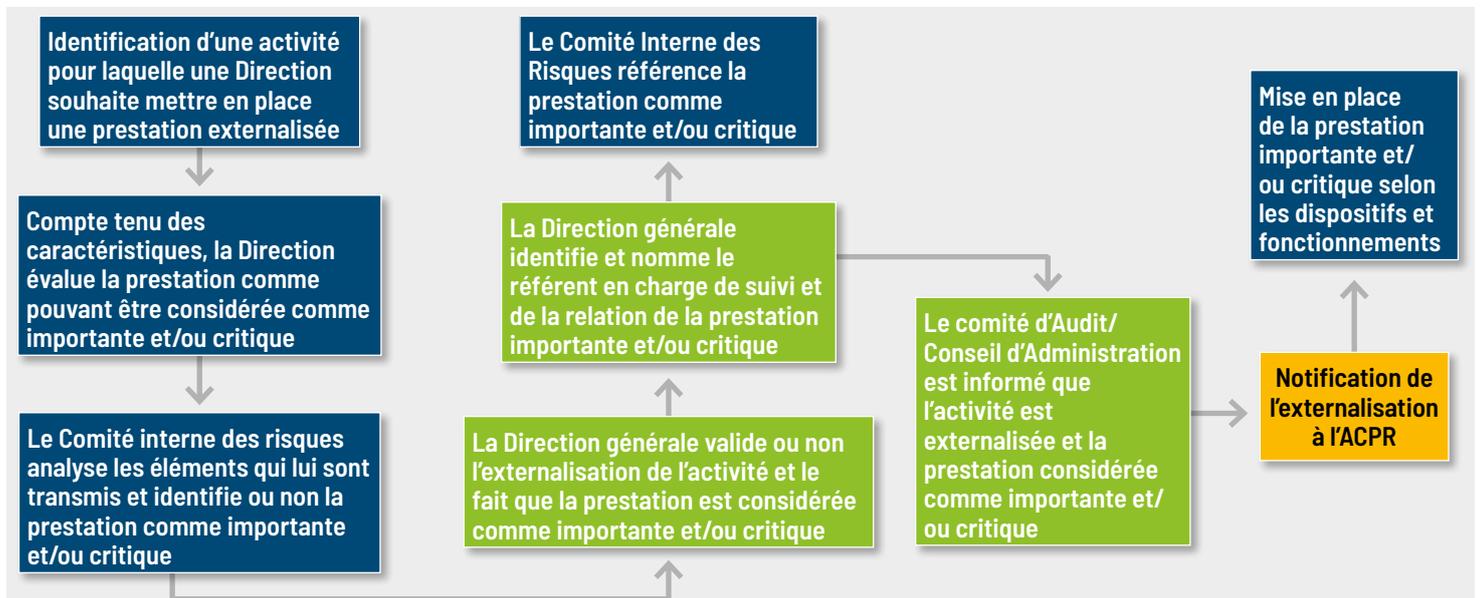
3.10 LA SOUS-TRAITANCE

3.10.1 La politique de sous-traitance

La Mutuelle, compte tenu de sa taille, de ses moyens et des compétences nécessaires à la réalisation de certaines activités ou fonctions, peut faire le choix de recourir à de la sous-traitance :

- pour assurer la gestion de prestations liées à des garanties prévues dans les contrats mais qui nécessitent un savoir-faire particulier : il s'agit par exemple de l'assistance ;
- pour mener une activité qui nécessiterait une expertise de spécialiste et/ou des investissements démesurés pour pouvoir être exercée en interne dans les mêmes conditions d'efficacité et de sécurité que celles proposées par un prestataire externe (par exemple la gestion d'actifs) ;
- pour gérer des hausses temporaires d'activité, améliorer les délais de traitement des activités de gestion et le cas échéant favoriser une diffusion commerciale de ses offres ;

Le caractère important et/ou critique d'une prestation est identifié et validé au cas par cas, par la Mutuelle selon le processus suivant :



- pour être conseillé et accompagné dans ses réflexions et stratégies d'évolution et de transformation.

La politique de sous-traitance rédigée par la Mutuelle et validée par son Conseil d'administration a pour objectif de définir les points suivants :

- l'identification de ce qui est considéré comme sous-traitance au regard de la Directive Solvabilité 2 en intégrant le caractère critique et important de l'activité sous-traitée ;
- le rôle des acteurs internes à la Mutuelle dans le cadre de la sous-traitance (responsabilité de la Direction générale et l'implication de la Direction ou du Département chargé de piloter la prestation de sous-traitance) ;
- le dispositif qui encadre et fixe les principes applicables au processus de sous-traitance (éléments à intégrer au contrat, évaluation préalable des garanties financières et techniques apportées par les prestataires, mesure de suivi et de contrôle de la prestation, principes de déclarations préalables à l'autorité de contrôle dans le cas de la mise en place d'un accord d'une prestation de sous-traitance considérée comme importante et critique, ...).

3.10.2. Les activités critiques et importantes sous-traitées

Les prestations d'externalisation considérées comme importantes et critiques au sens Solvabilité 2 par la Mutuelle sont les suivantes :

Gestion de la garantie Assistance : la société Inter Mutuelle Assistance GIE dont la Mutuelle est actionnaire à hauteur de 0,5 % du capital, se charge d'assurer, pour le compte de la Mutuelle, la prestation d'assistance prévue dans les contrats auto et moto des risques particuliers et professionnels.

Gestion d'actifs financiers : le gestionnaire d'actifs OFI Asset Management, dont la Mutuelle est actionnaire à hauteur de 2 % du capital, gère au travers d'un mandat, le portefeuille d'investissement financier.

Système d'information : la Mutuelle est en cours de changement de son système d'information central en adaptant le progiciel édité par Prima Solutions aux spécificités de son activité (Prima Policy a été mis en production en 2019 et Prima Claims sera mis en place en 2020). Ce système d'information contient la totalité des informations clients, contrats et prochainement sinistres de la Mutuelle, ainsi que les règles de gestion et les éléments à l'origine de l'analyse technique du portefeuille.

4 - LE PROFIL DE RISQUES

4.1 LE PROFIL DE RISQUE

La Mutuelle a fait appel au cabinet de conseil ACTUARIS en 2015 pour réaliser une analyse du profil de risques de l'organisme dans le cadre de la réalisation d'un diagnostic de proportionnalité. Nous considérons que le profil de risque de la Mutuelle n'a pas évolué significativement depuis cette étude. Celle-ci repose sur les trois critères des risques de la Mutuelle présentés ci-dessous et sur une comparaison avec le marché :

- l'ampleur (volume de chiffre d'affaires, de provisions, de fonds propres);
- la nature des risques assurés ;
- la complexité, prenant en compte les spécificités de la Mutuelle au regard du risque assurantiel, des placements, du système d'information et des relations externes.

