

AVRIL 2022

# ASSURANCE MUTUELLE DES MOTARDS

// **SFCR - exercice 2021** //



## SOMMAIRE

<b>1. LA SYNTHÈSE DU RAPPORT</b>	<b>4</b>
<b>2. LES ACTIVITÉS ET RÉSULTATS</b>	<b>5</b>
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	6
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	12
2.4.4. L'analyse financière prospective	14
<b>3. LES ACTIVITÉS ET RÉSULTATS</b>	<b>16</b>
3.1. Les informations générales sur le système de gouvernance	16
3.1.1. La structure organisationnelle	16
3.1.2. Les Comités	18
3.1.3. Les Commissions permanentes	19
3.1.4. La politique de rémunération des salariés	20
3.2. Les compétences et honorabilité	21
3.2.1. L'exigence de compétences et d'honorabilité des dirigeants	21
3.2.2. L'exigence de compétences et d'honorabilité des fonctions clés	21
3.2.3. L'exigence de compétences et d'honorabilité du Conseil d'administration	22
3.3. Le système de gestion des risques	23
3.3.1. La gestion des risques	23
3.3.2. Le Comité interne des risques	23
3.3.3. L'ORSA	24
3.3.4. Le respect du principe de la personne prudente	27
3.4. Le système de contrôle interne	27
3.4.1. Le Contrôle interne	27
3.4.2. Les modifications du dispositif de contrôle interne apportées en 2020	29
3.5. La fonction de vérification de la conformité	30
3.6. La fonction d'Audit Interne	32
3.6.1. La Gouvernance de l'activité	32
3.6.2. Le plan d'Audit Interne	32
3.6.3. Le suivi des recommandations	32
3.7. La fonction Actuarielle	33
3.8. La fonction Gestion des Risques	33
3.9. Le contrôle des comptes	34
3.10. La sous-traitance	34
3.10.1. La politique de sous-traitance	34
3.10.2. Les activités critiques et importantes sous-traitées	35

<b>4. LE PROFIL DE RISQUES</b>	<b>36</b>
4.1. Le profil de risques	36
4.2. L'exposition aux différents risques	36
4.2.1. Le risque de souscription	36
4.2.2. Le risque de liquidité	36
4.2.3. Le risque de marché	37
4.2.4. Le risque opérationnel	37
4.2.5. Le risque de contrepartie	38
4.3. Les résultats	38
<b>5. LA VALORISATION À DES FINS DE SOLVABILITÉ</b>	<b>39</b>
5.1. L'évaluation des actifs	39
5.1.1. Les actifs financiers en norme Solvabilité 2	39
5.1.2. Les autres actifs	40
5.1.3. Les impôts différés	41
5.1.4. Les provisions techniques	41
5.1.5. La synthèse de la méthodologie du calcul des provisions en normes S 2	44
5.1.6. Les autres passifs	46
<b>6. LA GESTION DU CAPITAL ET DES BESOINS DE CAPITAL</b>	<b>48</b>
6.1. Les fonds propres	48
6.1.1. Les fonds propres actuels	48
6.1.2. Les projets en matière de fonds propres	49
6.2. Solvency Capital Requirement et Minimum Capital Requirement	49
6.2.1. Les exigences de capital de solvabilité (Solvency Capital Requirement)	49

---

## 1 - LA SYNTHÈSE DU RAPPORT

---

Ce rapport a été validé par le Conseil d'administration lors de sa séance du 28 mars 2022.

L'année 2021 s'est inscrite autour de trois axes forts pour notre Mutuelle : mobilisation, consolidation et structuration. Le tout en restant fidèle à notre modèle mutualiste, au service de nos sociétaires.

En premier lieu, **la mobilisation**, de toutes et tous dans ce contexte persistant de crise sanitaire : cette année, comme depuis le début de la crise sanitaire il y a presque deux ans, nous avons continué à nous adapter à une situation inédite qui perdure, change nos repères et nos modes de travail. Nous sommes restés mobilisés pour répondre au mieux aux attentes de nos sociétaires.

**La consolidation** : après la forte progression de notre portefeuille au cours de ces dernières années (6,2 % en 2018, 7,6 % en 2019, 5,7 % en 2020), 2021 s'inscrivait comme une année de consolidation.

Dans un contexte persistant d'inflation forte de la charge sinistres (9 % à 11 % en moyenne par an sur les dix dernières années selon la Fédération Française de l'Assurance pour les coûts des dommages corporels, soit un doublement en dix ans), il nous était nécessaire de retrouver nos grands équilibres financiers.

C'est ce que nous avons fait en adoptant des mesures tarifaires volontaristes mais également en continuant de rationaliser nos frais généraux.

Grâce à la fidélité de nos sociétaires, nous finissons l'exercice en excédent de 1.3 M€, notre chiffre d'affaires progresse de 9.7% à 139 M€ et notre ratio de solvabilité se consolide à 144 %. Notre portefeuille de contrats est lui globalement stable, comme attendu, à 385 440 contrats soit une légère progression de 0,5 %.

Enfin, **la structuration** : 2021 fut une année de structuration avec la réalisation de travaux importants mais aussi en posant les bases des projets qui structureront les années à venir (mise en production de l'outil de gestion indemnisation « Prima claims », digitalisation des parcours sociétaires, politique RH renforcée...).

L'augmentation du SCR étant plus que compensée par la hausse des fonds propres, ceci conduit à une hausse du ratio de Solvabilité qui passe de 136% fin 2020 à 144% fin 2021.

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 2020 et 2021.

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 PEROLS 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 près 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). À fin décembre 2021, la Mutuelle emploie 474 salariés.

### 2.2 LES ACTIVITÉS

#### 2.2.1. Une année marquée par la crise sanitaire

Après une année 2020 totalement bouleversée par la pandémie, l'activité économique a retrouvé son niveau d'avant-crise dès le 3<sup>ème</sup> trimestre 2021. La reprise est solide. L'économie française a démontré au fil des mois sa capacité d'adaptation au contexte de pandémie.

En 2021, malgré les incertitudes et les craintes de défaillances multiples, l'économie a pris une nette trajectoire de reprise. La demande intérieure est forte et alimente la reprise économique. La situation continue de s'améliorer sur le marché du travail.

Des facteurs sont toutefois venus perturber cette dynamique : d'une part, les difficultés d'approvisionnement, qui affectent plusieurs secteurs ; d'autre part, les différentes vagues de la pandémie Covid-19 avec de nouveaux variants ; enfin une forte hausse des prix des matières premières, du transport, de l'énergie.

La croissance du PIB en France devrait atteindre 6,7 % en 2021, avant de revenir à 3,6 % en 2022, 2,2 % en 2023 et 1,4 % en 2024, selon les dernières projections de la Banque de France.

La guerre en Ukraine, survenue à la fin du premier trimestre 2022, a pour le moment un impact modéré pour la Mutuelle et qui concerne principalement une légère dévalorisation du portefeuille de placement en comparaison de la situation au 31 décembre 2021. Ce sujet est toutefois suivi avec attention de manière à identifier rapidement une éventuelle dégradation supplémentaire du portefeuille d'actifs ou l'apparition de nouveaux effets directs ou indirects sur les volumes de commercialisation, les frais généraux voire la sinistralité.

## 2.2.2. L'environnement : marché et accidentologie

### Le marché :

Le marché du 2 et 3 roues à moteur a encore démontré sa solidité en 2021 avec une demande très dynamique. Réelle solution en termes de mobilité dans ce contexte sanitaire, les transactions n'ont jamais été si élevées (sur la période post crise financière de 2008) et cela même dans des conditions dégradées de disponibilité de l'offre, de production, de transport. Le segment de l'occasion, déjà dynamique (y compris en 2020), a bénéficié de cette tension forte entre l'offre et la demande sur le neuf et les prix des motos d'occasion très demandées, se sont envolés.

Cette situation est en totale opposition avec le marché automobile (véhicules particuliers) qui malgré l'amélioration des conditions commerciales et la forte poussée de l'électrique, n'a progressé que de 0,6 % face à 2020, et baissé de 25 % par rapport à 2019.

Après une année 2020 où la croissance avait ralenti, 2021 renoue avec un niveau de croissance plus important. La croissance des cotisations sur la branche Automobile s'établit à +3,8 %.

### L'accidentologie :

La crise sanitaire a profondément modifié les habitudes de mobilité des Français depuis mars 2020, avec l'alternance des restrictions. Nous avons pu constater une diminution sensible du trafic routier en 2020 mais aussi en partie en 2021 en raison notamment du déploiement du télétravail.

Par rapport à 2020 où il y a eu plusieurs longues phases de confinement strict, la sinistralité se montre en progression en raison d'une plus forte circulation routière. Cependant, si l'on se compare à une année plus normale comme 2019, la sinistralité continue de suivre une tendance de recul au niveau global, même si pour certains usagers (comme les cyclistes) nous assistons à une progression de la sinistralité en lien avec le développement important de leur nombre.

## 2.2.3. Le développement des projets continue

2021 fut une année de **structuration avec la réalisation de travaux importants mais aussi en posant les bases de projets qui structureront les années à venir, dont :**

### a) Un outil de gestion des sinistres

La mise en production de l'outil de gestion indemnisation « Prima claims » a été lancée en 2021. Aujourd'hui 80% des nouveaux sinistres sont ouverts dans ce nouvel outil qui voient ainsi leur gestion renforcée.

Le premier semestre 2022 permettra de finaliser cette bascule en couvrant l'ensemble du périmètre et marquera la fin de notre projet de migration de système de gestion (Oxygène).

### b) Une digitalisation des parcours sociétaires

La pandémie contribue à accélérer la digitalisation de nos pratiques. La Mutuelle s'adapte donc pour répondre aux nouveaux besoins exprimés par ses sociétaires par le développement de nouveaux services directement disponibles via les espaces sociétaires (carte vertes, attestations...) ou encore par l'enrichissement de leur parcours avec la création d'un chatbot destiné à les orienter au mieux.

Mais la digitalisation c'est aussi se structurer pour permettre à nos sociétaires de s'exprimer et faire vivre la vie mutualiste au sein de notre Mutuelle même en temps de pandémie. Ainsi, riche de cette expérience, nous avons modifié nos statuts pour pouvoir organiser de façon pérenne nos élections par voie électronique et ainsi favoriser le taux de participation aux élections.

## 2.2.4. Une politique RH renforcée

2021 a été marquée par la poursuite de la crise sanitaire mondiale, et la nécessité de maintenir l'accompagnement humain dans un contexte de perpétuelle évolution des mesures sanitaires.

Dans ce contexte mouvant, l'accompagnement des collaborateurs est resté au cœur de nos préoccupations. Cet

...

...

exercice d'ajustements perpétuels s'est réalisé dans le cadre d'une concertation sociale soutenue et de qualité permettant l'adoption rapide de solutions et de protocoles avec les représentants du personnel. Les mesures prises et observées nous ont permis de limiter la circulation du virus au sein de nos équipes, et de limiter l'impact sur nos activités.

Le télétravail initié au début de la pandémie, a continué à être mis en œuvre de manière globale au sein de l'entreprise, avec l'appui des équipes informatiques et RH, et des modalités d'application distinctes en fonction des contraintes de chaque métier et des situations individuelles. En ce sens, l'accompagnement spécifique des salariés vulnérables en lien avec la Médecine du travail s'est poursuivi.

