

MUTUELLE SANTE EIFFAGE ENERGIE

CONSEIL D'ADMINISTRATION

(Procès-verbal)

Samedi 9 mars 2019

MUTUELLE SANTE EIFFAGE ENERGIE

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Séance du samedi 9 mars 2019

ORDRE DU JOUR

1. Approbation du procès-verbal du conseil d'administration du 24 novembre 2018	3
2. Activité du service administratif.....	3
3. Arrêté des comptes de l'exercice 2018	4
4. Rapport de l'expert-comptable	4
5. Rapport de solvabilité de l'exercice 2018.....	5
6. Intervention du commissaire aux comptes.....	6
7. Présentation du rapport actuariel	6
8. Validation du rapport SFCR	7
9. Présentation du rapport du comité d'audit.....	8
10. Informations sur les votes des délégués.....	11
11. Nomination du référent RGPD	11
12. Cas particulier et questions diverses	12
12.1. Cas particuliers	12
12.2. Questions diverses	13

Etaient présents :

Victor BRIAIS, Bernard BURGHGRAEVE, Alain CAPITAINE, Jérôme DEMANGEL, Jérôme FREGNACQ, Michèle GROSSET, Pascal GRUNER, Sandrine HAYEZ, Colette KOZIOL, Alain LE GAL, Gilles LETORT, Isabelle LEVASSEUR, Delphine MAITRE, Jean-Pierre MATHELIER, Joël MORIN, Alain NERO, Patrick PICOULEAU, Laurence QUERE, Patrice THILLET.

Participaient également :

Éric MONTANER, Christophe MERONI.

Mathias DUROUX, Jean-Marc FLEURY, Joël NACCACHE.

Mohamed DEKKALI.

Etaient excusés :

Alain BARRES, Jean-Charles PACHE, Valéry PENEL-CAPELLE, Aïsa RAMDANI.

M SH

Mme MAITRE ouvre la séance à 8h23.

En introduction, **Mme MAITRE** aborde les points suivants :

- Les élections professionnelles, raison pour laquelle il est nécessaire de promouvoir la Mutuelle auprès de tous les CE adhérents ou non-adhérents, en liaison avec le secrétaire du CCE ;
- La tournée aux Antilles et Guyane, dont les retours sont très positifs ;
- Le bon fonctionnement des nouvelles prestations ;
- La nomination du référent RGPD.

M. MONTANER évoque l'état de santé de Jean-Charles PACHE qui ne lui permet pas d'être présent ce jour.

1. APPROBATION DU PROCES-VERBAL DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU 24 NOVEMBRE 2018

⇒ Le procès-verbal du conseil d'administration du 24 novembre 2018 est adopté à l'unanimité.

2. ACTIVITE DU SERVICE ADMINISTRATIF

M. DEKKALI expose les points suivants au conseil :

- Le périmètre constant des 27 entités adhérentes ;
- La légère augmentation des effectifs globaux (légère hausse des membres A ; légère baisse des effectifs membres B et C ; progression des membres inactifs A et B et diminution des membres C inactifs) ;
- Le manque à gagner des cotisations des adhérents en portabilité (217 000 €, part patronale comprise) ;
- La stabilité du nombre de décès (avec cependant le décès d'un enfant).

Cependant, l'évolution des effectifs sur 6 ans montre une lourde tendance à la baisse (5,25 %) et une dégradation du ratio actifs/inactif.

Avec le changement de logiciel de gestion, les chiffres montrent une baisse d'activité en 2018, qui ne correspond cependant en rien à l'activité réelle du service administratif, qui reste soutenue avec la complexification des tâches et les problèmes rencontrés suite au départ d'une gestionnaire et son remplacement par des intérimaires (formation, motivation, profils non adaptés).

Mme MAITRE ajoute que le problème doit venir de l'agence d'intérim, car les demandes de la Mutuelle sont bien précises.

M. FREGNACQ demande s'il existe une fiche de poste ou si c'est la fiche de poste Eiffage « assistante administrative » qui est utilisée.

Mme MAITRE répond que l'agence d'intérim est spécialisée dans les complémentaires santé ou dans l'assurantiel. De nombreuses intérimaires sont venues remplacer la collaboratrice partie et le service se retrouve actuellement avec trois personnes. Une piste est ouverte pour recruter une ancienne intérimaire en CDD, début avril.

M. THILLET remarque que de nombreuses plaintes sont faites auprès des RH pour des non-réponses ou des réponses tardives de la Mutuelle.

Mme MAITRE l'explique par le manque de collaborateurs formés.

M. MONTANER indique que les salariés se tournent de plus en plus vers leurs RH.

M. NERO ne constate pas un tel phénomène dans sa région.

Mme QUÉRÉ ajoute que les administrateurs de la Mutuelle, dans la région, sont connus.