L'analyse du critère « ampleur » montre que la Mutuelle est un acteur de très petite taille : en 2020, la mutuelle représente environ 0,6% des cotisations du marché automobile.

L'analyse du critère « nature » montre que la Mutuelle a une nature d'activité peu complexe.

En revanche, cette activité, notamment pour la garantie Responsabilité Civile Corporelle, présente un niveau de risque relativement significatif compte tenu de l'intensité des accidents inhérents aux caractéristiques de ces sinistres pour les 2 roues et de la cadence de liquidation des provisions assez longue.

L'analyse du critère « complexité » nous conduit aux constats suivants :

La Mutuelle assure des produits dont elle maîtrise particulièrement le risque associé, grâce à son expérience des garanties sous-jacentes, avec peu de sous-traitance et peu de partenaires. Ce point devrait permettre d'alléger la partie contrôle de la sous-traitance, sous condition de suivi du courtage.

La Mutuelle possède une structure d'actifs comportant peu d'actifs complexes ou produits dérivés.

En termes de complexité, les points d'attention soulevés auparavant sur l'évolution du système d'information ont permis d'engager la mise en place d'outils dédiés et l'automatisation des travaux pour répondre aux contraintes Solvabilité II (ORSA, Pilier 3).

La Mutuelle utilise les spécifications techniques fournies par EIOPA ainsi que l'analyse de son profil de risque pour appliquer la formule standard pour l'évaluation de sa marge de solvabilité.

4.2 L'EXPOSITION AUX DIFFÉRENTS RISQUES

4.2.1 Le risque de souscription

Pour la Mutuelle, le risque de souscription non vie est le risque le plus significatif. Il peut se traduire par le décalage entre la tarification et le coût de l'assurance (y compris le sous provisionnement et les frais généraux). Il n'y a pas de limite de développement du portefeuille dès lors que les risques respectent les règles de souscription.

Le coût de l'assurance peut dériver face aux hypothèses retenues dans la construction de la tarification compte tenu d'une évolution des fréquences ou des montants de charges sinistres, de frais généraux plus élevés, ou d'insuffisance du provisionnement.

S'agissant du risque lié à la dérive de la sinistralité (fréquence ou montant), il est régulé grâce à l'existence des différents traités qui constituent le programme de réassurance (3 traités en excédent de sinistres dont certaines tranches ont été négociées dans le cadre de l'ARCAM + 1 traité en Stop Loss spécifique à la Mutuelle qui intervient à partir d'un certain ratio de sinistralité). Ce programme de réassurance évite que la charge de sinistres devienne financièrement non supportable.

4.2.2. Le risque de liquidité

L'exposition aux risques

Le risque de liquidité correspond au fait de ne pas pouvoir liquider les actifs existants pour faire face aux engagements de passifs, quel que soit le moment où celui-ci apparaît.

La maîtrise du risque de liquidité

Pour les dépenses de trésorerie courante de montant non exceptionnel, la Mutuelle dispose en permanence d'une réserve de trésorerie facilement mobilisable (compte sur livret).

Par ailleurs, les investissements réalisés par OFI Asset Management dans le cadre du mandat de gestion peuvent être considérés comme liquide compte tenu de leurs caractéristiques.

En condition normale (sans scénario de stress sur les prix), 88 % des actifs sous mandat peuvent être liquidés sous une semaine et 99 % sous un mois (situation stable par rapport à la situation observée l'année précédente).

De manière globale, avec la structure d'actifs actuelle du portefeuille, même en cas d'augmentation très significative des décaissements liés aux règlements de sinistres, la Mutuelle pourrait faire face, sans difficulté, à ses besoins de liquidité.

4.2.3. Le risque de marché

L'exposition aux risques

Cette catégorie de risque est par importance de montant, le second risque porté par la Mutuelle.

L'exposition aux risques de marché se fait à travers les composantes suivantes : risques action, risque de spread (risque de défaillance des émetteurs des obligations détenues en portefeuille), risque de concentration, risque de taux, risque immobilier, risque de change.

Les 3 composantes principales du risque marché sont les risques sur les spreads de crédit, l'immobilier et les actions. De manière générale, même si la gestion du portefeuille (hors immobilier) est confiée à OFI Asset Management dans le cadre du mandat de gestion, la Mutuelle conserve un rôle lui permettant de confirmer, modifier, surveiller et contrôler les orientations de gestion de manière formelle et formalisée au travers des Comités financiers organisés trimestriellement. Un point mensuel est également mis en place sur ces aspects entre la DFR et OFI.

L'encadrement des risques de marché

Les actifs financiers de la Mutuelle hors immobilier étant gérés via un mandat par OFI Asset Management, la Mutuelle a défini des contraintes en termes de limites par catégorie d'actifs, ainsi qu'en matière d'exclusion de certains actifs, compte tenu de leur activité : ces contraintes sont suivies mensuellement dans le reporting transmis par OFI Asset Management.

Le risque immobilier est, quant à lui, uniquement constitué par des actifs à usage d'exploitation propre (siège social et locaux commerciaux de la Mutuelle).

Le calcul de sensibilités sur les composantes du risque marché

Outre les scénarios de stress définis dans le cadre de l'ORSA et qui concernent une ou plusieurs des composantes du risque de marché, la Mutuelle dispose d'études de risques réalisées par son gestionnaire d'actif, OFI Asset Management.

Les études mensuelles permettent de suivre la sensibilité de la poche obligataire crédit en détention directe à une évolution des spreads et taux et celle de la poche action à une baisse de marché.

Par ailleurs, les études ponctuelles (études stochastique et déterministe), qui sont réalisées une à deux fois par an par OFI AM, permettent de vérifier la capacité à atteindre les revenus espérés sur la période avec le portefeuille d'actifs existant.

4.2.4. Le risque opérationnel

La typologie du risque opérationnel retenue par la Mutuelle, correspond à ce qui est prévu par Solvabilité 2, à savoir un risque de pertes résultant de procédures internes, de membres du personnel ou de système inadéquat, ou d'évènements extérieurs. Le risque de non-conformité est intégré dans ce risque opérationnel.

La quantification de ce risque s'effectue selon la formule standard : la Mutuelle considère que son exposition et son dispositif d'encadrement des risques opérationnels sont dans la norme, sans éléments qui nécessiteraient une majoration pour risques résiduels.

