



MUTUELLE SANTE EIFFAGE ENERGIE

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Samedi 20 novembre 2021

MUTUELLE SANTE EIFFAGE ENERGIE

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Séance du samedi 20 novembre 2021

Etaient présents :

Bernard BURGHGRAEVE, Alain CAPITAINE, Rodrigue CYRILLE, Yves DAVID, Jérôme DEMANGEL, Yves FLINOIS, Michèle GROSSET, Pascal GRUNER, Alain LE GAL, Gilles LETORT, Delphine MAITRE, Jean-Pierre MATHELIER, Alain NERO, Valéry PENEL-CAPELLE, Patrice THILLET.

Participaient également :

Christophe MERONI.

Mathias DUROUX, Cabinet Sogex Cube,

Mohamed DEKKALI.

Etaient excusés :

Victor BRIAIS, Joël MORIN, Laurence QUÉRÉ, Aïsa RAMDANI, Éric MONTANER.

Était invité :

M. DE LAMAZE, Cabinet Actuelia.

ORDRE DU JOUR

1. Approbation du procès-verbal du conseil d'administration du 5 juin 2021	3
2. Actualités mutualistes	3
3. Eléments statistiques et situation financière au 31 octobre 2021	4
a. Eléments statistiques	4
b. Situation financière au 31 octobre 2021	5
4. Rapport de l'expert-comptable	6
5. Validation des politiques écrites, du rapport ORSA et du rapport de la fonction actuarielle.....	6
6. Budget recalé 2021 et budget 2022.....	9
7. Proposition RMA.....	11
8. Modifications statutaires.....	11
9. Placements	11
10. Compte rendu du comité d'audit	12
11. Organisation de l'assemblée générale 2022 et votes	12
12. Calendrier prévisionnel des réunions 2022.....	13
13. Cas particuliers	13
14. Questions diverses	13

Mme MAITRE ouvre la séance à 8h15.

1. APPROBATION DU PROCES-VERBAL DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU 5 JUIN 2021

⇒ Le procès-verbal du conseil d'administration du 5 juin 2021 est adopté à l'unanimité.

2. ACTUALITES MUTUALISTES

La lecture définitive du projet de loi de finances de la Sécurité Sociale devrait avoir lieu le 29 novembre prochain. Le déficit 2021 de la Sécurité Sociale pourrait s'élever à 35 milliards d'euros. La taxe COVID sur les mutuelles ne sera pas augmentée.

Au niveau national, la comparaison des budgets se fera entre 2019 et 2021 (option prise par tous les organismes). Pour la MSEE, le montant des prestations servies au 31 octobre augmente de 2 %, contre 6 % en moyenne pour les organismes adhérant à la FNMF (environ +700 millions d'euros sur les 9 premiers mois de l'année). Les principaux postes en augmentation importante sont l'optique (bien qu'un peu ralentie) et surtout le dentaire et l'audioprothèse (+90 %).

Les seuils de Solvabilité II devront être abaissés à 15 millions d'euros de cotisations perçues, soumettant ainsi la Mutuelle à Solvabilité I et non plus Solvabilité II (entrée en vigueur en 2024).

M. LETORT demande si le débat sur la grande Sécurité Sociale a été entamé au niveau de la FNMF.

Mme MAITRE répond que ce débat, qui signerait l'arrêt des mutuelles complémentaires de santé, présente quatre scénarii que de nombreux actuaires ont étudiés et audités. Dans tous les cas, il y aura une augmentation de la CSG et le débat sur la nature des organismes touchés (assurances, mutuelles) n'a pas été tranché. Les frais de gestion seraient moins élevés à la Sécurité Sociale que dans les mutuelles, mais les données de base ne sont pas comparables. Et oui, le sujet est très suivi par la FNMF.

M. PENEL-CAPELLE estime que l'affirmation peut être vraie pour les remboursements déjà opérés par la Sécurité Sociale, mais il faudra rajouter ceux qui ne le sont pas encore et qui augmenteront mécaniquement les frais de gestion.

Mme MAITRE indique que la question des dépassements d'honoraires n'a pas été traitée et risque d'entraîner une médecine à deux vitesses. Le débat monte en puissance, notamment depuis la sortie du rapport HCAAM, dont l'un des scénarii serait favorable à la disparition des mutuelles.