IM SH

M. MONTANER suppose que les nouvelles entreprises achetées par le groupe Eiffage, adhérant toutes à la Mutuelle, les salariés ne connaissent pas les représentants de la Mutuelle et se tournent donc naturellement vers leur service RH.

Mme MAITRE signale qu'une nouvelle embauche au service administratif devrait se concrétiser au troisième trimestre. La personne vient d'Eiffage Energie Systèmes Ile-de-France (service formation) et n'est donc pas forcément formée sur le logiciel de gestion de la Mutuelle.

3. ARRETE DES COMPTES DE L'EXERCICE 2018

M. MORIN présente ce point :

- Résultat 2018 déficitaire de 57 507 € ;
- Réserves d'un montant de 12 millions d'euros ;
- Marge de solvabilité de 464 % ;
- Augmentation du volume des prestations servies de 4,76 % sur un an ;
- Augmentation de 4,01 % de la consommation médicale individualisée par bénéficiaire.

La solidité financière de la Mutuelle a permis d'augmenter le remboursement de l'ostéopathie et de l'implantologie ; de proposer une nouvelle prestation (chirurgie laser des yeux) et de cumuler les forfaits optique et lentilles.

Pour rappel, en 2019, deux nouvelles prestations sont mises en place sans réajustement de la cotisation : la parodontie et la psychologie pour mineurs (deux consultations).

M. MORIN évoque ensuite les principales hausses et principales baisses des cotisations ; le poids de la fiscalité et la forte hausse des frais généraux entraînant une augmentation du rapport frais de gestion/prestations (de 5,39 % à 7,66 %).

M. DEKKALI présente un tableau exposant le reste à charge pour chaque prestation. Ce tableau permettra d'étudier les axes d'amélioration restant pour réduire au maximum le reste à charge pour les adhérents.

Mme LEVASSEUR demande les raisons de l'importante augmentation des frais d'optique.

M. DEKKALI explique qu'elle est due à la possibilité de changer de verre optique systématiquement en cas de changement de vue, sans avoir à respecter le forfait de 2 ans. Cette disposition, mise en place depuis deux ans, est maintenant bien connue des adhérents.

4. RAPPORT DE L'EXPERT-COMPTABLE

M. DUROUX présente son rapport au conseil d'administration en soulignant les points suivants :

- Progression des effectifs, la première depuis 2011 (+2 % pour les membres A) ;
- Progression des inactifs, qui marque la progression des effectifs totaux (plus de 3 % pour les inactifs contre 0,1 % pour les actifs).
- Grande stabilité des produits de la Mutuelle sur 5 ans (autour de 12 millions d'euros par an) ;
- Evolution législative défavorable aux mutuelles (rétrécissement de la masse salariale de base) qui explique la baisse de la part reversée par le CCE ;
- Forte hausse des prestations expliquée en partie par le rattrapage du retard des remboursements de prestations, pris en 2017 ; par une meilleure information des adhérents à propos des nouvelles prestations introduites en 2017 (l'ostéopathie et l'implantologie) ; et par l'optique ;
- Hausse conséquente de la consommation en euros par tête ;
- Résultat négatif dû à l'augmentation d'un certain nombre de charges (prestations ; mise en place et maintenance du nouveau logiciel de gestion ; intérim ; coût de l'assemblée générale et du conseil d'administration supplémentaires ; formation des administrateurs ; coûts liés aux changements législatifs comme le RGPD ; mise en place de KALIVIA).

DM SH

Grâce à la solidité financière de la Mutuelle, le résultat négatif de 2018 peut être considéré comme marginal au regard des réserves et ne suscite aucune inquiétude quant à sa situation économique et financière.

Mme MAITRE ajoute une explication supplémentaire au résultat négatif : l'augmentation de 5 € à 8,10 € de la participation forfaitaire annuelle aux organismes de santé, applicable dès lors qu'un adhérent consulte au moins une fois un praticien, dans l'année.

M. DUROUX demande à quel moment cette augmentation est survenue.

M. DEKKALI répond qu'elle est apparue en janvier 2019 au moment de la déclaration de la taxe pour le quatrième trimestre 2018.

M. NACCACHE précise que cette déclaration tenant compte de l'activité de toute l'année et du nombre d'adhérents ayant consulté au moins une fois un praticien, ne peut être calculée qu'une fois l'année terminée.