La maîtrise des risques opérationnels au sein de la Mutuelle est assurée par le fonctionnement du dispositif de contrôle interne en place (Cf. paragraphe décrivant le dispositif de Contrôle interne existant).

4.2.5. Le risque de contrepartie

L'exposition à ce risque provient pour l'essentiel du risque lié aux créances de cotisations de sociétaires ou à la défaillance d'un réassureur.

La maîtrise du risque de contrepartie

► Concernant le risque de contrepartie lié au défaut d'un réassureur :

Pour limiter ce risque, la Mutuelle ventile la participation à ses traités de réassurance auprès d'un nombre significatif de réassureurs ayant une capacité financière solide et suffisante : ainsi par exemple 25 réassureurs participent au titre de l'exercice 2021 aux différents traités de réassurance. Tous sont notés entre A- et AA+ par Standard and Poor's ou une agence de notation équivalente (le suivi du rating est réalisé par AON, le cabinet de courtage en réassurance avec lequel la Mutuelle travaille).

Par ailleurs, la Mutuelle veille à ne pas céder une part trop importante de son programme auprès d'un seul réassureur.

D'un point de vue opérationnel, pour garantir ses créances sur les réassureurs provenant des provisions sur exercices antérieurs, la Mutuelle veille, par l'intermédiaire d'AON, à faire nantir à son profit des titres ou à obtenir des dépôts espèces : au 31/12/2020, pratiquement 100 % des créances de réassurance de la Mutuelle (hors exercice 2020) sont couvertes.

La régularisation des situations issues de créances nées en N-1 s'effectue normalement au cours du 1^{er} semestre de l'exercice N. Le reste du temps, les réajustements entre créances de réassurance et nantissements ou dépôts d'espèces sont réalisés au fil de l'eau lorsque la différence apparaît.

Le risque résiduel de contrepartie lié à la réassurance est donc faible.

► Concernant le risque de contrepartie lié aux créances issues des cotisations des sociétaires :

Ce risque correspond au décalage entre l'émission de primes et le règlement de la créance de la part du sociétaire : le processus de relance de la Mutuelle (mise en demeure, recouvrement et résiliation) est automatique et donc proactif, ce qui limite ce risque de manière très significative. Le report du processus de recouvrement des cotisations mise en place a cours du premier semestre 2020 pour répondre à l'ordonnance concernant la crise sanitaire du Covid 19 n'a pas généré d'augmentation des impayés en comparaison des exercices antérieurs.

La sensibilité au risque de contrepartie

Dans l'absolu, en étant bien encadré et maîtrisé, l'impact de ce risque sur la Solvabilité de la Mutuelle reste très faible.

4.3 LES RÉSULTATS

Nous présentons dans le tableau suivant la décomposition du SCR au 31/12/2020, par comparaison avec la situation au 31/12/2019 :

	2020	2019	2020 / 2019 en %
BSCR	56 038	51 936	8%
Risque de marché	22 473	24 452	-8%
Défaut de contrepartie	2 027	2 444	-17%
Souscription vie	916	768	19%
Souscription non-vie	44 751	38 561	16%
Souscription santé	0	0	
<i>Effets de diversification</i>	<i>-14 130</i>	<i>-14 289</i>	<i>-1%</i>
Incorporels	0	0	
BSCR	56 038	51 936	8%
Opérationnel	5 390	5 575	-3%
Ajustement	-5 395	-4 893	10%
Adj. Participation aux bénéfices	0	0	
Adj. Impôts différés	-5 395	-4 893	10%
SCR	56 033	52 618	6,5%

Données en k€

L'augmentation du SCR en 2020 s'explique principalement par la hausse du SCR non-vie. Celle-ci est directement liée à l'augmentation du chiffre d'affaires et à l'évolution à la hausse des provisions sinistres nettes de réassurance.

5 - LA VALORISATION À DES FINS DE SOLVABILITÉ

5.1 L'ÉVALUATION DES ACTIFS

5.1.1. Les actifs financiers en norme Solvabilité 2

ACTIF (en k€)	Normes SII	Comptes sociaux
Immobilisations corporelles pour usage propre	8 296	3 649
Placements	194 580	186 255
Immobilier (autre que pour usage propre)	0	0
Participations	3 190	1 666
Actions	0	0
<i>Actions cotées</i>	0	0
<i>Actions non cotées</i>	0	0
Obligations	122 643	117 447
<i>Obligations souveraines</i>	0	0
<i>Obligations d entreprises</i>	122 643	117 447
<i>Titres structurés</i>	0	0
<i>Titres garantis</i>	0	0
Fonds d'investissement	42 427	40 822
Produits dérivés	0	0
Dépôts autres que ceux assimilables à de la trésorerie	26 320	26 320
Autres placements	0	0
Prêts et prêts hypothécaires	17 281	17 281
	0	0
Prêts et prêts hypothécaires aux particuliers	1 040	1 040
Autres prêts et prêts hypothécaires	16 241	16 241
Avances sur polices	0	0
TOTAL DE L'ACTIF	220 157	207 186

La méthodologie

L'ensemble des placements financiers a été valorisé à la valeur de marché sur la base de titres cotés sur un marché organisé (hors les participations, l'immobilier et les prêts). La Mutuelle n'a pas utilisé de propre valorisation de ses actifs en dehors de ceux d'un marché coté. En ce sens, il n'y a pas d'incertitude particulière quant à la valorisation des actifs.

Concernant les actifs incorporels, l'Article 12 du règlement délégué mentionne que les entreprises d'assurance valorisent à zéro les immobilisations incorporelles, sauf si celles-ci peuvent être vendues séparément et que l'entreprise d'assurance peut démontrer qu'il existe pour cet actif une valeur de marché. Les actifs incorporels de la Mutuelle ne pouvant être vendus séparément, la Mutuelle leur a attribué une valeur nulle sous Solvabilité 2.

Le rattachement des postes Solvabilité 2 aux postes comptables a été réalisé sur la base du tableau de raccordement entre les comptes du plan comptable assurance et les fonds propres Solvabilité 2 V1.1 publié le 28/10/2016 par l'ACPR.

Pour chaque catégorie importante d'actif, les méthodes de valorisation appliquées sont les suivantes :**► L'immobilier** (exploitation et placement) :

- **Norme comptable** : les actifs immobiliers sont comptabilisés à leur valeur historique. La dotation aux amortissements est calculée conformément à la réglementation en vigueur en matière de décomposition par composant et de durée d'amortissement de chaque composant.
- **Norme prudentielle** : la valeur de marché est fondée sur une expertise faite par un professionnel indépendant.