Au-delà du mode d'organisation du travail, les outils permettant de favoriser le travail à distance ont été mis en place.

Malgré ce contexte, plusieurs projets structurants ont pu être menés : refonte des garanties de la mutuelle santé des collaborateurs, mise en œuvre d'un dispositif d'intégration des nouveaux collaborateurs, mise en place d'un plan de recrutement annuel, renforcement des travaux coopératifs « interservices », mise en place d'une nouvelle plateforme de e-learning et réorganisation de la Direction des Ressources Humaines et de la Qualité de Vie au Travail.

L'évolution de nos pratiques professionnelles adossée à la crise sanitaire, nécessite plus que jamais un accompagnement au plus près des besoins de l'entreprise et des collaborateurs qui la composent.

### 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 les années 2020-2021 ont assurément 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 (par rapport à son portefeuille de 2014) selon un calendrier revu pour tenir compte des conséquences liées à la crise sanitaire et 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 afin d'être au plus près des motards, de leurs besoins et usages pour développer nos parts de marché,
- être plus efficace et améliorer la satisfaction sociétariaire en faisant différemment, forts de notre singularité, tout en assurant la qualité de vie au travail,
- développer et nourrir l'image de marque et la notoriété pour rester en première place en termes de réputation et incontournable (présence à l'esprit).

...

...

## 2.4. LES RÉSULTATS

Le résultat de la Mutuelle se décompose comme suit :

En K€	2021	2020	Variation 2021/2020
Primes nettes	122 430	113 245	9 185
Produits des placements	2 228	3 855	-1 627
Autres produits techniques	1 255	1 283	-28
Charges des sinistres	-82 485	-77 425	-5 060
Variation des autres provisions techniques	507	976	-469
Frais d'acquisition et d'administration	-36 125	-35 114	-1 011
Autres charges techniques	-4 225	-4 271	46
<b>RÉSULTAT TECHNIQUE</b>	<b>3 185</b>	<b>2 548</b>	<b>637</b>
Produits des placements	4 133	6 450	-2 317
Charge des placements	-1 109	-1 158	49
Produits des placements transférés	-2 228	-3 855	1 627
Autres produits non techniques	7	3	4
Autres charges non techniques	-11	-14	3
Résultat exceptionnel	-429	-2 060	1 631
Intéressement, participation, abondement	-985	-863	-122
Taxes boni mali	-893	-97	-796
Impôts	-374	118	-492
<b>RÉSULTAT DE L'EXERCICE</b>	<b>1 297</b>	<b>1 073</b>	<b>224</b>

### 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 2021	Fin 2020	Variation 2021/2020
Nombre de sociétaires	263 962	265 917	- 0,7 %
Nombre de contrats par sociétaire	1,46	1,44	+ 1,4 %

Au cours de l'année 2021, le nombre de sociétaires est en baisse (-0,7 %) et le nombre de contrats par sociétaire progresse de 1,4 %.

#### b) Les contrats

Par catégorie de contrats, les variations sont les suivantes :

Contrats en cours	Fin 2021	Fin 2020	Variation 2021/2020
Moto	331 081	328 984	0,6 %
Cyclo	25 897	24 756	4,6 %
Auto	28 077	29 851	-5,9 %
VAE/EDPM	384	36	966,7 %
<b>Total</b>	<b>385 439</b>	<b>383 627</b>	<b>0,5 %</b>

**Tout type de contrats confondus, le portefeuille progresse de 0,5 % en 2021.**



Par ailleurs, le portefeuille de contrats MRH, souscrits par la Mutuelle pour le compte de l'AGPM dans le cadre d'un partenariat, s'élève fin 2021 à 10 479 contrats.

### c) Les cotisations

Les cotisations acquises de l'année 2021 sont de 139,177 millions d'euros, en augmentation de 9,7 % par rapport à celles de l'exercice précédent.

Cotisations	Fin 2021 (en k€)	Fin 2020 (en k€)	Variation 2021/2020
Moto	116 235	105 836	9,8%
Cyclo	10 033	8 749	14,7%
Auto	12 909	12 313	4,8%
<b>Total</b>	<b>139 177</b>	<b>126 898</b>	<b>9,7%</b>

La tendance haussière des cotisations acquises en 2019 (+8,9 %) et 2020 (+9 %) se poursuit en 2021 avec une hausse de +9,7 %.

## 2.4.2. Les autres postes du compte de résultat

### a) La gestion sinistres

Deux indicateurs permettent de suivre et d'évaluer les sinistres. D'une part, la fréquence qui montre le rapport entre le nombre de dossiers sinistres ouverts par contrat et le nombre moyen de contrats souscrits. D'autre part, le rapport sinistres sur cotisations (S/C) qui exprime le rapport entre la charge sinistres et le chiffre d'affaires. Ces éléments sont examinés ci-dessous.

#### • Les fréquences

Les fréquences présentées dans le tableau ci-après correspondent aux fréquences des sinistres et plus précisément au taux de mise en jeu des garanties, compte tenu de l'exposition des contrats sur ces garanties.

Fréquences sinistres	Fin 2021	Fin 2020	Variation 2021/2020
<b>Moto</b>	3,4%	3,1%	9,7%
<b>Cyclo</b>	7,4%	7,1%	4,2%
<b>Auto</b>	7,1%	6,5%	9,2%

La fréquence des sinistres est en hausse de 9 % entre les exercices 2020 et 2021. Cette hausse, qui concerne toutes les catégories de contrats, et notamment la moto (+10 %), fait suite à une forte baisse de cette même fréquence sinistres l'an passé, liée principalement aux périodes de confinements de la crise sanitaire en 2020.

• **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	139 177
SINISTRES ANNÉE DE SURVENANCE 2021 Montant de la charge net de réassurance	75 274
Rapport S/C 2021	54 %
Rapport S/C 2020	50 %
BONIS SUR EXERCICES ANTÉRIEURS	
Montant des bonis(-) malis(+) dégagés	-4 582
Rapport bonis / malis 2021	-3%
Rapport bonis / malis 2020	3%
CHARGES SINISTRES TOTALES	
Montant de la charge	70 692
Rapport S/C 2021*	51%
Rapport S/C 2020*	53%

\* Hors coût de la réassurance

**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 2021 s'élève à 11 950 k€, montant en baisse de -2,3 % par rapport à fin 2020 (12 236 k€).

Le solde des avances sur recours matériels au 31 décembre 2021 s'élève à 3 575 k€, montant en hausse de 65% par rapport à fin 2020 (2 162 k€).

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 2021 et s'élève à un montant de 10 558 k€ contre une provision de 6 662 k€ au 31 décembre 2020, soit une dotation de provision de 3 896 k€.

Cette hausse importante est essentiellement due à la modification de la gestion des avances sur recours matériels Claims, dont la provision a corrélativement augmenté avec la hausse des avances matériels effectuées sous Claims.

**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 100 k€ des deux derniers exercices de survenance est retracée dans le tableau ci-dessous :

En k€	2021	2020	2020 vue au 31/12/2021
Nombre de sinistres	28	31	42
Charge sinistres brute	24 408	15 177	19 477
Participation réassureurs	-13 204	-6 019	-7 665
Charge sinistres nette	11 204	9 158	11 813
Primes de réassurance (hors attentat et Stop-loss)	12 973	10 074	10 074
Cotisations acquises de l'exercice	139 177	126 898	126 898
<b>S/C brut</b>	<b>17,5%</b>	<b>12,0%</b>	<b>15,3%</b>
<b>S/C net</b>	<b>8,1%</b>	<b>7,2%</b>	<b>9,3%</b>
<b>S/C net (y compris primes de réassurance)</b>	<b>17,4%</b>	<b>15,2%</b>	<b>17,2%</b>

#### d) Les frais généraux

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

Ratio de frais généraux	2021		2020	
	En %	En k€	En %	En k€
Par rapport aux cotisations acquises brutes	36,7%	51 015	38,3%	48 568
- <i>frais de gestion sinistres</i>	8,1%	11 242	8,0%	10 197
- <i>frais d'acquisition</i>	14,5%	20 145	13,5%	17 116
- <i>frais d'administration</i>	11,1%	15 504	13,5%	17 094
- <i>autres charges techniques</i>	3,0%	4 124	3,3%	4 161

Sur l'exercice 2021, le ratio de frais généraux reste bien en dessous de 40 %. Les frais généraux représentent ainsi 36,7 % des primes acquises au 31/12/2021, en diminution de 1,6 points. Cette diminution reflète la stratégie de maîtrise des frais généraux dans un contexte de croissance commerciale, initiée depuis plusieurs années.

#### e) Le résultat exceptionnel

Le résultat exceptionnel laisse apparaître une perte de 429 k€.

Ce résultat correspond principalement à la constitution de provisions pour risques nettes.

#### 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 2021, l'intéressement (y compris forfait social et taxe sur les salaires) atteint 985 k€ au titre de l'exercice 2021.

#### g) Les impôts

Depuis le 1<sup>er</sup> 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 2021 s'élevaient à 43 k€, principalement au titre du crédit d'impôt mécénat (50 k€) et crédit d'impôt famille (40 k€), ainsi qu'une régularisation du crédit d'impôt famille de 2016 (- 46 k€).

Le résultat comptable, après impôt sur les sociétés, est un bénéfice de 1 297 k€.

Le résultat fiscal de l'exercice 2021 est également bénéficiaire et a généré un impôt société de 427 k€.

### 2.4.3. Les résultats des placements financiers

#### a) La stratégie financière

La stratégie générale de placement est mise en œuvre par la Finance et Risques, sous l'autorité de la Direction générale de la Mutuelle et en conformité avec les orientations données par le Conseil d'administration.

L'objectif principal est d'assurer un rendement durable du portefeuille en limitant au maximum les prises de risques. Les titres en portefeuille, en particulier les titres en vif, sont détenus dans une logique de conservation.

#### Les valeurs mobilières

Ces valeurs sont réparties en deux poches : la poche englobant le portefeuille géré sous mandat par OFI AM et la poche de trésorerie gérée directement par la Mutuelle.

##### • 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 (Cf. paragraphe 3.1.2).

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. Ce portefeuille se compose de valeurs mobilières (uniquement de l'obligataire « entreprises » au 31/12/2021) et de parts d'OPC (fonds actions, fonds obligataires, fonds mixtes, fonds d'infrastructure, fonds indiciels,...).

Les contraintes d'investissement (rating) sur les obligations (en valeur de marché) en direct sont restées inchangées au cours de l'exercice 2021 :

<b>Devise</b>	100% euro (pas de risque de change)
<b>Géographique</b>	Émetteur OCDE
<b>Notation</b>	- 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 %
<b>Sensibilité moyenne</b>	entre 0 et 8

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

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

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 stratégie de gestion du mandat a très légèrement évolué en 2021 avec l'introduction d'un fonds immobilier (OFI pierre), d'un fonds de dettes privées immobilières et d'un renforcement de l'investissement en fonds d'infrastructure. Ces investissements font suite aux études initiées en 2020 pour améliorer le rapport entre coût de SCR et rendement.