M. LETORT pense que le plus grand danger réside dans la proposition de l'HCAAM d'inscrire dans la loi la disparition du financement des mutuelles par les entreprises.

Mme MAITRE souligne que, *a contrario*, la participation patronale va devenir obligatoire pour les fonctionnaires. Il s'agit de la réforme de la Protection Sociale Complémentaire (PSC).

M. LETORT remarque qu'il existe un véritable lobby européen contre le modèle français Sécurité Sociale + mutuelles et se demande si l'harmonisation européenne ne va pas être nivelée par le bas, ce qui constituerait un danger sociétal fort et demande à être bien informé des éventuelles évolutions.

Mme MAITRE explique que le nouveau président de la FNMF, Eric CHENU, a décidé d'entamer une grande campagne d'explication sur ce qu'est une mutuelle pour répondre au débat opposant mutuelle et assurance complémentaire santé et sur l'éventualité de changer le mot « mutuelle ». Par ailleurs, concernant le « 100 % Sécu », les informations changent tous les jours au gré des articles qui sortent.

3. ELEMENTS STATISTIQUES ET SITUATION FINANCIERE AU 31 OCTOBRE 2021

a. Eléments statistiques

M. DEKKALI présente le sujet. Les sociétés adhérant à la Mutuelle sont toujours au nombre de 28, avec la sortie de Therminox au 31 décembre 2020 (-15 personnes) et l'arrivée d'AER (+42 personnes) ; soit un solde positif global de +27 salariés adhérents.

M. MERONI annonce le vote en CSE T&D du passage de la société à la mutualisation, par 7 voix pour et 2 voix contre.

M. DEMANGEL annonce l'absorption de deux agences qui amènerait l'inclusion d'une trentaine de personnes dans ses effectifs de Clévia Est.

Mme MAITRE évoque le « SAS » concernant les nouvelles sociétés rachetées par Eiffage, demandant s'il serait possible d'aborder à nouveau le sujet en CSEC, pour savoir si elles vont entrer dans la mutualisation ou pas.

M. MERONI indique qu'un état des lieux doit être fait et que la Direction doit produire un tableau. Cependant, il s'avère que le cas de chaque société doit être examiné pour essayer de peser sur la décision.

Mme MAITRE signale également le cas de la « BU 165 », dont la situation amènerait la perte de 75 personnes pour la Mutuelle au 31 mai 2022 et demande s'il serait possible de refaire un vote.

M. MERONI explique que le sujet a été évoqué, malheureusement, après le Bureau, et trouve effectivement anormal que la société en question ne puisse pas voter son adhésion à la Mutuelle. En effet, son départ provoque un problème de vases communicants avec les nouveaux arrivants.

M. DUROUX souligne que c'est la teneur du discours de la Direction : l'équilibre. Cependant, il remarque que les nouveaux entrants ne seront pas ceux qui votent au CSE de Services Ile-de-France qui, eux, avaient voté pour Pro BTP.

M. LETORT indique que les ETAM et les cadres sont très majoritaires dans cette entreprise et que l'équivalence entre les deux mutuelles se pose de manière complètement différente. Malheureusement, la construction même de l'entreprise par rachats successifs de sociétés hostiles au rachat a entraîné un climat d'hostilité défavorable à la Mutuelle.

M. DEKKALI reprend les statistiques au 31 octobre :

Baisse générale des effectifs de 0,08 % (-17 personnes), avec une hausse des membres A (actifs et inactifs) ; une quasi-stabilité des membres B (-0,28 %) ; une baisse des membres C (-2 %).

Augmentation de 37 personnes des membres actifs ;

Augmentation de 81 personnes (+3,16 %) des membres inactifs qui augmentent proportionnellement plus rapidement que les membres actifs.

Parmi les membres inactifs, les retraités augmentent de 2,51 % ; les adhérents Loi Evin, de presque 22 % ; les chômeurs, de 8,8 % (+15 personnes en septembre).

Par type de bénéficiaires, les actifs (adhérents, conjoints, enfants) baissent de 0,87 % (-143 personnes). Les bénéficiaires inactifs augmentent de 2,79 %, soit +126 personnes.

Toutes ces évolutions montrent une baisse des ratios actifs/inactifs (adhérents ou bénéficiaires).