► Les Actions, OPCVM et autres titres non amortissables :

- **Norme comptable** : les titres de placements sont inscrits au bilan à leur valeur d'acquisition, nette des éventuelles dépréciations.
- **Norme prudentielle** : les valeurs de marché correspondent aux valeurs négociées sur un marché réglementé. Elles sont évaluées sur la base du cours de clôture. En l'absence de cours au jour de la valorisation, l'évaluation s'effectue sur la base du dernier cours connu.

► Les participations :

- **Norme comptable** : les participations sont inscrites au bilan à leur valeur d'acquisition, nette des éventuelles dépréciations.
- **Normes prudentielles** : les valeurs des participations (non cotées) sont évaluées sur la base de la valeur de l'actif net ajusté.

► Les obligations et autres titres assimilés :

- **Norme comptable** : les titres sont inscrits au bilan à leur valeur d'acquisition. Les décotes ou surcotes des valeurs amortissables sont amorties sur la durée de vie résiduelle du titre selon la méthode actuarielle. Les soldes des surcotes/décotes et les intérêts courus, qui sont normalement dans les comptes de régularisations, ont été reclassés dans les rubriques des actifs concernés de la colonne comptes sociaux.
- **Norme prudentielle** : les valeurs de marché correspondent aux valeurs négociées sur un marché réglementé. Elles sont évaluées sur la base du cours de clôture. En l'absence de cours au jour de la valorisation, l'évaluation s'effectue sur la base du dernier cours connu.

► Les dépôts autres que ceux assimilables à de la trésorerie, Prêts et prêts hypothécaires, Créances nées d'opérations d'assurance, Créances nées d'opérations de réassurance, Trésorerie et équivalent trésorerie :

- **Normes comptable et prudentielle** : la valeur en norme prudentielle est égale à la valeur en norme comptable.

5.1.2. Les autres actifs

ACTIF (en k€)	Normes SII	Comptes sociaux
Écarts d'acquisitions		0
Frais d'acquisition reportés		4 539
Actifs incorporels	0	18 980
Impôts différés actifs	0	0
Excédent de régime de retraite	0	0
Autres actifs	19 891	46 392
Dépôts auprès des cédantes	22	22
Créances	8 340	33 343
- Créances nées d'opérations d'assurance	2 628	26 364
- Créances nées d'opérations de réassurance	0	1 267
- Autres créances (hors assurance)	5 712	5 712
Actions auto-détenues	0	0
Instrument de fonds propres appelés et non payés	0	0
Trésorerie et équivalent trésorerie	5 235	5 235
Autres actifs non mentionnés dans les postes ci-dessus	6 294	7 792
TOTAL DE L'ACTIF	19 891	69 911

5.1.3. Les impôts différés

► L'impôt différé actif

Les impôts différés actif correspondent à la part d'IS au taux de droit commun sur le résultat fiscal déficitaire reportable. Nous n'avons pas pris en compte le montant d'impôt différé actif correspondant au déficit reportable à fin 2020 (4 635 k€), soit 1 263 k€ d'impôt différé actif.

► L'impôt différé passif

Les impôts différés passif correspondent à l'IS au taux de droit commun ou au taux réduit sur les variations d'actif ou de passif selon les éléments suivants :

Libellé de la ligne	Montant de la variation d'actif ou de passif en k€	Taux appliqué	Montant de l'IS (+) dette/(-) créance en k€
Immobilier d'exploitation	4 647	28,92 %*	1 075
Participations	1 523	28,92 %	441
Actions non cotées	0	28,92 %	0
Obligations d'entreprise (hors CC)	3 838	20,69 %**	794
Fonds d'investissement	2 503	0 %	0
Autres incorporels	- 18 980	28,92 %	- 5 490
Provisions techniques cédées	- 14 614	28,92 %	- 4 227
Créances d'assurance	- 23 736	28,92 %	- 6 865
Créances sur les réassureurs	- 1 267	28,92 %	- 366
Provisions techniques brutes -IARD	70 135	28,92 %	20 286
Provisions techniques brutes -Vie	- 1 215	28,92 %	- 351
Dettes de réassurance	2 719	28,92 %	786
Passifs éventuels	- 1 237	28,92 %	- 358
Engagements sociaux	- 1 139	28,92 %	- 329
Total en k€			5 395

* Taux appliqué aux plus-values immobilières uniquement (y compris immobilier de la SAS Mutopia)

** Taux moyen constaté

Les différences de valeur d'actif sur la ligne « Fonds d'investissement » ne donnent pas lieu à une dette d'IS car celui-ci a déjà été acquitté sur l'ensemble des plus-values latentes.

Les impôts différés actif étant inférieurs aux impôts différés passif, il n'y a aucun problème de recouvrabilité de cette créance.

5.1.4. Les provisions techniques

► Les provisions en normes Solvabilité 2

L'ensemble des provisions techniques a été évalué par des méthodes déterministes selon le principe de la meilleure estimation (Best Estimate) et conformément aux principes des Actes délégués parus au Journal officiel de l'Union européenne le 17/01/2015.

Les provisions au 31/12/2020 aux normes Solvabilité 2, ont été calculées en conformité avec les standards actuariels. Le processus de détermination des provisions a fait l'objet de contrôles sur les données et sur les calculs.

Plusieurs méthodes de calcul ont été comparées. Le niveau des provisions peut être considéré comme fiable au regard de ces normes. Trois sinistres survenus depuis le 01/01/2013 sont identifiés avec une forte probabilité de règlement sous forme de rente (2 supplémentaires par rapport au 31/12/2019). Le coût de la revalorisation de ces rentes potentielles est provisionné.

► Les provisions en comptes sociaux

Elles sont destinées à permettre le règlement intégral de l'ensemble des engagements vis-à-vis des sociétaires et des tiers. Il y a six types de provisions techniques.

► En synthèse la répartition entre les différentes provisions, brutes de réassurance, est la suivante :

Nature des provisions en k€	2020	2019	Variation 2020/2019
Provision pour primes émises non acquises	32 953	30 680	7 %
Provision pour sinistres à payer	224 482	202 331	11 %
Provision pour risques en cours	3 681	4 924	- 25 %
Provision pour risques d'exigibilité	-	-	
Provision mathématique des rentes	12 699	12 431	2 %
TOTAL	273 815	250 366	9 %

► La provision pour primes émises non acquises

Les contrats de la Mutuelle ont tous une seule et même échéance fixée au 1er avril. L'exercice comptable suit, quant à lui, l'année civile (article 33 des statuts).