Entre 2020 et 2021, la notation moyenne de ce portefeuille (BBB +) est restée stable même si dans l'intervalle la pondération des émetteurs notés BBB a légèrement diminué au profit des émetteurs notés A (les échéances 2021 provenant plutôt d'émetteur notés BBB ont été réinvesties à part égale vers des titres notés A et BBB)

Dans le même temps, la maturité moyenne du portefeuille a légèrement augmenté de 3,5 à 4 ans compte tenu des investissements réalisés en 2021 sur des maturités courant pour la plupart entre 2029 et 2031) : de fait, la sensibilité crédit a augmenté de 3,4 fin 2020 à 3,8 fin 2021.

• **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 des partenaires bancaires (comptes sur livret, DAT).

**Les valeurs immobilières**

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

**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 du bilan (<1 %).

**b) Le rendement financier du portefeuille sous mandat**

L'année 2021 a été marquée par la très bonne performance des marchés action qui ont terminé l'année au plus haut (en 2021 l'eurostoxx 50 a augmenté de 21%), ce qui a favorisé la hausse du volume de plus-values latentes sur les actions dans le portefeuille. Dans le même temps, les risques liés à l'inflation ont confronté le compartiment des obligations d'entreprises à une légère remontée des taux longs français (le rendement de l'OAT 10 ans passe de -0,33% à 0,1% en 2021) et à un léger écartement de spreads : ceci a eu pour conséquence d'éroder un peu le niveau des plus-values latentes de la poche crédit.

Le rendement financier Total Return de ce portefeuille s'établit à 1,8% en 2021 contre 1,9 % en 2020 : cette stabilité de rendement entre 2020 et 2021 s'explique par la quasi-stabilité des revenus encaissés ainsi que du stock global de plus-value latente (8,4 m€ en 2020 et 8m€ en 2021)<sup>1</sup>.

**c) Le résultat comptable**

En 2020, les placements financiers ont apporté 3 024 k€ de produits financiers (soit un rendement comptable de 1,40 %). Ils se décomposent de la manière ci-dessous :

En k€	2021	2020	Var 2021/2020
Revenus nets (dividendes + coupons)	2 330	2 525	-4,8%
Plus-values réalisées	1 810	3 595	30,9%
Moins-values réalisées	-635	-380	-28,3%
Frais de gestion des placements et charges financières	-480	-448	-15,0%
<b>TOTAL</b>	<b>3 024<sup>(1)</sup></b>	<b>5 292<sup>(2)</sup></b>	<b>21,9%</b>

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

Ce résultat comptable des placements financiers est en forte baisse par rapport à l'exercice 2020 (5 292 k€). Ceci s'explique principalement par des plus-values nettes des cession réalisées moins importantes qu'en 2020, ainsi que la plus-value sur la vente réalisée en 2020 de l'ancien siège social de la Mutuelle.

**d) Les provisions pour dépréciation**

Au 31 décembre 2021, le calcul effectué sur les lignes d'OPCVM en moins-values 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.

<sup>1</sup> Même si le volume global de plus-values latentes est resté stable entre 2020 et 2021, il y a une variation dans la contribution des différentes poches d'actifs à ces plus-values : La poche action contribue à hauteur de 4,1m€ en 2021 contre 2,4m€ en 2020 tandis que la poche crédit (obligation, convertibles, dettes privées) contribue à hauteur de 3,9m€ contre 5,9m€ un an plus tôt.

### 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, qui a fait l'objet d'une actualisation en 2021.

Au 31 décembre 2021, tous les immeubles après dotation de provision sur les bâtiments les plus récents sont en plus-values latentes. Ces plus-values s'élèvent à 7 114 k€.

### 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			
<b>Filiales :</b>								
SASU LCDM	40	173	100 %	40	40	9	4 781	25
SARL Les Éditions de la FFMC	32	- 724	50 %	2		27	2 854	- 138
SAS Mutopia Construction	228	164	100 %	3 206	3 206	16 240	1 297	- 39
SAS Securider	10	- 2	100 %	10	10	0	8	- 3
<b>Participation de 20% à 50 %</b>								
Néant								
<b>Participation de 10% à 20%</b>								
Néant								
<b>Participation de 5% à 10%</b>								
Liberty Rider	1	492	7,2 %	249			893	- 241
<b>Participation inférieure à 5%</b>								
Crédit Coopératif part A				0	0			
Crédit Coopératif part B				22	22			
SOCRAM	70 000	160 702	0,7 %	710	710		59 645	1 355
MATMUT Protection Juridique	7 500	27 064	0,5 %	37	37		50 619	7 234
IMA	37 410	88 310	0,5 %	438	438			303
IMA GIE	3 547	338	0,1 %	4	4		499 647	
OFIVALMO Partenaires	10 000	5 481	2,0 %	329	329		0	4 582
<b>Total des titres de participations</b>				<b>5 047</b>	<b>4 796</b>			

Les informations financières sont celles de l'exercice 2020, sauf pour la SAS LCDM, la SAS MUTOPIA et la SAS SECURIDER pour lesquelles ce sont celles de l'exercice 2021.

## 2.4.4. L'analyse financière prospective

Ces études (stochastique et déterministes) sont réalisées dans le but d'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 des 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 a été réalisée au 1<sup>er</sup> trimestre 2021 pour la période 2021-2025, 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-values latentes à la fin de chaque année observée ;
- ▶ Une value at risk (VAR) des shortfall à 95 % : pour l'obtenir, il s'agit de comparer, pour chaque année de la période observée (2021-2025), le revenu calculé dans le cadre de chaque scénario shaman avec le revenu attendu, puis de sommer pour chacun des scénarios toutes les années pour lesquelles il y a une insuffisance de revenus. Ces scénarios sont ensuite classés du plus favorable (somme des différences de revenus la plus faible) au moins favorable (somme des différences de revenus la plus forte) et on observe la situation correspondant au scénario classé 950<sup>ème</sup> (sur les 1000 simulés).
- ▶ Un expected shortfall conditionnel : il s'agit d'observer la moyenne des montants totaux de revenus manquants sur la période simulée pour les 5 % de scénarios qui n'atteignent pas l'objectif de revenus (50 scénarios les plus défavorables sur les 1000 simulés),
- ▶ 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.

Suite à l'étude shaman, des investissements ont été initiés en 2021 sur un fonds OPC immobilier, un fonds de dettes immobilières et un fonds de dettes : comme il s'agit toutefois de fonds à appel de fonds progressifs, ces investissements ne joueront à plein pour renforcer les revenus que d'ici un ou 2 ans.

**b) L'étude déterministe**

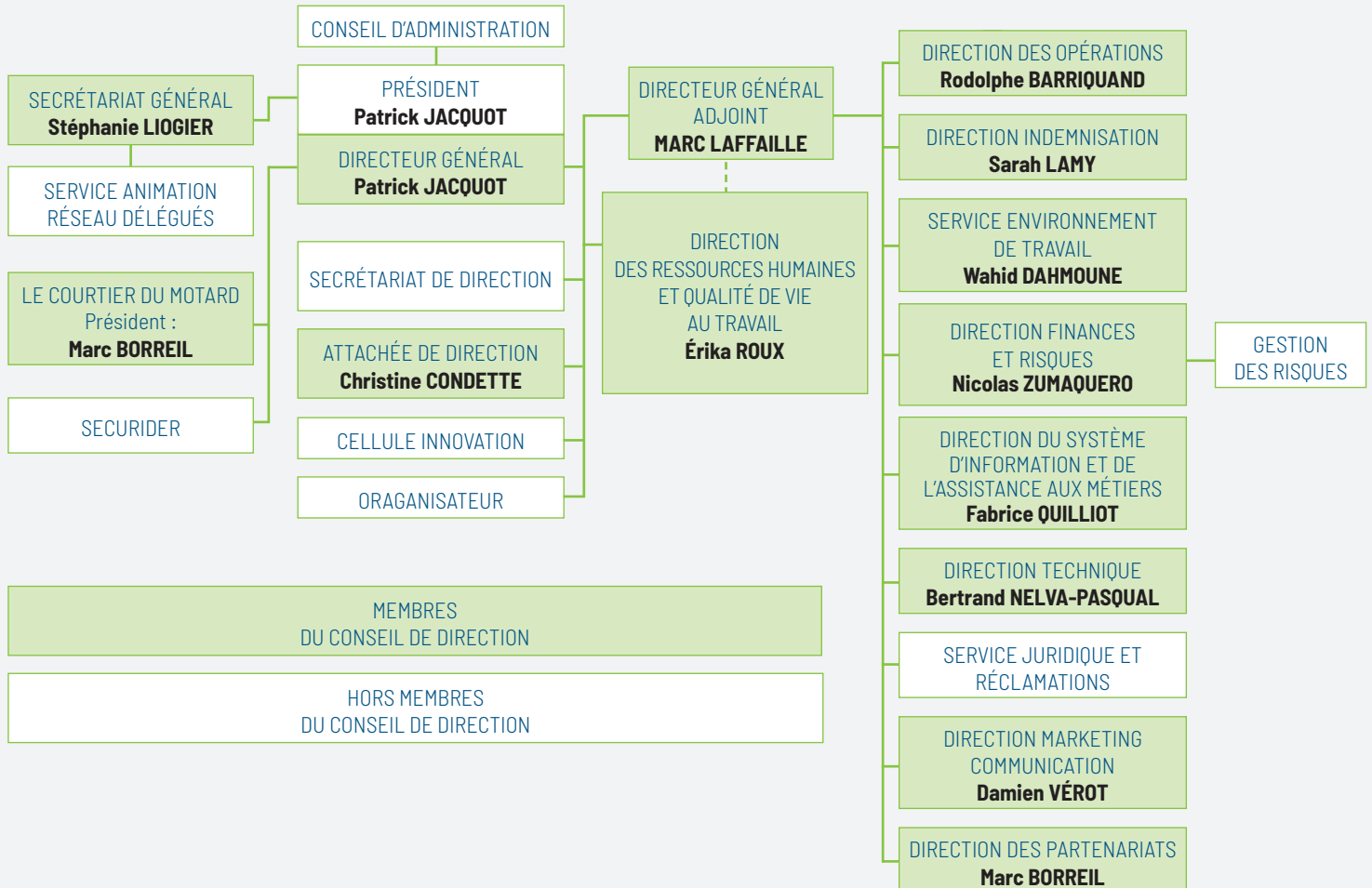
Habituellement, une analyse complémentaire déterministe est réalisée par OFI Asset Management en complément de l'étude stochastique shaman. Il s'agit de simuler 3 scénarios (1 centrale et 2 alternatifs) à partir d'un consensus de projection macroéconomique. Cette étude n'a pu, pour des raisons pratiques, être conduite par OFI au cours de l'exercice 2021.

## 3 - LES ACTIVITÉS ET RÉSULTATS

### 3.1 LES INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR LE SYSTÈME DE GOUVERNANCE

#### 3.1.1 La structure organisationnelle

##### ORGANIGRAMME GÉNÉRAL



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. Sont sélectionnés, tous les sociétaires ayant eu au moins un contrat en cours pendant au moins un jour au cours de l'exercice pour lequel l'assemblée générale convoquée a à statuer. Les représentants des sociétaires sont élus 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. Chaque sociétaire représente une seule voix pour sa région ou son groupement géographique. Les candidats aux postes de représentants des sociétaires à l'Assemblée générale peuvent déposer leur candidature via leur espace sociétaire, pendant une période limitée et définie par le Conseil d'administration. De la même façon, chaque candidature est soumise aux votes de sociétaires. Les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix sont élus dans la limite des postes disponibles.