M. FREGNACQ demande comment est calculé le montant du retard des remboursements de prestations.

M. DUROUX explique que le retard réel a pu être constaté début 2018 en fonction de ce qui a été remboursé.

5. RAPPORT DE SOLVABILITE DE L'EXERCICE 2018

M. DEKKALI présente le rapport.

Le volume des prestations en instance de paiement reste limité au 31 décembre 2018 par rapport à 2017. La provision pour prestations à payer diminue donc en 2018 par rapport à 2017, suite au rattrapage du retard. Cela amène à une reprise de provision pour prestations à payer de 159 000 €.

Le résultat de ces 5 années, y compris les pertes générées en 2015 et 2018, permet à la mutuelle de remplir plus de 4 fois et demie son obligation en matière de solvabilité et près de 6 fois pour le fonds de garantie. Le niveau des réserves est donc largement suffisant pour faire face aux engagements actuels et à venir.

Le niveau des fonds placés se dégrade en 2018, car les fonds tenus par le CCE ne sont plus intégrés. Le solde du CCE est désormais déconnecté du compte courant Eiffage.

M. DUROUX précise que jusqu'en 2017, ce solde de fin d'année entre la Mutuelle et le CCE était comptabilisé dans les actifs suffisants et liquides, en raison du décalage d'un mois de versement. Ce n'est plus le cas en 2018.

M. DEKKALI ajoute que ce décalage est dû aux virements effectués en lieu et place des prélèvements directs effectués et présente les revenus des fonds placés qui sont en augmentation, en précisant que les sommes comptabilisées dans les comptes CCE de la Mutuelle ne sont plus considérées comme des placements au regard des règles comptables, mais comme une créance client.

Les fonds placés représentent près d'un an d'activité. La réglementation impose la couverture du passif protégé par des placements admis. Le taux de couverture du passif protégé de la mutuelle pour l'année 2018 est de 8,523. Ainsi, l'obligation est largement respectée.

M. DEKKALI présente ensuite le budget prévisionnel P1 2019 qui prévoit :

- Une augmentation des actifs et des retraités ;
- Une baisse des prestations pour tenir compte du rattrapage ayant eu lieu en 2018 ; rattrapage qui n'existe plus en 2019 ;
- Un fléchissement des frais généraux ;
- Une augmentation des cotisations aux organismes santé et de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) ;
- Un résultat à l'équilibre.

DM SH

6. INTERVENTION DU COMMISSAIRE AUX COMPTES

M. FLEURY souligne deux points importants pour cette clôture de l'exercice :

- La présence d'un comité d'audit auquel le commissaire aux comptes a pu présenter le rapport complémentaire du commissaire aux comptes (RCCAC), exposant ses travaux et ses conclusions et des informations réglementaires ;
- Le comité d'audit sera donc chargé d'examiner les comptes et le contrôle interne de la Mutuelle

M. FLEURY aborde le sujet de la provision pour prestations à payer, déjà compliqué en 2017 du fait du changement du système informatique qui a conduit à des retards dans le traitement des dossiers. Le calcul de cette provision se base, en temps normal, sur le cadencement des règlements les années antérieures. Le ralentissement brutal de ces règlements en 2017 a conduit à faire de nombreuses estimations pour constituer la provision 2018.

Le calcul de la provision 2019 est également compliqué du fait d'une année 2018 atypique. Il est donc basé, à nouveau, sur des estimations. Or, cette provision influe directement le résultat.

Néanmoins, suite à leurs travaux, les commissaires aux comptes estiment que cette provision est correctement évaluée et qu'il n'y a aucune opposition à l'arrêté des comptes.

7. PRESENTATION DU RAPPORT ACTUARIEL

M. DEKKALI présente le rapport en l'absence de M. PENEL-CAPELLE.

La directive Solvabilité II impose la mise en place de 4 fonctions-clés : la vérification de conformité ; la gestion des risques ; l'audit interne ; et la fonction actuarielle.

L'objectif de la fonction actuarielle est d'analyser le calcul des provisions techniques et d'émettre un avis et d'analyser la politique de souscription, afin d'éclairer le conseil d'administration et la Direction générale sur ces différents points et fournir un rapport annuel à ce sujet.

Analyse des provisions techniques.

La baisse de provision entre 2017 et 2018 s'explique par le retard de gestion de provisions au titre des sinistres survenus en fin d'année. Ce retard de gestion a effectivement été constaté au cours de l'année 2018. Au global, l'écart entre la provision calculée et les sinistres observés demeure très faible.

Le mode de calcul des provisions techniques Solvabilité II, qui a changé en 2015, est jugé fiable et en adéquation avec la réglementation en vigueur. Lors du prochain exercice, la méthodologie pourra être appliquée en vision annuelle, en raison de l'historique des 4 ans qui sera alors disponible, donnant ainsi un peu plus de visibilité et de précision dans le calcul.

Analyse de la politique de souscription.