L'exercice comptable et l'exercice d'assurance étant décalés, il est constitué au 31 décembre, conformément aux articles 343-7 §2 du Code des assurances et à l'article 143-7 du règlement ANC 2015-11 du 26/11/2015, une provision pour primes émises non acquises correspondant au montant des cotisations courant du 1^{er} janvier au 31 mars de l'année suivante. Cette provision est calculée au prorata temporis, contrat par contrat.

► La provision pour sinistres à payer

Elle est calculée conformément aux articles R343-7 §4 du Code des assurances et de l'article 143-10 du règlement ANC 2015-11 du 26/11/2015, selon deux méthodes.

- la méthode, dite du coût ultime, appliquée sur les risques RC (Responsabilité Civile) Matérielle, Défense Recours, Protection Juridique Vice caché, Protection Juridique Défense Pénale Recours Suite à Accident, Défense Civile Responsabilité Civile, Dommage Tous Accidents, Corporelle conducteur. Pour ces risques, le système d'information calcule la charge sinistres des règlements à partir des coûts moyens ultimes des règlements élaborés par la Direction

Technique et renseignés par la Comptabilité technique. Les recours à encaisser sont inscrits dans les prévisions de recours à encaisser à partir des calculs réalisés par la comptabilité technique sur la base des coûts moyens ultimes de recours de ces risques ;

- la méthode mixte appliquée notamment aux risques RC Corporelle et Vol dans le cas où le rédacteur ne dispose pas d'information suffisante. La Direction Technique a établi un barème de coûts d'ouverture liés à l'observation des situations passées. À la réception d'informations complémentaires, le gestionnaire revoit l'évaluation de ce risque selon la méthode du coût réel.

En complément de ces évaluations, la Direction Technique calcule la provision permettant la prise en compte des sinistres survenus et non encore déclarés (sinistres tardifs). Ce calcul est effectué sur la base d'analyses statistiques des fréquences de tardifs et des coûts moyens ultimes.

Les prévisions de recours à encaisser correspondent au montant des recours que la Mutuelle estime pouvoir encaisser. Ce montant correspond notamment aux recours à encaisser sur les avances sur recours corporels et matériels.

Ces provisions sont complétées par la provision pour frais de gestion des sinistres, conformément à l'article 143-11 du règlement ANC 2015-11 du 26/11/2015. Cette provision a pour objectif d'estimer les frais généraux nécessaires à la gestion, jusqu'à leur terme, de l'ensemble des tardifs et risques en cours à la clôture de l'exercice. Les frais de gestion à venir ont été calculés, sur la base des données statistiques par type de risques, à partir du nombre d'opérations estimées et du coût moyen par opération. Cette provision représente fin 2020, 3,29 % des provisions pour sinistres à payer.

► **En synthèse la répartition entre les différentes provisions relatives aux sinistres à payer est la suivante :**

Nature des provisions en k€	2020	2019	Variation 2020/2019
Provision pour sinistres à payer	227 133	213 788	6 %
Provision pour tardifs	7 977	3 211	148 %
Prévisions de recours à encaisser	-22 530	-24 807	-9 %
Provision risque revalorisation rente	4 644	2 500	86 %
Provision pour frais de gestion sinistres	7 258	7 639	-5 %
Total provisions pour sinistres à payer	224 482	202 331	11 %

► **La provision pour risques en cours**

Cette provision est définie par l'article R343-7 § 3 du Code des assurances et à l'article 143-7 du règlement ANC 2015-11 du 26/11/2015. Elle est destinée à couvrir, pour l'ensemble des contrats en cours et pour la période s'écoulant entre le 31 décembre et l'échéance des contrats pouvant donner lieu à révision de la cotisation par la Mutuelle, la part de charge sinistres et de frais afférents, pour le montant qui ne serait pas couvert par la provision évoquée au paragraphe précédent. Elle est calculée de manière distincte pour chacune des catégories définies à l'article A344-2 du Code des assurances.

À partir des éléments correspondant à l'exercice écoulé et l'exercice précédent, le rapport est calculé à la clôture de l'exercice, entre le montant de la charge sinistres augmentée des frais d'administration et des frais d'acquisition et le montant des cotisations émises nettes de provision pour primes émises non acquises.

Lorsque ce ratio, pour une catégorie, est inférieur à 100 %, aucune provision n'est à constituer.

Lorsque ce ratio, pour une catégorie, est supérieur à 100 % alors une provision pour risques en cours est constituée. Elle correspond à l'application de l'écart entre les 100 % et le ratio calculé précédemment au montant de la provision pour primes émises non acquises de cette catégorie.

► **La provision pour risques d'exigibilité**

La provision pour risques d'exigibilité est calculée selon les règles fixées aux articles R343-7 § 7 et R343-5 du Code des assurances. Cette provision est constituée lorsque les placements mentionnés à l'article R343-10 sont en situation de moins-value latente nette globale.

Pour le calcul de cette moins-value latente, il est retenu :

- le cours moyen calculé sur les trente derniers jours précédant l'inventaire pour les valeurs mobilières cotées, les actions de sociétés d'investissement à capital variable et les fonds communs de placements ;
- la valeur de l'actualisation de l'expertise quinquennale de l'ensemble des biens.

Si la Mutuelle satisfait à la représentation de ses engagements réglementés et à la couverture de l'exigence minimale de marge de solvabilité, la dotation annuelle à la provision pour risques d'exigibilité au titre d'un exercice peut être seulement égale au tiers du montant de la moins-value latente nette globale constatée.

► **La provision pour rentes**

Elle est calculée, selon les règles fixées à l'article R343-7 §1 du Code des assurances et aux articles 143-2, 143-3 du règlement ANC 2015-11 du 26/11/2015, modifié par le règlement 2018-08 du 11 décembre 2018. Cette provision couvre les engagements de la Mutuelle en matière de rentes versées aux victimes de sinistres corporels.

L'évaluation est réalisée au moyen de la table TD 88-90. Le taux d'actualisation utilisé est égal à 60 % du taux moyen au cours des vingt-quatre derniers mois des emprunts de l'État français, majoré de 10 points de base, sans pouvoir dépasser 3,5 %. Pour les rentes allouées au titre des accidents survenus à compter du 1^{er} janvier 2013 et dont le montant est revalorisé selon la loi 51-695 ou 74-1118, un taux d'inflation de 2 % est également appliqué.