M. LETORT espère que la légère remontée des effectifs se traduit par un nombre plus important d'adhérents plus jeunes. En effet, la tendance est au turnover particulièrement vrai pour les ETAM et les cadres ; les ouvriers, quant à eux, n'étant pas remplacés.

M. PENEL-CAPELLE souligne que la hausse de 15 personnes chez les chômeurs est le résultat de la sortie de 35 personnes et l'entrée de 50 de plus.

M. DEKKALI précise que les 50 chômeurs en plus sont mis par défaut en portabilité, mais ne le sont pas tous.

M. LETORT estime qu'en raison du nombre de chantiers à réaliser, il y aura automatiquement de l'embauche, en plus de la sous-traitance.

M. DEKKALI indique que l'impact de la portabilité des chômeurs porte à plus de 238 000 € le manque à percevoir (parts salariale + patronale), extrapolé au 31 décembre. Or, ils ont droit aux remboursements de soins.

Suite à une question de **M. FLINOIS**, **M. PENEL-CAPELLE** et **M. DEKKALI** explique que rechercher le véritable écart serait trop compliqué et ce, d'autant plus, en respectant le RGPD.

M. DEKKALI expose que depuis le 1er janvier, le solde total des effectifs est négatif de -167 personnes, tout en ayant une portabilité importante.

Sur 4 ans, les membres A augmentent ; les membres B et C sont quasiment constants. En revanche, les bénéficiaires actifs stagnent et les bénéficiaires inactifs augmentent ; dégradant ainsi de façon constante le ratio actifs/inactifs.

Le nombre de décès a beaucoup augmenté en 2020.

M. PENEL-CAPELLE précise qu'à date, l'évolution des décès se situe autour de 10 % et non pas 14 % comme indiqué sur la présentation.

M. DEKKALI indique que le plus grand nombre de décès a été fin 2020/début 2021.

b. Situation financière au 31 octobre 2021

L'augmentation générale des prestations est de l'ordre de 1,8 %, très raisonnable par rapport aux années passées. Les plus fortes augmentations concernent les soins dentaires (hausse liée à la mise en place du reste à charge 0 en grande partie). L'orthopédie augmente faiblement en raison des hauts plafonds de remboursement de la Mutuelle. Ces augmentations sont dues également en partie au report de soins en raison des confinements de 2020.

Si la comparaison avec 2020 montre une augmentation des prestations servies (situation normale avec la réouverture des soins), par rapport à 2019, la tendance extrapolée au 31 décembre est à peu près la même, soit environ +3 %.

Le ratio prestation sur cotisation (P/C) permet de faire un rapport entre les charges de prestations c'est-à-dire les prestations effectivement servies, plus éventuellement les provisions pour prestations à payer et les cotisations acquises nettes. Un résultat en dessous de 1 montre une situation bénéficiaire. Au-dessus de 1, il montre, à l'inverse, une situation déficitaire. A ce dernier point, il faut ajouter les frais de gestion.

Si la trésorerie s'est dégradée entre 2020 et 2021 (retour à une situation normale de remboursement des soins, plus reste à charge 0), elle montre un solde positif par rapport à 2019 de 504 000 €. Elle est scindée en 4 pavés :

- Les comptes sécurisés (comptes courant et sur livret), dans les titres Agrume (prêt à l'UNME pour informatisation) vont être remboursés. Le taux d'intérêt était celui de la Caisse d'Epargne ;
- L'immobilier SCPI qui correspond à 28 % du portefeuille de la Mutuelle, constitue des placements très rentables ;
- Les actions et OPCVM. L'action Unibail qui avait été contractée en 2020 est à zéro, puisqu'elle a été remboursée avec 14 % d'intérêts (soit 28 000 €).
- Les obligations constituent aussi de bons placements.

M. FLINOIS demande si l'augmentation du nombre de banques, évoquée lors d'un précédent conseil d'administration, a eu une suite.

Mme MAITRE répond par la négative.

M. PENEL-CAPELLE ajoute que cela n'apportait rien.

Mme MAITRE rappelle que cette augmentation aurait permis de rattraper un calcul mathématique qui avait dégradé le ratio de solvabilité à 318 %, en 2019 ; encore au-dessus du seuil exigé par l'APCR. Il a donc été décidé d'étudier la question à nouveau l'année suivante, si cela était nécessaire.