Concernant les frais, la Mutuelle est inférieure aux chiffres du marché, en raison de sa taille et de sa nature. La différence des parts de prestations réside principalement dans les secteurs de l'hospitalisation (remboursement uniquement du ticket modérateur par les autres mutuelles), de l'optique et du dentaire (politique de remboursement de la Mutuelle).

Les données sur les trois premiers trimestres 2018 permettent d'observer une répartition similaire à 2017. Toutefois, il est possible de noter une hausse du poste « optique » par rapport à l'exercice 2017, dû au changement de contrat.

Les analyses menées ne font apparaître aucune inquiétude sur l'activité de la Mutuelle. La politique tarifaire apparaît adaptée au profil des risques de la Mutuelle. Une analyse affinée sur l'équilibre technique a pu être effectuée au titre du présent rapport, soulignant le caractère équilibré du portefeuille de notre organisme.

AM SH

8. VALIDATION DU RAPPORT SFCR

M. DEKKALI indique que le rapport narratif sur la solvabilité, la situation financière ou SFCR, permet à chaque organisme de rendre compte de son ratio de solvabilité, de son activité, de ses résultats, gouvernance et profil du risque. Ces informations sont destinées au public afin qu'il puisse comparer les différents acteurs et aux superviseurs afin qu'ils valident la solvabilité de l'organisme.

Les termes importants à retenir pour appréhender ce rapport sont :

- Le bilan économique. C'est le bilan de l'organisme tenant compte de la valeur actuelle de l'ensemble des flux futurs de trésorerie et de la valeur de marché des placements ;
- Les fonds propres économiques, (niveau de richesse d'un organisme d'assurance). Ils correspondent à la différence entre l'actif et le passif du bilan économique ;
- Le capital de solvabilité requis (SCR). C'est une perte survenant avec une probabilité de 0,5 % à horizon d'un an. On parle souvent de la perte bicentenaire.
- Le minimum capital requis (MCR). C'est le seuil au-dessous duquel le montant de fonds propres économiques d'une mutuelle ne peut passer, sous peine de perdre son agrément. C'est le fameux 100 %.

Le résultat de l'année 2018 s'est surtout trouvé marqué par les événements suivants : la hausse de la participation aux organismes de santé ; une hausse des coûts informatiques ; les coûts relatifs à l'accompagnement sur la mise en conformité au RGPD ; et les coûts liés à la mise en place de KALIVIA Optique et de la télétransmission avec les hôpitaux.

Concernant la gouvernance, la directive Solvabilité II impose la mise en place d'un système de gouvernance, d'une instance ultime de décision (le conseil d'administration), des dirigeants effectifs pour prendre les décisions quotidiennes de l'organisme et de 4 fonctions clefs produisant annuellement des travaux sur leurs sujets respectifs. En termes de gouvernance, la situation de la Mutuelle a peu évolué. Elle reste accompagnée par le cabinet conseil pour la production des travaux associés à Solvabilité II.

Concernant le profil de risque, valorisation et gestion de capital, le profil de risque a surtout évolué sur les risques de marché, du fait de la modification de l'allocation d'actifs en 2017 et 2018. Le risque technique lié à l'activité de la mutuelle évolue peu par rapport à l'exercice précédent. En effet, la base des assurés reste stable en 2017 et 2018.

En termes de valorisation, l'actif est identique entre le bilan comptable et le bilan économique. La différence entre le passif comptable et le passif économique réside dans la valorisation des provisions techniques. Le montant de fonds propres économiques est de 11 349 000 €.

M. FREGNACQ s'étonne de voir le risque de marché augmenter en raison de la diversification, alors qu'il s'agit d'une recommandation.

Mme MAITRE et **M. MONTANER** abondent en son sens.

M. DEKKALI énonce les résultats des ratios du capital de solvabilité requis (SCR) et de solvabilité bancaire (BSR).

M. FREGNACQ estime cette présentation incompréhensible. Elle nécessiterait plus d'explications et moins d'éléments détaillés.

M. BURGHGRAEVE demande si un argumentaire a été travaillé par rapport à ce document.

Mme MAITRE indique qu'il s'agit d'une simple information donnée aux mutuelles adhérant au groupe VYV ou VYV Partenariat concernant la Mutuelle.

M. BURGHGRAEVE demande si cette comparaison des prestations et du reste à charge a été exposée.

Mme MAITRE indique qu'une présentation de cette comparaison des postes-clés les plus représentatifs pourrait être faite lors d'un conseil d'administration un peu moins dense.

DM SA

M. BURGHGRAEVE demande si le grand débat a été abordé et si le coût du reste à charge 0 a déjà été évalué.

Mme MAITRE répond que la taille de la Mutuelle et le statut de bénévole des administrateurs empêchent l'organisation de grands débats avec les adhérents, ainsi que le souhaitait la FNMF.