5.1.5. LA SYNTHÈSE DE LA MÉTHODOLOGIE DU CALCUL DES PROVISIONS EN NORMES S 2

Les incertitudes principales dans l'estimation des provisions sont les suivantes :

- sur le montant des règlements futurs : inflation, évolution de la situation médicale de la victime, évolution du taux de responsabilité, lorsqu'il est non déterminé, environnement juridique (réouverture de dossiers suite à aggravation, dossiers en contentieux) ;
- pour le BE de primes, sur la fréquence et le coût des sinistres pouvant survenir entre le 01/01/2021 et le 31/03/2021 ;
- sur le montant des recours ;
- sur l'évolution possible de la cadence de règlement des sinistres ;
- sur les frais de gestion des sinistres ;
- pour les rentes, sur le risque d'évolution de la longévité.

Plusieurs méthodes existent et ont été testées. Les travaux sur les provisions ont suivi les recommandations de l'Institut des Actuariers publiées le 20/4/2016, note pédagogique NPA3, sur les recommandations en matière de provisionnement en assurance non-vie.

Les méthodes utilisées dans les calculs sont documentées de façon détaillées au sein de la Direction Technique. Nous présentons dans cette partie un résumé de ces méthodes.

Particularité de l'année 2020 :

L'estimation des charges à l'ultime a fait l'objet de contrôles supplémentaires en lien avec les incertitudes liées à la pandémie de Covid 19. Les méthodologies classiques de provisionnement sont remises en question du fait qu'elles se basent sur une certaine homogénéité de la sinistralité des exercices passés. Pour retraiter les coefficients de passage potentiellement perturbés de la méthode de Chain Ladder nous avons réalisé des projections sur des triangulations mensuelles pour avoir une base de comparaison afin de conforter la projection réalisée sur base annuelle.

Cette comparaison entre les méthodes annuelles et mensuelles a été réalisée sur les risques principaux (garanties RC Corp, RC Mat, PJ, TA) et systématiquement, la méthode mensuelle a prédit un nombre ultime inférieur ou égal à la méthode annuelle qui a été retenue.

La segmentation en groupes de risques homogènes

Une segmentation plus fine que celle exigée par la réglementation a été choisie. En effet, la nature des risques, en fréquence et en coût, amènent à distinguer les calculs selon les garanties. Par exemple, entre la RC Corporelle (risque de fréquence faible, mais volatilité forte sur les coûts) et la RC matérielle (risque de fréquence plus élevé, et volatilité plus faible sur les coûts).

Pour la RC Corporelle, comme pour les garanties Corporelles du conducteur, le calcul a été mené distinctement pour

les sinistres « graves » (sinistres dont l'évaluation a dépassé au moins une fois 100 k€) et les autres sinistres dits « attritionnels ».

Le Best Estimate pour les rentes en cours de service est estimé séparément.

Les méthodes retenues

► Best estimate sinistres non-vie

Pour chacune des lignes de segmentation utilisées pour le calcul du Best Estimate nous générons des triangles de charges sinistres, de règlements bruts de recours, de recours, de règlements nets de recours et de nombres de sinistres.

Afin d'estimer les provisions, nous estimons la charge ultime pour chaque segment et pour chacun des exercices de survenances, en testant plusieurs méthodes parmi les méthodes déterministes « classiquement » utilisées en assurance non-vie (méthodes Chain Ladder pondérée, standard, De Vylder, Fisher-Lange, coût moyen).

Pour chaque segment et année de survenance, les méthodes identifiées comme les plus adaptées ont été testées. Les méthodes retenues sont considérées comme prudentes.

Remarque : la revalorisation des rentes issues de sinistres survenus depuis le 01/1/2013 est à la charge des assureurs. À ce jour, nous avons connaissance de trois sinistres pour lesquels il y a un risque fort de sortie en rente (et provisionnés comme tel).

► Prise en compte des frais de gestion sinistres

En comptes sociaux, la provision pour frais de gestion de sinistres est estimée par la Direction Finances et Risques par année de survenance et catégorie ministérielle.

Pour déterminer le Best Estimate de ces provisions, nous actualisons les estimations faites en comptes sociaux en appliquant la cadence de liquidation des provisions par ligne d'activité.

► Prise en compte de la réassurance

Pour la garantie catastrophe naturelle, le Best Estimate de réassurance concerne quelques dossiers antérieurs à 2010 couverts par un traité proportionnel. Il représente donc une part très faible des Best Estimates. Il est égal à la créance que nous constatons en comptes sociaux, à laquelle nous appliquons une cadence de paiements et une prise en compte de l'actualisation.

Pour les garanties responsabilité civile corporelle et corporelle conducteur, nous utilisons des coefficients de passage du brut au net (« gross to net technique ») sur les sinistres graves. On calcule ainsi, pour l'exercice de survenance 2020 le ratio entre les suspens de réassurance (ou créances de réassurance) au 31/12/2020 et la provision pour sinistre à payer des sinistres graves au 31/12/2020. Puis nous appliquons le coefficient obtenu au Best Estimate des graves de la segmentation choisie. Pour les exercices antérieurs, nous appliquons l'évolution constatée des suspens de réassurance. On obtient ainsi pour ces deux garanties la charge cédée aux réassureurs.

On multiplie cette charge par la cadence de règlement cédée des sinistres graves afin d'obtenir les cashflows futurs cédés aux réassureurs. Ceux-ci sont intégrés dans l'outil Modeling afin de calculer le BE sinistre cédé. Cette cadence cédée est égale à la cadence des règlements nets décalée de 3 ans. Ceci est dû au fait que l'on a observé qu'aucun règlement n'était effectué dans les 3 premières années de développement pour tous les exercices de survenance.

► Prise en compte de l'inflation passée et future

Nous avons considéré que l'inflation future sera conforme à l'inflation passée.

► Détermination et actualisation des flux dans le cadre de la prise en compte de la valeur temporelle de l'argent

L'actualisation se fait selon la courbe des taux au 31/12/2020, communiquée par l'Autorité européenne des assurances et des pensions professionnelles - EIOPA.

► Best Estimate de primes

Le BE de primes est calculé selon la segmentation utilisée pour le calcul du BE, en appliquant à la provision pour primes non acquises (PPNA) un ratio combiné estimé à l'ultime au 31/12/2020, moyenne par garantie réalisée sur les 4 exercices précédents retraités des mesures tarifaires, sans frais d'acquisitions.

Le BE de primes est calculé brut de réassurance, puis le BE de primes cédées est ensuite calculé.

Les cotisations à recevoir, nettes de réassurance, des mois de janvier à mars 2021 pour les contrats en cours au 31/12/2020 viennent en déduction du BE de primes.

► **Best Estimate des rentes**

Le Best Estimate des rentes est calculé à partir de la table de mortalité réglementaire utilisée en comptes sociaux (table homme 1988-1990 - TD88-90), en l'absence de table de marché pour les victimes des accidents de la route et qui est pertinente dans le cadre de rentes viagères.