La Présidente explique que le placement Unibail était un autocall d'une durée de vie de 6 ans, avec une première constatation au bout d'un an. Si la constatation au bout d'un an était supérieure à l'achat, l'investisseur était remboursé avec les intérêts éventuels. Ce fut le cas, avec un rendement de 14 %, et ce placement a permis d'enregistrer 28 000 € de prime.

M. DEKKALI indique que la colonne « cadre validé » représente les seuils validés dans la politique écrite « gestion des risques ».

4. RAPPORT DE L'EXPERT-COMPTABLE

M. DUROUX signale que 2020 et 2021 ont impacté fortement la Mutuelle par la crise sanitaire : confinements ; baisse et report des prestations, en 2020 ; rattrapage de celles-ci en 2021 ; taxe Covid instaurée en 2020, mais touchant également 2021.

Sur 12 mois glissants, l'effectif de la Mutuelle est à peu près stable (+17 personnes), avec deux évolutions opposées : augmentation des membres A et diminution à peu près équivalente des membres C. Cette stabilité se retrouve sur les 5 dernières années.

Si le ratio actifs/inactifs s'est nettement dégradé entre 2010 et 2015, il tend à se stabiliser depuis, malheureusement avec toujours une légère érosion (-0,5 point entre 2016 et 2021).

Les produits pourraient atteindre environ 13 millions d'euros fin 2021 en raison d'une augmentation de 5 % du total des cotisations et d'une augmentation de 1 % de la participation du CSEC. Pour rappel, les cotisations part salariale 2020 avaient subi une décote de 20 % pour les mois d'avril et de mai, mais avaient augmenté de 2 ou 2,5 % en 2021 (plus une légère augmentation des membres A).

Les prestations sont estimées à 10,5 millions d'euros, fin 2021, soit une augmentation de 14 % par rapport à 2020, mais de seulement 3 % par rapport à 2019. Si ces chiffres sont avérés, cette augmentation serait moitié moins élevée que la moyenne des autres mutuelles en France.

Le résultat de la Mutuelle pourrait être un bénéfice, certes deux fois moins élevé que celui de 2020, mais un bénéfice tout de même. Sur 2020 et la prévision 2021, la Mutuelle rattrape ses deux années de perte 2018 et 2019.

L'impôt sur les sociétés serait à zéro, le reliquat de crédit d'impôt étant utilisé pour diminuer le bénéfice estimé de 2021.

5. VALIDATION DES POLITIQUES ECRITES, DU RAPPORT ORSA ET DU RAPPORT DE LA FONCTION ACTUARIELLE

M. DE LAMAZE indique que les politiques écrites ont subi de simples modifications de présentation ou des mises à jour, puis il présente le rapport SFCR.

Le rapport SFCR est un rapport assez standard, uniforme, avec un certain formalisme imposé par la directive. Au mois de septembre, l'ACPR a rappelé à l'ensemble du marché que même si l'organisme n'était pas concerné par certaines parties du rapport, il était tout de même obligatoire de le mentionner (ex. pour la Mutuelle : la réassurance). L'ACPR a demandé également que la Mutuelle mentionne l'adresse exacte de l'autorité de contrôle, quelques autres modifications mineures et que le conseil

d'administration revalide et republie le rapport sur le site internet, avec la nouvelle date de validation en conseil.

M. DE LAMAZE présente ensuite le rapport ORSA, rapport réglementaire imposé par la directive Solvabilité II, qui impose à la Mutuelle de réaliser une évaluation prospective de sa solvabilité. Cette évaluation se fait en partant de la solvabilité de la Mutuelle au 31/12/2020 et en projetant son activité sur les 5 prochaines années, en évaluant les besoins globaux.

Les fonds propres économiques correspondent à la différence entre l'actif et le passif du bilan économique.

Le capital de solvabilité requis (SCR) représente une perte survenant avec une probabilité de 0,5 % à horizon d'un an (perte bicentenaire).

Le minimum de capital requis (MCR) est le seuil au-dessous duquel le montant de fonds propres économiques de la Mutuelle ne peut passer sous peine de se voir retirer son agrément.

Le RSR est le rapport régulier au contrôleur à destination du superviseur.