Par ailleurs, le reste à charge 0 ne devrait pas impacter la Mutuelle.

M. NACCACHE précise que selon son analyse, en audio et en optique, la Mutuelle est toujours au-dessus du plancher. Donc, il n'y a aucune augmentation des prestations à réaliser dans le cadre du 100 % santé. Concernant le dentaire, le taux de remboursement de la Mutuelle est largement supérieur à la moyenne.

Mme KOZIOL remarque qu'en optique avec KALIVIA, lorsque la monture coûte 130 € et même si le forfait verre + monture de 550 € n'est pas dépassé, il existe tout de même un reste à charge de 10 € pour la monture.

M. NACCACHE réplique que la loi impose un remboursement maximum de 120 € pour les montures et que ce remboursement va encore baisser à 100 € en 2020. Ce problème n'a aucun rapport avec KALIVIA

M. NERO expose le problème rencontré avec KALIVIA qui considère la paire de lunettes de soleil correctives comme une option. Or, la Mutuelle ne prend pas en charge les options et la surcomplémentaire, remboursant par rapport à la valeur remboursée par la Mutuelle, ne prend pas non plus en charge. Le reste à charge est donc important ; ce qui n'était pas le cas auparavant.

M. MATHELIER signale que certains opticiens « offrent » la paire de lunettes de soleil pour 1 €.

M. NACCACHE suggère de demander à l'opticien d'éditer une facture hors KALIVIA, donc sans le détail et de l'envoyer à la surcomplémentaire. Puis, il incite à privilégier les opticiens proposant les lunettes de soleil à 1 €.

⇒ *Le rapport est validé à l'unanimité.*

9. PRESENTATION DU RAPPORT DU COMITE D'AUDIT

M. FREGNACQ présente les travaux du comité d'audit en insistant sur la nécessité pour les administrateurs de s'impliquer dans ces travaux et en lançant un appel à volontariat pour qu'au moins un administrateur assiste aux audits effectués.

Parmi les membres du comité, après l'arrivée de Sébastien VENET représentant le CCE, il manque encore une personne indépendante ayant des compétences en comptabilité et en gestion. Une journée de formation a été donnée à tous les membres du comité.

La fonction-clé d'audit interne a pour but : de produire et mettre à jour une politique d'audit interne ; d'évaluer l'adéquation du système de contrôle interne (formalisé) avec les autres éléments du système de gouvernance ; d'établir et mettre en œuvre un plan d'audit (établi sur 3 ans) ; de conduire des audits non prévus dans le plan d'audit si nécessaire ; de s'assurer que les plans d'actions validés par le conseil d'administration suite à ces recommandations sont effectivement mis en œuvre.

La réunion de novembre a porté sur l'audit de la fonction-clé actuarielle, dont les conclusions ont été positives malgré quelques points de difficulté.

Les travaux de la deuxième réunion du comité ont porté sur :

- La validation du rapport d'audit (présenté exclusivement au comité d'audit par le commissaire aux comptes) dont le comité est chargé de faire la synthèse au conseil d'administration ;
- L'examen de l'indépendance des commissaires aux comptes. Le comité a conclu à l'indépendance des commissaires aux comptes ;
- L'examen des comptes annuels et du rapport de gestion en 2018.

SH

Concernant la provision pour dépréciation des titres non amortissables, le comité n'a noté aucune dépréciation durable.

Le contrôle des flux techniques a été satisfaisant. Le nouveau logiciel de gestion permettra des analyses statistiques beaucoup plus fines (ex. : le calcul du reste à charge).

Le comité note un risque important concernant l'absence de convention entre Eiffage Energie et la Mutuelle concernant le personnel mis à disposition par Eiffage Energie. Cependant, étant donné l'équilibre historique, il peut être également risqué d'aborder le sujet avec la Direction.

M. FLEURY souligne également le risque fiscal de présomption de travail caché, lors d'un contrôle du Fisc, en cas d'absence de convention.

M. NACCACHE estime que le risque est financier et de voir la Direction décider de retirer le personnel mis à disposition.

M. FREGNACQ précise que cela relève d'une décision du conseil d'administration.

Mme MAITRE rappelle qu'il fut une époque où la Direction a failli rendre la responsabilité des frais de personnel à la Mutuelle et qu'il n'est peut-être pas souhaitable, malgré le risque fiscal, de remettre le sujet sur la table.

M. NACCACHE juge le risque de 150 ou 200 000 € (représentant les salaires de deux ou trois personnes), négligeable en comparaison du risque fiscal ou du risque de ne plus avoir du tout de salariés.