Celle utilisée au 31/12/2019 était construite sur les années 2000-2002 (TH et TF 2000-2002) avec la volonté de se rapprocher de la mortalité de la population française et compte tenu de l'insuffisance de rentes à la Mutuelle pour pouvoir se baser sur la mortalité observée sur notre portefeuille. Il s'avère que la table TD88-90, bien que plus ancienne semble toujours suffisamment prudente pour le marché pour les personnes accidentées.

L'actualisation se fait selon la courbe des taux au 31/12/2020, communiquée par l'Autorité européenne des assurances et des pensions professionnelles - EIOPA.

► **Marge de risque**

La méthode appliquée est une méthode simplifiée (dite « méthode 3 », ou approximation numéro 3) proposée dans le cadre de l'application de la formule standard basée sur une approximation du SCR futur en utilisant une approche proportionnelle sur les Best Estimates.

5.1.6. Les autres passifs

Pour chaque catégorie importante des autres passifs, les valeurs Solvabilité 2 en k€ sont les suivantes au 31/12/2020 (en regard la valorisation selon les comptes sociaux) :

Passif (en €)	Normes SII	Comptes sociaux
Total autres passifs	49 595	45 580
Passifs éventuels	1 237	0
Provisions autre que provisions techniques	2 226	2 226
Provisions pour retraite et autres avantages	1 139	0
Dettes pour dépôts espèces des réassureurs	9 171	9 171
Impôts différés passifs	5 395	0
Produits dérivés	0	0
Dettes financières	20 319	20 319
<i>Dettes envers les établissements de crédit</i>	20 319	20 319
<i>Dettes financières autres que celles envers les établissements de crédit</i>	0	0
Dettes techniques	10 108	12 827
<i>Dettes nées d'opérations d'assurance</i>	2 429	2 429
<i>Dettes nées d'opérations de réassurance</i>	0	2 719
<i>Autres dettes (non liées aux opérations d'assurance)</i>	7 680	7 680
Dettes subordonnées	0	0
<i>Dettes subordonnées exclues des fonds propres de base</i>	0	0
<i>Dettes subordonnées incluses dans les fonds propres de base en S2</i>	0	0
Autres dettes non mentionnées dans les postes ci-dessus	0	1 037

Les provisions pour retraite et autres avantages correspondent à un engagement hors bilan en comptes sociaux. Elles sont valorisées en Solvabilité 2.

L'article 9 des Actes délégués mentionne que les entreprises d'assurance et de réassurance comptabilisent les actifs et les passifs conformément aux normes comptables internationales adoptées par la Commission en vertu du règlement (CE) no 1606/2002.

Toutefois, par dérogation aux paragraphes 1 et 2 de l'article 9 des Actes délégués et, en particulier, dans le respect du principe de proportionnalité énoncé à l'article 29, paragraphes 3 et 4, de la directive 2009/138/CE, les entreprises d'assurance et de réassurance peuvent comptabiliser et valoriser un actif ou un passif en se fondant sur la méthode de valorisation qu'elles utilisent pour l'élaboration de leurs états financiers annuels ou consolidés, à condition que :

- ▶ la méthode de valorisation soit conforme à l'article 75 de la directive 2009/138/CE ;
- ▶ la méthode de valorisation soit proportionnée à la nature, à l'ampleur et à la complexité des risques inhérents à l'activité de l'entreprise ;
- ▶ l'entreprise ne valorise pas cet actif ou ce passif conformément aux normes comptables internationales adoptées par la Commission en vertu du règlement (CE) no 1606/2002 dans ses états financiers ;
- ▶ la valorisation des actifs et des passifs conformément aux normes comptables internationales imposerait à l'entreprise des coûts disproportionnés par rapport au montant total de ses charges administratives.

C'est cette dérogation que la Mutuelle a retenue compte tenu de la nature, de l'ampleur et de la complexité des risques inhérents à l'activité de l'organisme. Les valeurs comptables et prudentielles sont donc égales.

La Mutuelle n'a pas recours à des méthodes de valorisation alternatives.

Les impôts différés sont abordés plus haut dans le rapport.

6 - LA GESTION DU CAPITAL ET DES BESOINS DE CAPITAL

6.1 LES FONDS PROPRES

6.1.1 Les fonds propres actuels

Les différences entre les fonds propres présentés dans les états financiers et l'excédent de l'actif par rapport au passif calculé aux fins de solvabilité :

AU 31/12/2020 en k€	NORMES SII	Comptes sociaux
FONDS PROPRES	76 126	62 884

La variation des éléments éligibles dans la norme Solvabilité 2 est principalement due aux écarts de valorisation des actifs financiers (valeur de marché versus valeur comptable), des provisions techniques (valorisation Best Estimate versus valorisation « réglementaire ») et des impôts différés.

La structure, le montant et la qualité des fonds propres de base

Les fonds propres de base de la Mutuelle en régime Solvabilité 2 pour l'année 2020 s'élèvent à 76,126 M€ et se répartissent pour la totalité dans la catégorie des fonds propres de tiers 1. Il n'y a pas de fonds propres auxiliaires.

Ils sont repris dans le tableau suivant :

Au 31/12/2020 et en k€	SCR	MCR
FONDS PROPRES ÉLIGIBLES	62 884	62 884
Tiers 1 (Hors RR)	62 884	62 884
Tiers 2	0	0
Tiers 3	0	0
Réserve de réconciliation	13 242	13 242
FONDS PROPRES	76 126	76 126

Compte tenu de la structure très simple des fonds propres de la Mutuelle, il n'existe pas de clause ou de condition particulière.

En termes de couverture, les fonds propres éligibles de la Mutuelle (construits sur la base des fonds propres disponibles) respectent les seuils suivants :

Couverture du SCR :

- les éléments de Tier 1 représentent au minimum 50 % du SCR,
- les éléments de Tier 1 restreints représentent au maximum 25 % des éléments éligibles de Tier 1,
- la somme des éléments de Tier 2 et Tier 3 n'excède pas 50 % du SCR,
- les éléments de Tier 3 représentent au maximum 15 % du SCR.

Couverture du MCR :

- les éléments de Tier 1 doivent représenter au minimum 80 % du MCR,
- les éléments de Tier 2 ne doivent pas dépasser 20 % du MCR,
- les éléments de Tier 3 ne permettent pas de couvrir le MCR.

Dans le cas de la Mutuelle, les fonds propres éligibles sont égaux aux fonds propres disponibles.

6.1.2 Les projets en matière de fonds propres

La Mutuelle n'a pas l'intention de rembourser ou de racheter d'éléments de fonds propres, ni ne projette dans l'immédiat de lever des fonds propres supplémentaires.