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 France Assureurs 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 Conseils 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 31/12/2021 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 ont pour missions de développer la relation sociétaire et la relation avec l'environnement 2 et 3 roues. Sur les territoires, ils ont un rôle de pivot entre la Mutuelle et les antennes locales de la FFM.C.

Ils participent également à de nombreuses missions : les actions terrain en local (salons, puces, fêtes de la moto), les Relais Calmos, les actions de prévention, les rencontres sociétaires, les « com à 3 », l'appui à la prise en charge coopérative d'un conflit.

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

#### 3.1.2.1. 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'arrêté 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.

### 3.1.2.2. Le Comité financier

Le Comité financier de la Mutuelle est composé du :

- Le Directeur général,
- Le Directeur général adjoint,
- La Secrétaire générale,
- Le 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.

### 3.1.2.3. 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 ès qualité, 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 finalement 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 prérequis 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 fixé un référentiel d'appétence aux risques qui s'articule autour de sa solvabilité financière.

Le 30/11/2018, le Conseil d'administration s'est ainsi 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 (supérieur à 150 %) :** ce niveau correspond à une zone de confort pour laquelle aucune mesure particulière n'est attendue ou nécessaire,
- **niveau 2 (entre 120 et 150 %) :** 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 (entre 100 et 120 %) :** 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 est habituellement suivi une à deux fois par an à l'occasion de la clôture des comptes, de l'actualisation de l'ORSA ou de l'exercice budgétaire : ce dispositif de suivi habituel se complète d'analyses ponctuelles lorsque des événements d'ampleur se produisent (par exemple la chute des marchés financiers de 2020 liée à la crise sanitaire Covid).

Par ailleurs, dans un objectif de suivi plus régulier ou plus spécifique, des suivis plus spécifiques peuvent être réalisés au niveau des besoins de capital de solvabilité résultant d'une nature de risques (par exemple le suivi du risque de marché permet d'identifier le coût en capital de Solvabilité des Investissements actuels ou futurs de la Mutuelle, pour le mettre en face des rendements obtenus ou espérés).

### 3.3.2. Le Comité interne des risques

Depuis le dernier trimestre 2018, la Mutuelle a mis en place un Comité interne des risques. Il est composé de manière permanente par les 4 Responsables de fonctions clés (Actuariat, Audit, Conformité, Risques) auxquels s'ajoutent le Directeur Finance et Risques et le Directeur Général Adjoint.

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 dispositif de contrôle interne, et du contrôle de la conformité : en 2021, 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.

Le Comité interne des risques joue, par ailleurs, 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.

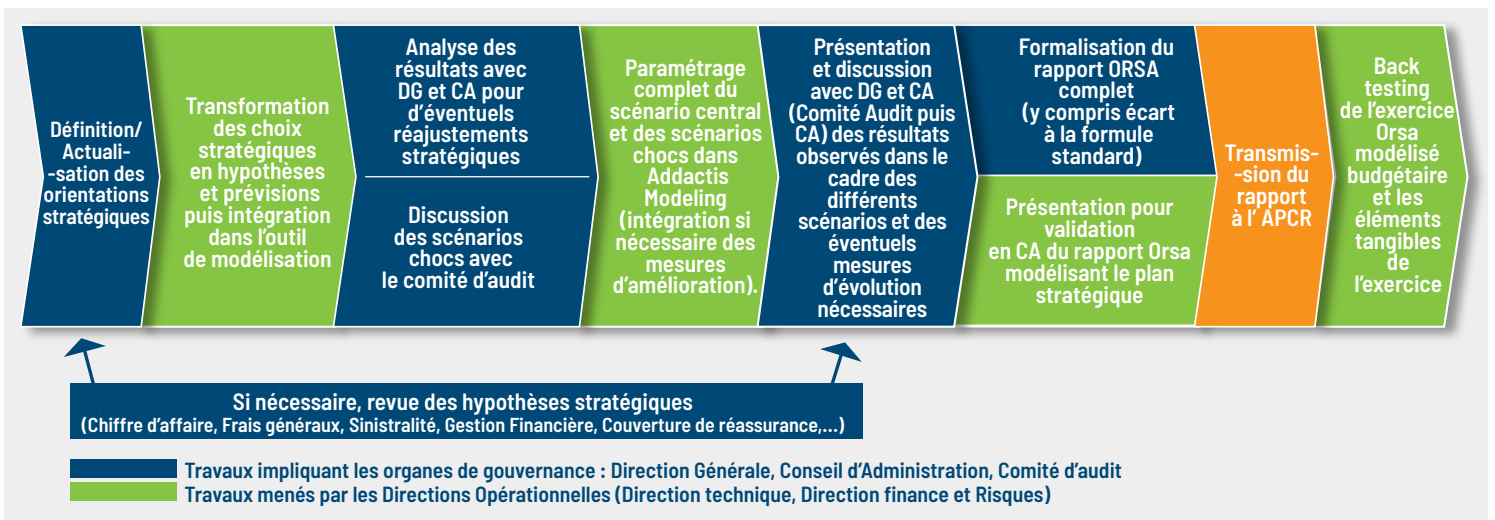
### 3.3.3. L'ORSA

La Mutuelle a mis en place un processus prospectif ORSA pour évaluer les points suivants :

- le besoin global de solvabilité, compte tenu du profil de risques, des limites de tolérance aux risques définies par le Conseil d'Administration et de la stratégie poursuivie sur le plan du développement commercial, de l'indemnisation, des investissements et de la réassurance de risques,
- le respect des exigences de couverture en termes de capital requis (SCR<sup>2</sup> et MCR<sup>3</sup>) et des exigences relatives au calcul des provisions techniques,
- la mesure d'impact sur la Solvabilité de situations de choc,
- l'analyse des éventuels écarts entre la réalité du profil de risque de la mutuelle et les hypothèses modélisées dans le cadre de la formule standard.

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

Le processus d'échanges autour de l'ORSA entre les organes de gouvernance et les Directions opérationnelles de la Mutuelle s'articulent de la façon suivante :

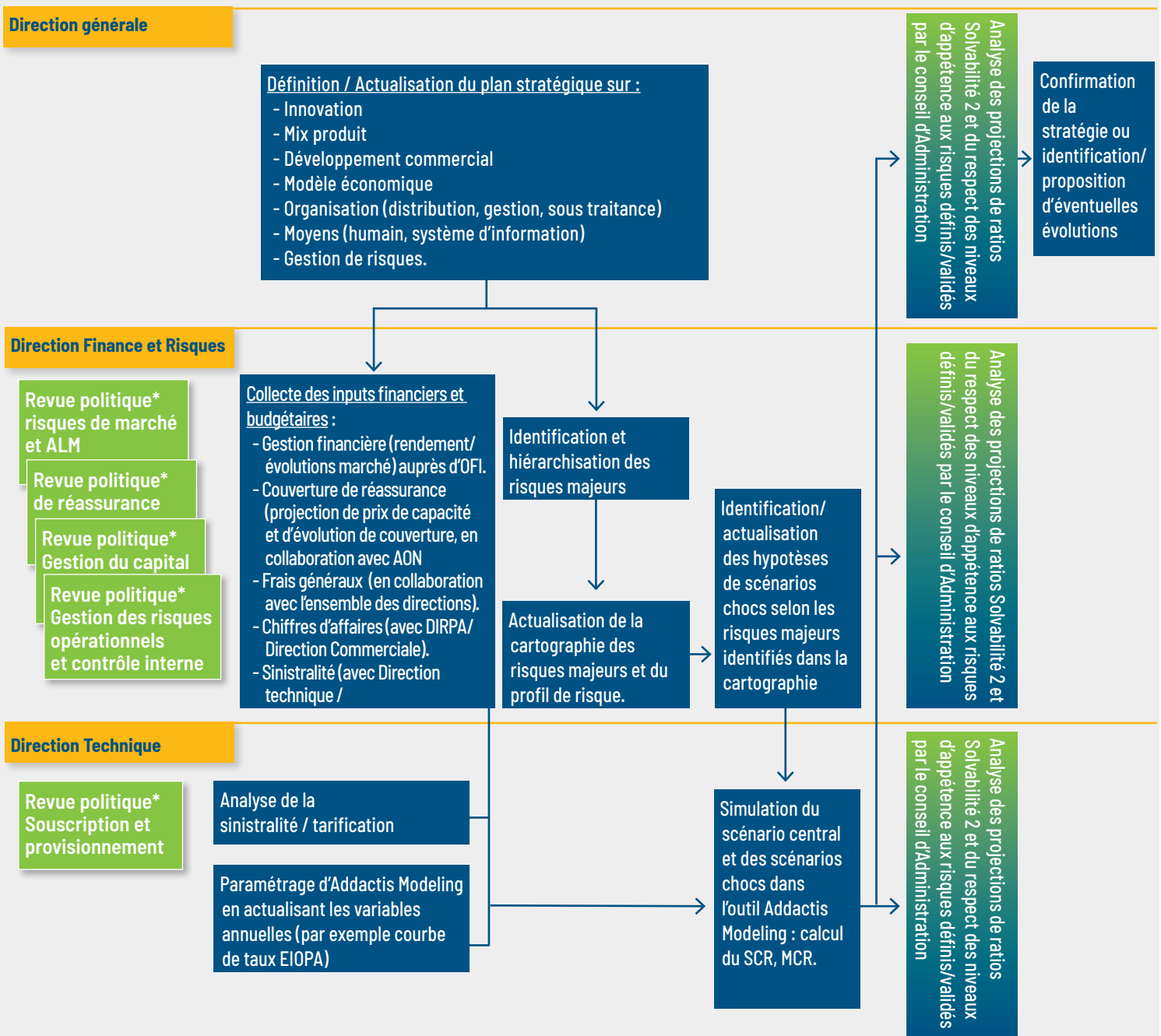


<sup>2</sup> Solvency Capital Requirement (Capital de Solvabilité Requis).

<sup>3</sup> Minimum Capital Requirement (Minimum de Capital Requis).



## 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 :



\* 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 et qui est réalisé au moins une fois par an,
- ▶ L'ORSA exceptionnel à réaliser lorsque le profil de risques de la Mutuelle ou de son environnement évolue ou peut évoluer de manière conséquente : ceci concerne par exemple le développement d'une nouvelle activité ou d'un nouveau produit susceptible de modifier le profil de risques, une baisse significative des tarifs ou de la couverture de réassurance, une modification significative de la structure d'allocation d'actifs, une évolution importante en termes de risque de souscription accepté.

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 de réalisation de l'ORSA sont définies dans une politique mise à jour et validée pour la dernière fois en septembre 2021.

**La méthodologie :**

Afin d'évaluer sa capacité à couvrir les 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 avec pour point d'origine l'année de réalisation de l'ORSA (par exemple 2021-2025 pour l'ORSA réalisé en 2021).

Cette projection est simulée dans un cadre de fonctionnement normal (scénario central) et aussi dans le cadre d'environnements dégradés (scénarios chocs<sup>4</sup> à l'intérieur desquels un ou plusieurs facteurs sont soumis à des situations extrêmes - par exemple la sinistralité qui dérape sur une ou plusieurs années, les marchés financiers qui chutent, ...).