M. FREGNACQ énumère les points d'attention notés par le comité d'audit concernant la partie « évolution stratégique et opérationnelle : la migration du logiciel métier ; la diversification des placements ; les équilibres techniques ; le RGPD (mise en conformité vivement recommandée). L'un des axes d'amélioration est la formalisation des contrôles de second niveau.

Puis, les différentes fraudes possibles sont évoquées : fausses factures, fausses ordonnances, demandes de remboursement de prestations non effectuées. Aucune fraude de ce genre n'a été détectée en 2018.

M. MATHELIER demande la façon dont ces fraudes peuvent être détectées.

M. NACCACHE indique que le signalement peut être effectué par l'adhérent lui-même ou via les contrôles effectués par KALIVIA chez les opticiens.

M. FREGNACQ indique que ces différents niveaux de contrôles (auto-contrôles ou contrôles par un organismes intermédiaires) doivent être décrits dans les processus formalisés avec des plans de contrôle mis en œuvre, qui pourront être vérifiés par le comité d'audit.

Un programme d'audit interne triennal a été établi et doit couvrir les activités opérationnelles, les risques et la gouvernance. La première année a vu la fonction « gestion des risques » être étudiée. En novembre, l'audit a porté sur les cotisations et les risques associés à leur gestion. La fonction-clé conformité devait être auditée mais n'a pas pu l'être, car aucun processus de veille réglementaire (RGPD, code de la Mutualité, etc.) n'a été formalisé.

Cette fonction-clé devrait donc être étudiée en 2019, ainsi que les prestations, la réception courrier, les télétransmissions, les comptes NOEMIE, le traitement des prestations, des liquidations, la trésorerie, etc. L'audit devrait se passer entre septembre et novembre.

M. FREGNACQ souligne la charge de travail pesant sur les membres du comité d'audit et du responsable de la fonction-clé « audits internes ». Cette charge de travail entraîne le recours potentiel à une aide ou une ressource supplémentaire interne ou externe. Cette ressource supplémentaire pourrait également assister le service administratif et le conseil d'administration dans la gouvernance et dans la gestion administrative des audits (comptes rendus, préparation, suivi des recommandations).

 SIA

Mme GROSSET ajoute que le problème de la perte importante des moyens, consécutive à la mise en place des CSE, a été évoqué. Les deux solutions envisageables seraient de négocier avec la Direction des moyens supplémentaires ou de faire appel à des retraités pour gérer la mutuelle.

M. FREGNACQ insiste sur le risque de voir les personnes tenant ces fonctions-clés ne plus pouvoir tenir leurs engagements et sur l'ampleur de la tâche de la fonction-clé conformité qui nécessite vraiment une ressource supplémentaire.

Un document « suivi des recommandations » a été établi par le comité d'audit. Au global, l'avancement global est de 56 %.

La mise en place d'un plan d'audit interne est faite.

La formation des membres du comité d'audit est faite à 80 %.

La formation des nouvelles embauchées est faite à 50 %.

L'organigramme a été mis à jour.

Le document « description des principaux processus internes » doit être mis à jour afin de servir de point de départ pour l'élaboration d'une procédure interne couvrant l'ensemble du processus de gestion du référentiel adhérent ; même constat pour la gestion des cotisations.

Les procédures doivent être mises en place.

La désignation du DPO (réfèrent RGPD) doit être formalisée.

Il faut s'assurer des mêmes fonctionnalités dans le nouveau logiciel de paie Eiffage à venir.

Le processus et les procédures du nouvel outil de gestion doivent être fournis par le cabinet conseil.

La fonction-clé Conformité n'a pas fourni de rapport sur la conformité de la Mutuelle ; ce qui rend impossible son examen par le comité d'audit et constitue un risque très élevé.

La cartographie des risques doit être revue. Le comité d'audit propose d'intégrer en risque R21, la portabilité.

La fonction-clé actuarielle est à renouveler avant mai 2020. Le comité recommande de trouver le successeur (ayant si possible le même profil que la fonction-clé actuelle) au moins un an à l'avance, afin d'effectuer le passage de témoin dans de bonnes conditions.

Il est proposé de créer un espace documentaire SharePoint, mais uniquement pour consultation des documents.

Le comité a également pour projet d'élaborer une charte décrivant sa composition, le rythme des réunions et le programme de travail.

M. FREGNACQ indique que la prochaine réunion du comité pourrait se tenir en novembre.

M. MONTANER remarque qu'il vaut mieux la tenir avant, puisque les élections professionnelles se tiendront en novembre.

M. FREGNACQ corrigera la date de cette réunion qui devrait donc se tenir en septembre ou octobre. Puis, il insiste sur l'importance du réfèrent RGPD, dont le rôle est essentiel dans la mise en place du RGPD.