6.2 SOLVENCY CAPITAL REQUIREMENT ET MINIMUM CAPITAL REQUIREMENT

6.2.1. Les exigences de capital de solvabilité (Solvency Capital Requirement)

L'ensemble des modules de risque du SCR a été calculé selon la formule standard (source : Règlement délégué (UE) 2015/35 de la Commission du 10 octobre 2014). Aucune simplification n'a été utilisée dans les calculs des capitaux de solvabilité.

Le calcul du capital de solvabilité requis de l'organisme se décline ainsi en grandes familles de risques :

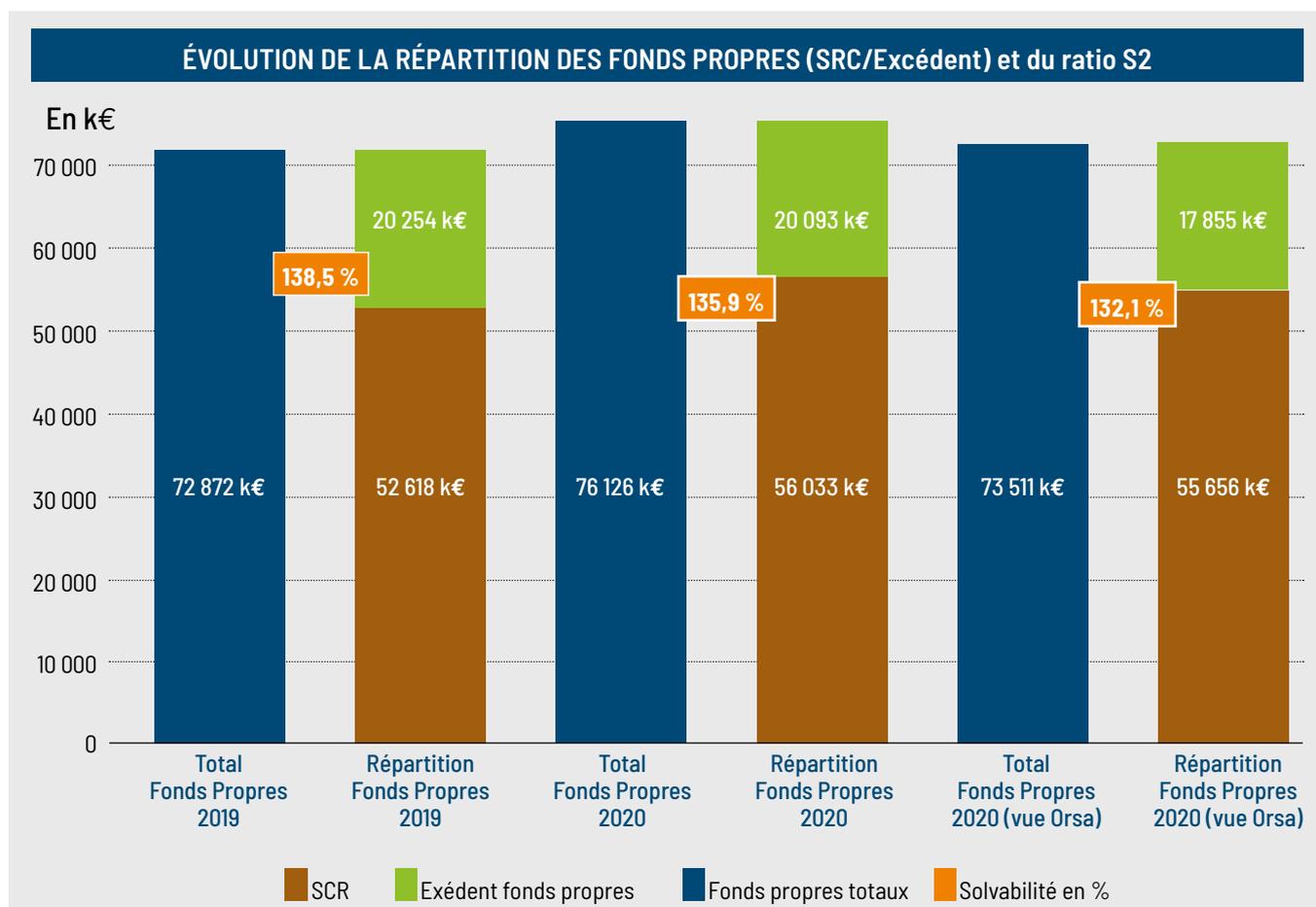
Le SCR défini dans la formule standard vise à mesurer l'impact de la réalisation d'un ensemble de risques qui affectent la solvabilité de l'entreprise à horizon 1 an, avec une sévérité telle qu'elle ne survient qu'avec une probabilité de 0,5 %, c'est-à-dire, une fois tous les 200 ans.

Les résultats en k€ des SCR et MCR pour 2020 sont présentés dans le tableau ci-dessous :

SCR	56 033
MCR	17 362

L'exigence de capital requis pour l'année 2020 est de 56,033 M€, en hausse de 6,5% par rapport à 2019.

Le ratio de couverture du SCR est en baisse par rapport à 2019 à 135,9 %.



Les fonds propres augmentent de 3,3 M€, proportionnellement moins que l'augmentation du SCR. Cette hausse est liée principalement à l'apport des droits d'adhésion des nouveaux sociétaires (+1,9 M€) et du résultat de l'exercice (+1,1 M€). La réserve de réconciliation, qui correspond aux écarts de valorisation au bilan entre les comptes sociaux et le bilan prudentiel (S2), hors capital social est stable (+0,3 M€).

L'augmentation du SCR correspond à l'accroissement du SCR de souscription non-vie, qui s'explique par la hausse du chiffre d'affaires et des provisions nettes.

Les modules les plus consommateurs sur la base des calculs de la formule standard sont les modules de souscription non-vie avec un capital de solvabilité requis avant diversification de 44,751 M€ et le module de risque de marché dont le SCR avant diversification est de 22,473 M€.

Les variations principales du SCR concernent les postes suivants :

- le SCR souscription non vie : l'augmentation est liée à l'augmentation du chiffre d'affaires et du BE net de réassurance ;
- le SCR marché : la baisse est liée à un travail de reclassification de certaines lignes correspondant par exemple à des produits de taux court terme simples que l'on traitait comme des lignes de produits structurés.

Pour rappel, le SCR Souscription vie correspond aux rentes issues de sinistres RC auto.

NOTES

A large light blue rectangular area containing horizontal dotted lines for writing notes.

270 Impasse Adam Smith
CS 10100
34479 Pérols cedex