Les projections réalisées dans le cadre de l'ORSA reposent sur des hypothèses tangibles et conformes à la réalité, sur la continuité d'un certain nombre de facteurs et sur des évolutions conforme à la stratégie définie par le Conseil d'administration.

Depuis 2015 la Mutuelle s'est dotée de l'outil Modeling édité par la Société Addactis : cet outil permet d'évaluer de façon précise les composantes du SCR (souscription non-vie, marché, contrepartie, opérationnel, ...) et le bilan prudentiel sur la période analysée. Le paramétrage et les caractéristiques de cet outil ont été adaptés pour correspondre le mieux possible aux caractéristiques de la Mutuelle : et ponctuellement des évolutions sont mises en œuvre pour enrichir la modélisation et la qualité des résultats fournis par Modeling.

- Les éléments techniques d'assurances (projections de chiffres d'affaires, de sinistralité, ...) sont définis au préalable à l'aide d'un outil interne de modélisation du portefeuille de contrats mis à jour par la Direction Technique (le plan à 10 ans) dont les projections sont intégrées à Modeling.
- Les données des placements financiers sont normalisées et transparisées par OFI AM<sup>5</sup> en agglomérant le portefeuille dont il assure la gestion sous mandat avec les actifs détenus et gérés directement par la Mutuelle (participations stratégiques, immeubles pour usage propre, comptes de trésorerie de court terme, ...).

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 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**

En conformité avec la réglementation, le dernier rapport ORSA a été approuvé par le Conseil d'administration en décembre 2021 puis transmis à l'ACPR.

**Les conclusions, recommandations et plans d'actions**

Pour l'exercice ORSA réalisé en 2021, la Mutuelle a modélisé, pour la période 2021-2025, un scénario central et 12 scénarios de chocs (dont 3 scénarios combinant plusieurs chocs). Les principaux éléments de paramétrage retenus pour chacun de ces scénarios sont détaillés dans le rapport présenté et validé par le Conseil d'Administration.

Dans le scénario central intégrant les mesures tarifaires validées par le Conseil d'Administration le 16 octobre 2021, l'AMDM montre sa capacité à satisfaire aux obligations légales en termes de ratio de solvabilité : sur la période de projection, le ratio de couverture (rapport entre les fonds propres en normes Solvabilité 2 et les besoins de capitaux de Solvabilité) navigue selon les exercices entre 139 % (plus haut en 2021) et 133 % (plus bas en 2024), mais il se maintient au-delà du seuil d'alerte interne fixé à 120%. Par ailleurs il faut constater que les projections de ratio de Solvabilité réalisées cette année dans le cadre de l'ORSA sont meilleures que celles réalisées en 2020 (globalement, il s'agit d'une amélioration d'environ 10 points).

En l'état, les projections ne permettent cependant pas de prévoir de dynamique d'amélioration pour converger vers la cible de 150% qui correspond à un niveau de confort défini par le Conseil d'Administration. Pour garantir cette convergence cela nécessiterait des mesures complémentaires (par exemple la mise en place d'un traité de réassurance en Quote Part) ou une amélioration significative des conditions économiques (hausse des taux d'intérêt).

Concernant les scénarios de stress, aucune des situations simulées dans le cadre de l'ORSA 2021 n'engendre un ratio de solvabilité en dessous de 100% (cette situation s'entend sans mise en œuvre de mesure d'amélioration), ce qui représente une amélioration face à la situation observée lors de l'ORSA réalisé en 2020.

<sup>4</sup> Des jeux de scénarios chocs types (nature du choc et paramétrage à appliquer) ont été établis par la Mutuelle en tenant compte des risques auxquels elle peut être confrontée : c'est à l'intérieur de cette bibliothèque que sont choisis chaque année les scénarios de choc à simuler.

<sup>5</sup> Format Tripartite pour Solvabilité 2 défini dans le cadre du Club Ampère regroupant les Gestionnaires d'Actifs.

### 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 le contrôle réguliers effectués par le Comité financier.

## 3.4 LE SYSTÈME DE CONTRÔLE INTERNE

### 3.4.1 Le contrôle interne

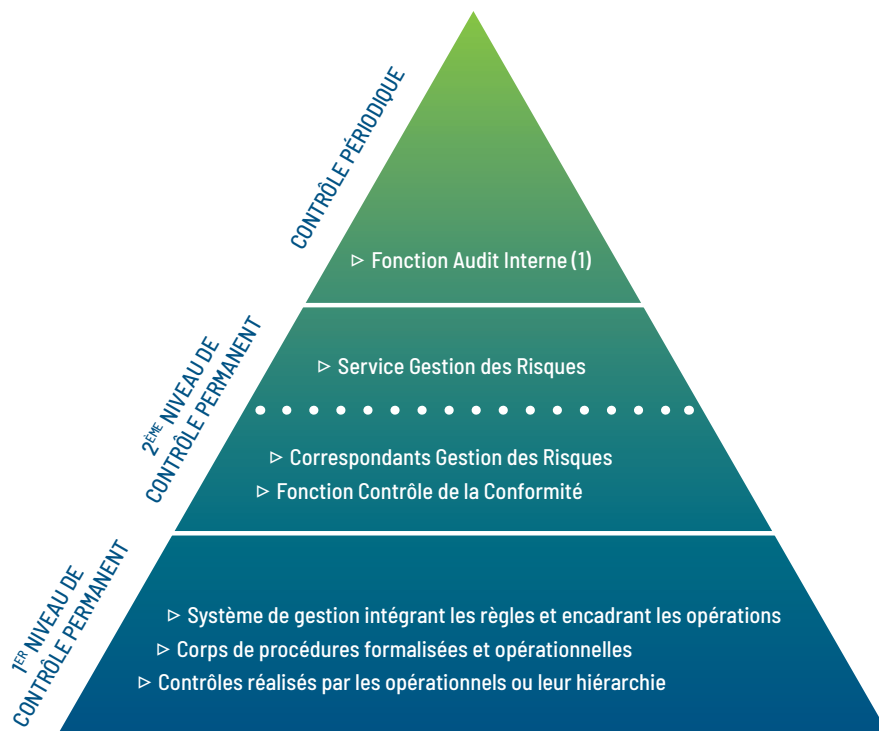
Le dispositif de contrôle interne doit permettre de sécuriser et fiabiliser les activités opérationnelles de la Mutuelle et leur enregistrement comptable et financier en encadrant, maîtrisant et contrôlant les opérations réalisées et les risques auxquels elle est exposée.

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.

De manière classique, l'organisation du dispositif de contrôle interne de la Mutuelle 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 a été progressivement initiée sur le nouveau système au cours de l'année 2021 (les sinistres ouverts avant cette date sont traités en Run off dans l'ancien système tandis que la gestion des sinistres corporels graves ne sera initiée dans le nouveau système qu'à partir de 2022).
- ▶ **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 (à travers le guide de souscription), la gestion des sinistres (portail documentaire qui regroupe entre autres des notes de gestion, les guides d'indemnisation et de provisionnement), l'encaissement recouvrement, ... Etant donné que la Mutuelle est actuellement engagée dans le changement de son système informatique de gestion, certaines documentations ou règles sont devenues obsolètes et font l'objet d'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 sont menés pour favoriser le renforcement du dispositif. Le dispositif de contrôle de premier niveau mis en place sur les activités de gestion (souscription, indemnisation, encaissement/recouvrement) et d'enregistrement (comptabilité) peut être considéré comme étant de bon niveau.

### 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, 12 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 ponctuelles 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 crise sanitaire, ce réseau n'a pu être réuni qu'une fois en cours d'année 2021 (la même thématique a été traitée en 3 sous-groupes), tandis que des formations ont été opérées auprès des nouveaux membres du réseau de correspondant.

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

- Rappel du rôle des correspondant de contrôle interne, de la cible en termes de contrôle interne, de l'utilité d'une base de collecte des incidents,
  - Présentation des évolutions récentes opérées sur le dispositif de contrôle interne (1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> niveau) sur les activités de gestion,
  - Présentation du nouvel outil de collecte des incidents mis en place au 2<sup>ème</sup> trimestre 2021.
- ▶ **L'activité de contrôle de la conformité qui est assurée par le Service Juridique -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** a notamment pour mission 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,
- 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 qualité de formalisation, de traçabilité et l'exploitabilité du résultat de ces contrôles,
- Vérifier l'efficacité du dispositif et 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 de manière permanente dans un processus de renforcement et formalisation du dispositif de contrôle interne grâce à l'élaboration/actualisation de cartographie des risques opérationnels mettant en exergue les risques opérationnels et les contrôles associés. Ces travaux viennent compléter les travaux de cartographie « Top Down » déjà mis en place et actualisés depuis plusieurs années en fonction des évolutions significatives.

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 2021**

**En complément de l'activité récurrente de contrôle de 2<sup>ème</sup> niveau, des travaux ont été réalisés au cours de l'exercice 2021 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 :

- ▶ Une procédure décrivant les règles et le mode opératoire du contrôle aléatoire de souscription (contrôle de premier niveau réalisé par les managers) a été formalisée : ce document précise notamment les acteurs du contrôle, la volumétrie de dossiers à contrôler, la manière dont le contrôle doit être mené et son résultat formalisé.
- ▶ Les grilles de formalisation des résultats observés pour les dossiers entrant dans le contrôle de souscription aléatoire de premier niveau, ont été améliorées pour mieux caractériser, typer et analyser les anomalies et pour assurer le suivi des redressements réalisés ou à mener.
- ▶ Le volume du nombre de dossiers vérifiés dans le cadre du contrôle aléatoire de souscription a augmenté du fait des deux facteurs suivants :
  - Le nombre de dossiers théorique devant être contrôlé chaque mois par chaque responsable de bureau (ou d'équipe du plateau téléphonique) a augmenté entre 2020 et 2021 (de 12 par trimestre à 5 par mois)
  - Les dossiers de souscription intermédiés par des courtiers ou des partenaires de la Mutuelle (par exemple AGPM, Groupama), font l'objet désormais d'une volumétrie de contrôle spécifique alors qu'ils étaient précédemment intégrés dans le dispositif global.
- ▶ Un contrôle de second niveau / premier degré a été mis en place par le Pôle Efficacité Commercial dans le but d'une part d'analyser les anomalies liées à la souscription et de favoriser la mise en œuvre de plans d'action ou de remédiation et d'autre part de garantir la volumétrie des dossiers devant être contrôlés (en se substituant au responsable chargé de réaliser ce contrôle lorsqu'un cas de situation exceptionnelle apparaît).

#### Pour l'activité d'encaissement-recouvrement :

Une revue de la cartographie des risques opérationnels a été réalisée en 2020 et s'est achevée en 2021 : ceci a permis d'identifier exhaustivement l'ensemble des contrôles pour les faire correspondre aux risques opérationnels identifiés dans le cadre de cette activité. Par ailleurs, l'actualisation de la formalisation des processus de traitement opérationnel continue d'être menée.

#### Pour l'activité d'indemnisation :

- Le contrôle concernant les dossiers avec un niveau de provisionnement non revu au cours des 4 derniers mois (6 pour ceux toujours provisionnés au coût d'ouverture) a été renforcé (refonte de l'outil formalisant le résultat de contrôle de premier niveau et mise en place du contrôle de Second niveau).
- Un contrôle a été mis en place pour s'assurer de la revue des dossiers avec le provisionnement le plus élevé (>150 K€) par le Comité Technique Sinistres ou par le Comité Sinistres Graves.