A la suite de ce rapport, **Mme LEVASSEUR** demande que les sigles soient écrits en entier au moins une fois dans le texte ou réunis dans un glossaire.

⇒ *Les comptes de l'exercice 2018 sont validés à l'unanimité.*

SA

10. INFORMATIONS SUR LES VOTES DES DELEGUES

M. NACCACHE présente le tableau qui précise le nombre de délégués titulaires et suppléants par tranche pour chacune des sociétés (ou sections de vote).

Dans deux sociétés (Orléans et Quercy-Rouergue-Gévaudan), il n'y a pas assez de candidats pour les postes de délégués suppléants.

Un bulletin de vote personnalisé par société et une enveloppe de vote seront envoyés à chaque adhérent, avec le rapport de l'assemblée générale.

Mme GROSSET remarque que n'y figure aucune photo de candidat.

M. NACCACHE explique que cela aurait été impossible pour certaines sections de vote nécessitant 10 délégués titulaires et 10 délégués suppléants.

18 avril : dépouillement des votes.

Les délégués élus recevront le bulletin de vote habituel pour les résolutions.

Une lettre de la Présidente sera envoyée à tous les candidats afin de les remercier pour leur initiative et leur rappeler l'importance de la participation au vote, même si le quorum a été ramené à 10 %.

Mme QUÉRÉ pense que mettre l'âge est inutile.

M. NACCACHE précise qu'il est indiqué le nom, le prénom, l'entité d'origine et la qualification du candidat, de la même façon que pour le conseil d'administration.

Mme QUÉRÉ soulève le problème des candidats uniquement au poste de suppléant, qui risquent de démissionner s'ils sont élus titulaires.

M. NACCACHE reconnaît le problème mais indique qu'il s'agit simplement de mettre un bulletin de vote dans une enveloppe, une fois par an.

M. MONTANER fait remarquer qu'il s'agit d'un ressenti sur le terrain.

M. NACCACHE le comprend, mais ne connaît pas d'autre solution.

M. MONTANER insiste en indiquant que certains candidats ont envoyé leur candidature spécifiquement pour le poste du suppléant.

M. NACCACHE réplique qu'ils n'ont pas eux-mêmes envoyé leur candidature et qu'on a mis leur nom à leur place.

M. MONTANER affirme qu'il n'y aura donc aucun candidat en Occitanie, si on les oblige à être titulaires et qu'il faut arrêter de « jouer ».

M. NACCACHE répond qu'il n'a pour habitude de jouer.

Mme MAITRE souligne l'importance du travail accompli par **M. NACCACHE**, notamment dans les régions où des carences existaient, et l'en remercie au nom du conseil d'administration.

M. MONTANER reconnaît le travail accompli et précise qu'il ne faisait que remonter une information du terrain. Il maintient néanmoins qu'il n'a pas inscrit les candidats contre leur volonté.

Mme MAITRE lui fait remarquer que ce n'est pas ce qui a été dit ou sous-entendu.

11. NOMINATION DU REFERENT RGPD

Mme MAITRE rappelle que la Mutuelle a passé un partenariat avec le groupe VYV pour la mise en place du RGPD (Règlement général de protection des données). Le référent RGPD (ou DPO) était jusqu'à présent Alain BARRÈS. Cependant, devant l'énorme tâche à accomplir pour cette mise en place, celui-ci souhaite se retirer de cette fonction. Le référent aura une réunion par mois à Montparnasse, en plus des échanges de courriels.

DM SH

M. DEKKALI précise qu'il y aura également des ateliers avec le groupe VYV, afin d'échanger avec d'autres mutuelles. Le DPO aura également la responsabilité d'être un point d'entrée avec la CNIL, en collaboration avec le service administratif et le groupe VYV.

Mme GROSSET demande où en est l'état des lieux.

M. DEKKALI indique qu'un diagnostic sur les travaux à faire a été établi avec le cabinet Wavestone (proposé par le groupe VYV) et une adresse générique a été créée.

M. FREGNACQ demande si des actions et des heures ont été mises en face des actions à mener.

M. DEKKALI répond par la négative. D'où la nécessité de nommer un DPO (obligation légale) un peu plus dynamique, qui sera en relation avec le DPO du groupe VYV, puisqu'en cas de contrôle de la CNIL, tout doit remonter au groupe VYV.

M. LETORT remarque que cela n'exclut pas le correspondant informatique et liberté (CIL).

M. FREGNACQ répond que le DPO a remplacé le CIL, suite à une directive européenne modifiant la loi sur la CNIL.

Mme GROSSET suggère de nommer deux personnes pour cette fonction afin qu'elles puissent se partager les tâches.