#### Pour le contrôle permanent de deuxième niveau :

Le guide de contrôle de second niveau a été actualisé en intégrant les nouveaux contrôles de second niveau réalisés (dossiers non revus depuis 4 mois ou avec un montant de provision d'ouverture depuis plus de 6 mois, dossiers à présenter en CTS/CSG).

#### **La mise en place d'un dispositif formalisé de Qualité des données sur les provisions techniques :**

Des travaux ont été menés en 2021 pour mieux encadrer la qualité des données en particulier sur les provisions techniques.

Ainsi, des documents (dictionnaires des données et référentiels de contrôle) permettant de qualifier les différentes données utilisées (niveau de criticité, origine, destination, type, ...) et les contrôles nécessaires au processus d'élaboration des provisions techniques ont été formalisés.

Par ailleurs, une politique spécifique à la qualité des données a été rédigée puis présentée au Comité d'Audit et validé par le Conseil d'Administration en décembre 2021. Ce document détaille en particulier la gouvernance, ainsi que le contrôle, l'analyse et le dispositif de remédiation en matière de données.

### **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.

Elle est rédigée en interne par la Responsable de la Fonction Clé Conformité (également Responsable du Service juridique) à qui il incombe d'en assurer la bonne application puis elle est présentée à la Direction générale, revue par le Comité d'audit et validée par le Conseil d'administration : la dernière version de ce document a été validé par le Conseil d'Administration en septembre 2021.

Cette politique s'applique au périmètre de contrôle interne de la Mutuelle : dans un 1er temps ce périmètre concerne la Mutuelle puis il sera étendu dans un second temps à ses filiales pour lesquelles le risque de Conformité est moins évident (Le Courtier Du Motard, la SASU SECURIDER et MUTOPIA).

Par ailleurs, depuis 2020, une ébauche de cartographie des risques de non-conformité a été élaborée : à terme, ce document a pour vocation d'identifier précisément les points de non-conformité qui doivent faire l'objet d'un plan d'amélioration, ainsi que les contrôles de vérification de Conformité à mettre en place.

#### **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 fait remonter à la Conformité les dossiers à analyser : au titre de l'année 2021, 6 dossiers ont été analysés et 5 d'entre eux ont fait l'objet d'une déclaration de soupçon auprès de Tracfin. L'ensemble de ces dossiers est consigné en interne à la Mutuelle.

Le 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. À ce titre, 1 point LCB-FT a été réalisé en 2021 durant le Comité interne des risques de juin.

Concernant l'activité de filtrage et gel des avoir, la Mutuelle est en train de faire évoluer son dispositif qui repose actuellement sur des dispositifs de requêtes internes : la Mutuelle a ainsi sollicité différents éditeurs de logiciels en 2021 et elle a choisi de mettre en place le logiciel édité par la Société Efficiale (des travaux d'analyse de mise en place de la solution sont actuellement menés entre la Mutuelle et l'éditeur).

#### **La protection des données :**

Depuis la nomination du DPO en 2020, une mise à niveau des règles de protection des données à caractère personnel au sein de la société a été initiée. Cela passe par la sensibilisation des acteurs à la protection des données à caractère personnel, la tenue du registre des traitements, la mise à jour des formulaires ou procédures de collecte, la revue des mentions d'informations. Il s'agit également de prendre en compte la protection des données à caractère personnel dans les relations avec les partenaires, prestataires et autres intervenants.

#### **La Directive distribution assurance :**

La formalisation du devoir de conseil a fait l'objet de travaux afin d'être intégrée dans le nouvel outil de gestion : les spécifications ont été validées mais le développement a connu des retards qui repousseront la livraison de cette évolution au deuxième semestre 2022).

#### **Conformité des produits :**

Au titre de l'exercice 2021, aucun nouveau produit ou aucune modification substantielle de produit n'a nécessité d'être examiné et validé selon le dispositif défini dans la politique de gouvernance et surveillance produit (POG) de la Mutuelle.

#### **Les conventions de courtage :**

Le contenu des conventions de courtage, utilisé pour toute nouvelle convention, a été revu et il est en conformité avec les dernières réglementations : la reprise du stock d'ancienne convention a continué au cours de l'année 2021.

#### **Les réclamations :**

L'activité de réclamation est traitée quotidiennement : le bilan de l'année 2021 est en cours de finalisation.

Au titre de l'année 2021, la Mutuelle a traité 578 réclamations (806 réclamations en 2020 qui était une année un peu particulière compte tenu notamment du confinement et de la Crise sanitaire). Le pourcentage de réclamation par nombre de contrat en portefeuille est en baisse entre 2020 et 2021 : de 0,21% à 0,15%.

La quasi-totalité des réclamations (98%) ont été résolus dans un délai maximal de 30 jours : 10% dans la journée, 49% dans un délai compris entre 2 et 10 jours, 40% entre 11 et 30 jours et 2% entre 30 et 60 jours. Cette situation est en nette amélioration face au constat de l'exercice 2020 pour lequel 62% des réclamations étaient traités sous 30 jours.

Dans tous les cas, comme en 2020, aucun traitement de réclamation n'a dépassé le délai maximal de 60 jours fixé par la recommandation ACPR.

Le taux de réclamation pour lequel la Mutuelle émet une décision défavorable pour l'assuré reste pratiquement stable d'une année à l'autre : 65% en 2021 pour 61% en 2020.

Par ailleurs, depuis quelques années, une réunion est organisée 4 fois par an pour faire le point sur les réclamations du trimestre et pour identifier d'éventuelles actions correctives qui peuvent être mises en place (par exemple d'un point de vue procédure de gestion, règle de traitement appliquée, évolutions produits ou contractuelles souhaitables,...) : le contenu de ces réunions, y compris les décisions éventuelles qui en découlent sont formalisées de manière à assurer un suivi.

Ces réunions intègrent le Responsable de la Conformité, les gestionnaires de réclamations, la Direction Indemnisation, la Fonction Clé Gestion des Risques, et depuis 2021 le Marketing Produit.

<sup>6</sup> La notion de résolution s'entend de la manière suivante : suite à la réclamation de l'assuré, le dossier a été revu et une réponse a été apportée.



## 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 2021, 2 missions ont ainsi été menées : le contenu de ces missions, en particulier les constats observés, sont présentés ci-dessous.

#### a) L'audit du Pilier 1

Le Cabinet ADDACTIS a mené un audit sur le pilier 1 afin de vérifier la pertinence du remplissage des inputs et des choix méthodologiques faits au regard des pratiques de marché.

L'évaluation a porté sur les aspects suivants :

- L'Audit des fichiers d'inputs
- Lancer le modèle
- Analyser les résultats au sein d'un reporting Excel adapté au modèle

#### b) L'audit des Ressources Humaines :

La mission a été réalisée au printemps 2021 par le Cabinet EXIOM, cette mission avait pour objectif d'évaluer les processus sous-jacents dont le dispositif de contrôle permanent (1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> niveau).

Le périmètre de l'Audit a concerné les processus RH tels que la Paie et Gestion Administrative du Personnel, le Recrutement, la Formation, le Processus IRP, et la Gestion des Temps. Les différentes recommandations listées ci-dessous sont en cours de mise en œuvre.

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

Le suivi des recommandations est délégué au Service de Gestion des risques : celui-ci se charge de d'établir chaque semestre, sur déclaration des Directions concernées<sup>7</sup>, un bilan de la mise en œuvre des recommandations.

<sup>7</sup> Le Service Gestion des Risques interroge les Directions propriétaires de recommandations pour s'assurer de la mise en place selon le planning initialement prévu : selon la situation constatée, les recommandations concernées sont considérées comme « Terminées » ou « En retard ». Le suivi est réalisé sur la base de ce qui est déclarée par la Direction concernée sans vérification supplémentaire.



### 3.7 LA FONCTION ACTUARIELLE

Les éléments attendus dans le cadre du rapport actuariel sont répartis dans l'année au moment où ces informations sont le plus utiles dans le processus de décision de la Mutuelle des Motards.

Ainsi, l'avis sur les provisions est transmis au Conseil d'Administration avant la présentation des comptes à l'Assemblée générale. L'avis sur la politique de souscription est transmis au Conseil d'Administration au moment des décisions annuelles sur les évolutions tarifaires.

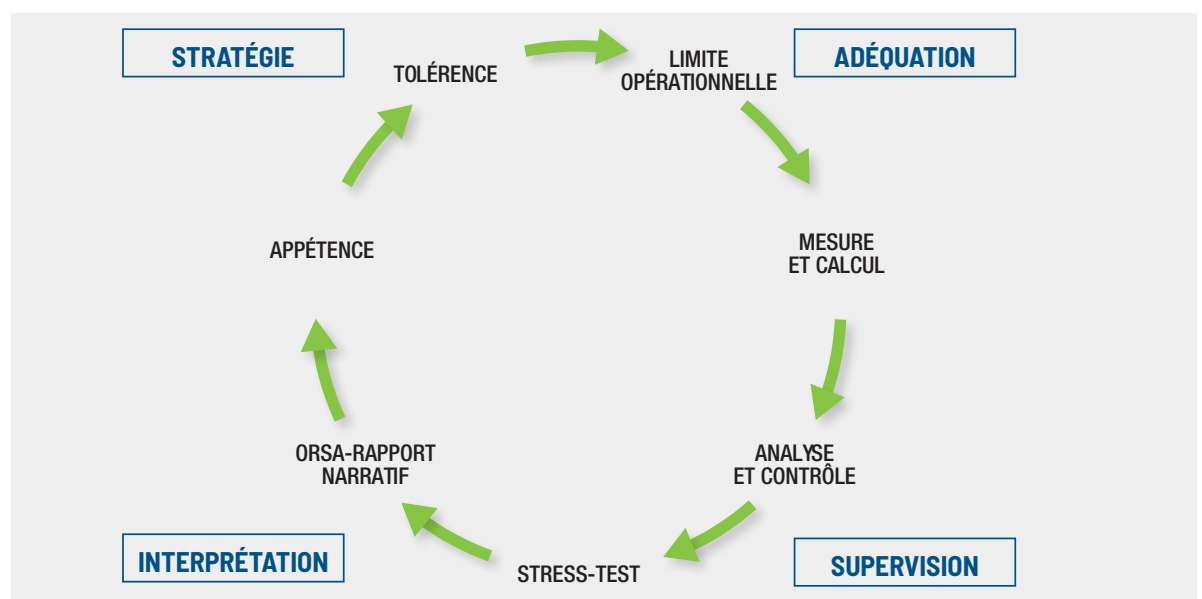
L'avis sur la réassurance est produit pendant la période de réflexion sur la structure de réassurance pour l'année à venir.

Ainsi, la fonction Actuarielle a mené les travaux suivants :

- ▶ Élaboration de l'avis sur les provisions techniques au 31/12/2020. Cet avis a été transmis à la Direction générale et au Secrétariat général, puis au Comité d'audit et au Conseil d'administration de la Mutuelle le 25/5/2021,
- ▶ 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 le 13/10/2021,
- ▶ Élaboration de l'avis sur la réassurance transmis à la Direction générale et au Secrétariat général, puis au Conseil d'administration de la Mutuelle le 14/9/2021,
- ▶ Coordination du calcul des provisions techniques au 31/12/2021 selon les normes Solvabilité 2 ;
- ▶ Supervision des calculs menés dans le cadre de l'ORSA prospectif 2021 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 31/12/2021,
- ▶ Contribution aux travaux d'analyse de la structure de réassurance et réflexion sur le renouvellement des traités de réassurance au 01/01/2022.

### 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.



La fonction Gestion des risques est amené à échanger assez régulièrement avec les organes de gouvernance de la Mutuelle (Administrateurs au travers du Comité d'Audit ou du Conseil d'Administration, Direction Générale) pour présenter et échanger sur les travaux réalisés (ORSA, dispositif de Contrôle Interne, politiques de risques, ...) les résultats observés et les dispositifs existants ou à améliorer.

En complément de ces échanges, le Comité d'Audit entend formellement une fois par la Fonction Clé Gestion des Risques sur l'environnement de Risques de la Mutuelle et son évolution puis retranscrit le contenu de cet entretien au Conseil d'Administration : concernant l'exercice 2021, l'entretien s'est déroulé le 18 février 2022.

Les différents travaux conduits dans le cadre de la fonction Clé de Gestion des risques sont ventilés dans les différents paragraphes de ce 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 ARCILON PKF (ex 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., représentée par Jean-François Mora, Commissaire aux comptes titulaires.

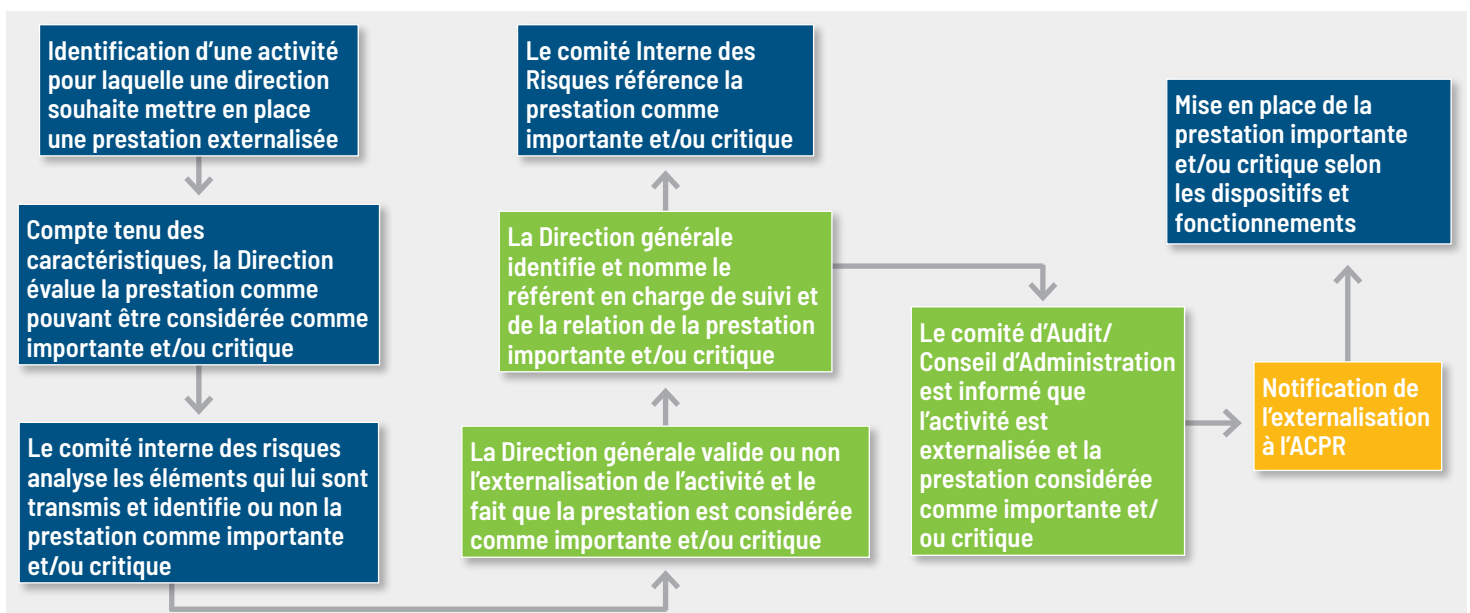
### 3.10 LA SOUS-TRAITANCE

#### 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,
- Pour être conseillé et accompagné dans ses réflexions et stratégies d'évolution et de transformation.

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



**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.

Il est à noter que cette liste des Prestations Importantes et Critiques à fin 2021 est identique à celle de fin 2020 : aucune prestation, mise en place en 2021, n'a été considérée comme importante et critique et n'a nécessité d'activer le processus présenté dans le paragraphe 3.10.1.

## 4 - LE PROFIL DE RISQUES

### 4.1 LE PROFIL DE RISQUES

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 2021, 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 (4 traités en excédent de sinistres, dont 3 tranches ont été négociées dans le cadre de l'ARCAM, couvrant les sinistres au-dessus de 1M€ + 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

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.

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 (201 M€ en valeur de marché au 31/12/2021) peuvent être considérés comme liquide compte tenu de leurs caractéristiques : ce portefeuille est constitué à 58 % de titres obligataires vifs (ou assimilées) à taux fixe ou variable et pour le reste d'Organismes de Placements Collectifs (actions, dettes, infrastructure, mixtes, ...) cotant régulièrement et assez facilement négociables.

En condition normale (sans scénario de stress sur les prix), pratiquement 90 % des actifs sous mandat peuvent être liquidés dans un délai d'une semaine et 99 % dans un délai d'un mois : cette situation est stable par rapport à la situation observée fin 2020.

De manière globale, compte tenu de la liquidité de 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

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<sup>8</sup>, risque de concentration, risque de taux, risque immobilier, risque de change.

Les risques de spreads, action et immobilier sont les 3 principales composantes du risque de marché de la Mutuelle.

De manière générale, même si la gestion du portefeuille (hors immobilier et trésorerie) est confiée à OFI Asset Management dans le cadre du mandat de gestion, la Mutuelle conserve un rôle régulier 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.

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 nature d'actifs (actions, obligations, immobilier, trésorerie, ...), par catégorie de notation (Investment Grade, high yield) par ainsi qu'en matière d'exclusion de certains actifs compte tenu de leur activité : ces contraintes d'allocation précisées dans le mandat de gestion signé entre OFI AM et la Mutuelle sont suivies mensuellement au travers du 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).

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<sup>9</sup> 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 de la Mutuelle à atteindre les niveaux de revenus attendus sur la période analysée grâce au portefeuille d'actifs existant. C'est la réalisation de cette étude en début d'année 2021 qui a orienté la Mutuelle à investir dans des nouveaux types de produits (fonds immobiliers, fond de dettes privée) et à renforcer son investissement dans certains types d'actifs déjà détenus (fonds de Private Equity servant à financer de l'infrastructure).

### 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'événements 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).

<sup>8</sup> Ce risque est représenté par l'évolution des spreads de crédit sur le marché obligataire en fonction de la perception du risque de défaut de la part des investisseurs.

<sup>9</sup> Cette sensibilité correspond à l'évolution en pourcentage de la valeur du portefeuille obligataire lorsque les taux d'intérêt ou les spreads (suivant ce qui est mesuré) évoluent de 1% à la hausse ou à la baisse.

#### 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.

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 suffisant : 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 31/12/2021, pratiquement 100 % des créances de réassurance de la Mutuelle (hors exercice 2021) sont couvertes.

La régularisation des situations issues de créances nées en N-1 s'effectue normalement au cours du 1er 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.

### 4.3 LES RÉSULTATS

Nous présentons dans le tableau suivant la décomposition du SCR au 31/12/2021, par comparaison avec la situation au 31/12/2020 :

Données en k€	2021	2020	2021 / 2020 en %
<b>BSCR</b>	<b>61 218</b>	<b>56 038</b>	<b>9%</b>
Risque de marché	28 268	22 473	26%
Risque de contrepartie	773	2 027	-62%
Souscription vie	836	916	-9%
Souscription non-vie	47 134	44 751	5%
Souscription santé	0	0	
<b>Effets de diversification</b>	<b>-15 793</b>	<b>-14 130</b>	<b>12%</b>
Incorporels	0	0	
<b>BSCR</b>	<b>61 218</b>	<b>56 038</b>	<b>9%</b>
<b>Opérationnel</b>	<b>5 324</b>	<b>5 390</b>	<b>-1%</b>
<b>Ajustement</b>	<b>-6 899</b>	<b>-5 395</b>	<b>28%</b>
Adj. Participation aux bénéfices	0	0	
Adj. Impôts différés	-6 899	-5 395	28%
<b>SCR</b>	<b>59 644</b>	<b>56 033</b>	<b>6,4%</b>

L'augmentation du SCR en 2021 s'explique principalement par la hausse du SCR marché, liée à l'accroissement de la valeur de marché des actions détenues au travers de fonds d'investissement ainsi qu'à l'évolution défavorable de l'ajustement symétrique appliqué sur le risque action.

Le SCR non-vie s'accroît lui aussi, en lien direct avec l'augmentation du chiffre d'affaires et avec 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
<b>Immobilisations corporelles pour usage propre</b>	<b>10 720</b>	<b>3 607</b>
<b>Placements</b>	<b>208 737</b>	<b>198 523</b>
Immobilier (autre que pour usage propre)	0	0
Participations	3 321	1 666
<b>Actions</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<i>Actions cotées</i>	0	0
<i>Actions non cotées</i>	0	0
<b>Obligations</b>	<b>117 984</b>	<b>114 981</b>
<i>Obligations souveraines</i>	0	0
<i>Obligations d entreprises</i>	117 984	114 981
<i>Titres structurés</i>	0	0
<i>Titres garantis</i>	0	0
Fonds d'investissement	84 280	78 724
Produits dérivés	0	0
Dépôts autres que ceux assimilables à de la trésorerie	3 152	3 152
Autres placements	0	0
<b>Prêts et prêts hypothécaires</b>	<b>16 257</b>	<b>16 257</b>
Prêts et prêts hypothécaires aux particuliers	1 101	1 101
Autres prêts et prêts hypothécaires	15 156	15 156
Avances sur polices	0	0
<b>TOTAL DE L'ACTIF</b>	<b>235 713</b>	<b>218 387</b>

#### 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		5 351
Actifs incorporels	0	17 798
Impôts différés actifs	0	0
Excédent de régime de retraite	0	0
<b>Autres actifs</b>	<b>17 994</b>	<b>52 415</b>
Dépôts auprès des cédantes	20	20
Créances	5 889	38 924
- Créances nées d'opérations d'assurance	17	28 938
- Créances nées d'opérations de réassurance	0	4 114
- Autres créances (hors assurance)	5 872	5 872
Actions auto-détenues	0	0
Instruments de fonds propres appelés et non payés	0	0
Trésorerie et équivalent trésorerie	6 218	6 218
Autres actifs non mentionnés dans les postes ci-dessus	5 866	7 253
<b>TOTAL DE L'ACTIF</b>	<b>17 994</b>	<b>75 564</b>



### 5.1.3. Les impôts différés

#### • Les impôts différés actif :

Les impôts différés actif correspondent à la part d'IS au taux de droit commun sur le résultat fiscal déficitaire reportable. Nous avons pris en compte le déficit reportable à fin 2021 de l'Assurance Mutuelle des Motards (770 k€) et de sa filiale à 100% SAS Mutoxia (667 k€), soit 354 k€ d'impôt différé actif.