Mme MAITRE répond qu'il n'y aura de toute façon qu'un seul référent face à la CNIL.

Mme LEVASSEUR demande s'il est obligatoire de nommer un administrateur à cette fonction.

Mme MAITRE révèle que des discussions ont été engagées avec la personne qui serait susceptible d'accepter cette fonction et lui demande si elle souhaite s'exprimer.

Mme GROSSET émet des craintes quant au manque de moyens criant, puisque cette fonction faisant partie de la Mutuelle, elle n'est pas considérée comme du travail par l'employeur, et ne comprend pas pourquoi la Direction n'aide pas sa Mutuelle à mettre en place le RGPD. Les heures de délégation ne peuvent pas servir à cela.

M. FREGNACQ soulève une difficulté éventuelle par le fait que Mme GROSSET est déjà membre du comité d'audit et qu'elle ne pourrait pas s'auditer elle-même en tant que fonction-clé.

M. DEKKALI indique que ce seront alors les autres membres du comité d'audit qui procéderont au contrôle de la fonction-clé.

Mme GROSSET se porte volontaire, à condition de bénéficier d'une aide extérieure.

⇒ *Mme GROSSET est nommée référente RGPD à l'unanimité.*

12. CAS PARTICULIER ET QUESTIONS DIVERSES

12.1. Cas particuliers

M. DEKKALI présente le cas particulier d'un adhérent demandant une aide exceptionnelle pour supporter les frais d'obsèques de son enfant mort-né, et d'une concession pour un arbre de vie. Le CE Eiffage Energie Systèmes Maine-Bretagne a octroyé une aide de 250 € ; la Direction a également octroyé une aide du même montant.

M. NERO souhaite qu'un effort exceptionnel soit accompli par la Mutuelle, en octroyant une aide de 500 €, étant donné les circonstances particulières.

Après débat, **Mme MAITRE** propose au conseil d'entériner une aide exceptionnelle de 500 €.

⇒ *Une aide de 500 € est accordée à l'unanimité.*

M. DEKKALI présente un deuxième cas particulier, concernant l'épouse d'un adhérent, demandant une aide suite à de graves problèmes médicaux (nécessitant arthrolyse, cimentoplastie) ayant entraîné un très important dépassement d'honoraires tant du chirurgien que de l'anesthésiste.

SH

Il s'avère que l'adhérent n'a pas sollicité l'aide du CE, ni celle de la Direction, étant membre lui-même dudit CE et n'a pas envoyé de justificatif.

⇒ *Après débat, il est décidé d'inciter l'adhérent à demander l'aide du CE et de la Direction, puis de revenir vers la Mutuelle avec les justificatifs nécessaires.*

12.2. Questions diverses

M. CAPITAINE demande où en est le groupe de travail qui devait étudier le comparatif entre Pro BTP, la MSEE et ARPEGE.

Mme MAITRE indique que le comparatif avait été établi, mais n'a pas été remis à jour avec les nouvelles prestations octroyées par la Mutuelle en 2019. Il pourra être remis à jour et envoyé par mail aux administrateurs, avec le graphique du reste à charge.

M. BURGHGRAEVE demande que le procès-verbal définitif soit estampillé afin de le différencier et de pouvoir archiver la bonne version.

Mme GROSSET demande comment seront départagés les candidats s'ils reçoivent tous le même nombre de voix.

Mme MAITRE explique que le critère d'âge inversé sera appliqué : le plus jeune sera élu à la première place.

Mme LEVASSEUR demande que la lettre de la présidente, envoyée à tous les candidats, soit également envoyée aux administrateurs.

Mme MAITRE acquiesce et présente la brochure de la prochaine assemblée générale qui se tiendra à Metz.

M. NERO indique que l'hôtel est réservé, qu'il est proche de la gare, avec des parkings aux alentours. Il souhaite également être averti de l'arrivée éventuelle de personnes à l'aéroport ; se proposant avec les « régionaux » de les amener à l'hôtel.

M. DUROUX demande si le conseil d'administration se déroulera après l'assemblée générale, suivant ainsi l'obligation légale.

Mme MAITRE indique qu'un tableau récapitulatif des personnes assistant à la réunion et leur provenance ainsi que leur mode de transport sera envoyé à M. NERO.

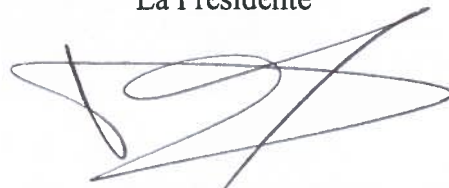
La séance est levée à 12h10.

La Secrétaire Adjointe



Sandrine HAYEZ

La Présidente



Delphine MAITRE