#### • Les impôts différés 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 entre les comptes sociaux et prudentiels en k€	Taux appliqué	Montant de l'IS (+) dette/(-) créance en k€
Immobilier d'exploitation	7 113	10,42%*	741
Participations	1 655	3%**	50
Actions non cotées	0	25,00%	0
Obligations d'entreprise (hors CC)	2 360	14,36%***	339
Fonds d'investissement	5 556	0%	0
Autres incorporels	-17 798	25,00%	-4 449
Provisions techniques cédées	-15 375	25,00%	-3 844
Créances d'assurance	-28 921	25,00%	-7 230
Créances sur les réassureurs	-4 114	25,00%	-1 029
Provisions techniques brutes -IARD	81 789	25,00%	20 447
Provisions techniques brutes -Vie	-480	25,00%	-120
Dette d'assurance	75	25,00%	19
Dettes de réassurance	-1 241	25,00%	-310
Passifs éventuels	-947	25,00%	-237
Engagements sociaux	7 113	10,42%*	741
<b>Total en k€</b>			<b>4 377</b>

\* Taux de 25% appliqué aux plus-values immobilières excepté pour les titres de participation à LT de la SAS Mutoxia (taux à 0% avec impact de 3% concernant la réintégration de quote-part de frais et charges)

\*\* Taux à 0% pour les participations à LT (impact de 3% concernant la réintégration de quote-part de frais et charges)

\*\*\* 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 appliqué sur l'ensemble des plus-values latentes dans les comptes sociaux.

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 31/12/2021 en 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. Cinq sinistres survenus depuis le 01/01/2013 sont identifiés avec une forte probabilité de règlement sous forme de rente (3 supplémentaires par rapport au 31/12/2020 et 1 en moins, la bénéficiaire étant décédée en fin d'année 2021). Le coût de la revalorisation de ces rentes potentielles est provisionné.

Le Best Estimate total net de réassurance, y compris marge pour risque, évolue à la hausse de 3,3%, soit une augmentation de 3,8 M€.

### 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 cinq types de provisions techniques.

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

Nature des provisions en k€	2021	2020	Variation 2021/2020
Provision pour primes émises non acquises	35 423	32 953	7,5%
Provision pour sinistres à payer	234 284	224 482	4,4%
Provision pour risques en cours	3 448	3 681	-6,3%
Provision pour risques d'exigibilité	-	-	
Provision mathématique des rentes	12 426	12 699	-2,2%
<b>TOTAL</b>	<b>285 579</b>	<b>273 815</b>	<b>4,3%</b>

#### ► La provision pour primes émises non acquises

Les contrats de la Mutuelle ont tous une seule et même échéance fixée au 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier au 31 mars de l'année suivante. Cette provision est calculée au prorata temporis, contrat par contrat.

Elle s'élève à 35 423 k€ au 31/12/2021 (24,94 % des primes émises 2021) contre 32 953 k€ au 31/12/2020. Son évolution reflète les mesures tarifaires 2021 et la progression du portefeuille de contrats.

#### ► 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, Vol, 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 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 7 630 k€ fin 2021, soit 3,38 % 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	236 259	227 133	4,0%
Provision pour tardifs	11 081	7 977	38,9%
Prévisions de recours à encaisser	-25 244	-22 530	12,0%
Provision risque revalorisation rente	4 558	4 644	-1,9%
Provision pour frais de gestion sinistres	7 630	7 258	5,1%
<b>Total provisions pour sinistres à payer</b>	<b>234 284</b>	<b>224 482</b>	<b>4,4%</b>

► **La provision pour risques en cours (PREC)**

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 net de réassurance augmentée des frais d'administration et des frais d'acquisition et le montant des cotisations acquises nettes de réassurance.

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<sup>er</sup> 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 01/01/2022 et le 31/03/2022,
- 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 Actuaire 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.

#### **Pandémie de Covid 19 :**

En 2020, année la plus marquée par la crise sanitaire, l'estimation des charges à l'ultime avait fait l'objet de contrôles supplémentaires. Les méthodologies classiques de provisionnement ont été 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. Systématiquement, la méthode mensuelle a prédit un nombre ultime inférieur ou égal à la méthode annuelle. Ce travail de comparaison n'a pas été renouvelé en 2021, exercice finalement peu impacté par la pandémie et les confinements.

#### **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.

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

#### **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 survénances, 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 survénance, 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 cinq 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 et des frais financiers**

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.

La méthodologie retenue pour intégrer les frais financiers est d'appliquer un taux de frais aux flux de règlements. Ce taux de frais comprend le mandat du gestionnaire d'actifs et leur frais de courtage, ainsi que les frais bancaires de conservation. Nous n'intégrons pas les frais d'achat/vente spécifiques à certains investissements et que l'on peut amortir dans le prix de l'actif.

► **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, par exercice de survenance le ratio entre les suspens de réassurance (ou créances de réassurance) au 31/12/2021 et la provision pour sinistre à payer des sinistres graves au 31/12/2021. Puis nous appliquons le coefficient obtenu au best estimate des graves de la segmentation choisie. 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 31/12/2021, 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 31/12/2021, moyenne par garantie réalisée sur les 5 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 2022 pour les contrats en cours au 31/12/2021 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 règlementaire 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.

L'actualisation se fait selon la courbe des taux au 31/12/2021, 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 sinistres 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 31/12/2021 (en regard la valorisation selon les comptes sociaux) :

Passif (en €)	Normes SII	Comptes sociaux
<b>Total autres passifs</b>	<b>49 878</b>	<b>44 133</b>
Passifs éventuels	1 241	0
Provisions autre que provisions techniques	2 767	2 767
Provisions pour retraite et autres avantages	947	0
Dettes pour dépôts espèces des réassureurs	9 649	9 649
Impôts différés passifs	4 377	0
Produits dérivés	0	0
Dettes financières	18 683	18 683
<i>Dettes envers les établissements de crédit</i>	18 683	18 683
<i>Dettes financières autres que celles envers les établissements de crédit</i>	0	0
Dettes techniques	12 214	12 290
<i>Dettes nées d'opérations d'assurance</i>	2 883	2 883
<i>Dettes nées d'opérations de réassurance</i>	0	75
<i>Autres dettes (non liées aux opérations d'assurance)</i>	9 331	9 331
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
<b>Autres dettes non mentionnées dans les postes ci-dessus</b>	<b>0</b>	<b>744</b>

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 31/12/2021 (en k€)	Normes SII	Comptes sociaux
<b>FONDS PROPRES</b>	<b>86 075</b>	<b>65 776</b>

La variation des éléments éligibles dans la norme Solvabilité 2 est due aux écarts de valorisation des actifs financiers (valeur de marché versus valeur comptable), des provisions techniques (valorisation Best Estimate versus valorisation « règlementaire ») 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 2021 s'élèvent à 86,075 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 31/12/2021 et en k€	SCR	MCR
<b>FONDS PROPRES ÉLIGIBLES</b>	<b>65 776</b>	<b>65 776</b>
Tiers 1 (Hors RR)	65 776	65 776
Tiers 2	0	0
Tiers 3	0	0
<b>Réserve de réconciliation</b>	<b>20 300</b>	<b>20 300</b>
<b>FONDS PROPRES</b>	<b>86 075</b>	<b>86 075</b>

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.

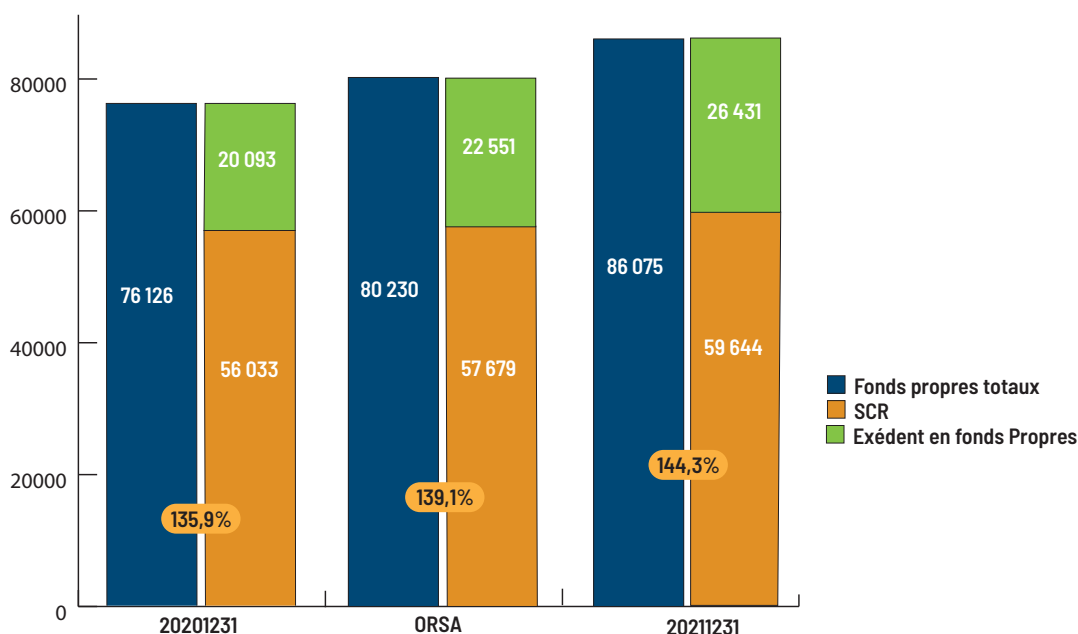
Le SCR défini dans la formule standard vise à mesurer l'impact de la réalisation d'un ensemble de risques qui affectent la solvabilité de l'entreprise à horizon 1 an, avec une sévérité telle qu'elle ne survient qu'avec une probabilité de 0,5 %, c'est-à-dire, une fois tous les 200 ans.

Les résultats en k€ des SCR et MCR pour 2021 sont présentés dans le tableau ci-dessous :

<b>SCR</b>	<b>59 644</b>
<b>MCR</b>	<b>18 361</b>

L'exigence de capital requis pour l'année 2021 est de 59,784 M€, en hausse de 6,7% par rapport à 2020.

Le ratio de couverture du SCR est en hausse par rapport à 2020, à 144,3 %.



Les fonds propres augmentent de 9,9 M€, proportionnellement plus que l'augmentation du SCR. Cette hausse est en partie liée à l'apport des droits d'adhésion des nouveaux sociétaires (+1,6 M€) et du résultat de l'exercice (+1,3 M€). L'autre raison est liée à la réserve de réconciliation, qui correspond aux écarts de valorisation au bilan entre les comptes sociaux et le bilan prudentiel (S2), hors capital social, qui s'accroît fortement (+7,1 M€).

L'augmentation du SCR correspond surtout à l'accroissement du SCR marché, lié à la hausse de la valeur de marché des actions détenues au travers de fonds d'investissement ainsi qu'à l'augmentation du paramètre de choc appliqué pour évaluer ce SCR (évolution défavorable de l'ajustement symétrique).

## NOTES

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



---

270 Impasse Adam Smith  
CS 10100  
34479 Pérols cedex

---