Le ratio de couverture du SCR est estimé 330% et celui du MCR à 457%. Ainsi, la capacité de solvabilité de la Mutuelle reste importante, y compris en cas de survenance d'un risque bicentenaire.

Le risque sur l'immobilier a été diminué par rapport à la formule standard ; la pénalité passant de 25 % (formule standard) à 15 %.

La volatilité du risque dû à une sous-tarification des contrats (ou risque des primes) a été réévaluée en effectuant une étude des ratios prestations/cotisations (montant total de prestations à payer relatif aux sinistres survenus l'année N/ montant de cotisations effectivement reçu). La volatilité obtenue est inférieure à celle de la formule standard (3,93 % au lieu de 5 %).

Un certain nombre de risques spécifiques à la Mutuelle, nécessitant un besoin de capital supplémentaires, ont été rajoutés :

- Le risque « plan de continuité de l'activité (PCA) lié au risque informatique (30 000 € pour sa formalisation) ;
- Le risque « personnes clés » en cas de départ non prévu (ex. : M. DEKKALI en raison du faible nombre de salariés de la Mutuelle). Il faut donc que les salariés soient toujours au nombre de 3 au minimum. Par ailleurs, la Mutuelle réfléchit à la formalisation de procédures afin d'atténuer ce risque ;
- Le risque de dépendance aux partenaires (adhésion ou non des filiales à la mutualisation) ;
- Le risque « prestataire informatique » en cas de défaillance de celui-ci (80 000 €).

M. FLINOIS demande des précisions sur le risque informatique.

M. DEKKALI répond que ce risque concerne STIMUT qui gère le logiciel servant à rembourser les soins.

M. DE LAMAZE confirme et indique que c'est la raison pour laquelle STIMUT est fortement challengé par la Mutuelle, car c'est un risque fort. Les autres risques sont :

- Le risque de fraude et d'erreurs opérationnelles dont le coût de 50 000 € sera assumé par la Mutuelle, car la mise en place de procédure de maîtrise du risque de fraude nécessiterait l'embauche d'une personne ;
- Le risque lié à la mise en place de la directive 100 % santé qui pourrait entraîner une dérive de 2 % de la sinistralité de l'activité de la Mutuelle ;
- Le risque d'une contribution exceptionnelle avec une hausse de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) ;

- Le risque de liquidités lié au non-paiement des cotisations. La lettre de garantie des paiements des cotisations avant la fin de l'exercice 2020 détenue par la Mutuelle a permis de ne pas immobiliser de capital supplémentaire pour ce risque.
- Le risque de cyberattaque.

M. FLINOIS demande si le coût total des risques listés doit être mis en lien avec le ratio de 330 %.

M. DUROUX lui répond que ce coût n'a pas de lien direct avec le ratio de solvabilité.

Mme MAITRE relève une erreur, page 13 dans le tableau du bas, la variation 2020 entre SCR pilier 1 et BGS est de +13 % et non pas -13.

M. DE LAMAZE poursuit avec la projection de l'activité. En prenant des hypothèses classiques (évolution du chiffre d'affaires, du P/C, des frais ; résultat financier), à fin juin, il était anticipé un résultat légèrement négatif pour 2021 et un retour à l'équilibre en 2024 ; l'objectif étant de maintenir le résultat proche de l'équilibre.

De la même façon, une projection est établie pour les fonds propres économiques, le SCR, le MCR et le BGS (besoin global de solvabilité). Puis divers stress tests, incorporant des chocs extrêmement violents à la demande de l'APCR, sont intégrés. Dans tous les cas, la Mutuelle a la capacité d'absorber ces différents chocs, grâce à sa maîtrise des risques et à son niveau de fonds propres.

L'importance du suivi du P/C est cependant à souligner. En effet, une dérive du P/C dans le temps pourrait entraîner, au final, des résultats très déficitaires de l'ordre de -1,2 million d'euros en 2025.

M. MERONI demande si le risque de cyberattaques peut être amoindri en prenant des dispositions de sécurisation et ce, afin de le prendre en compte dans le calcul des risques.

M. DE LAMAZE confirme que la mise en place d'éléments de protection contre les cyberattaques viendrait effectivement diminuer le risque net en diminuant la probabilité de survenance du risque. Puis, il insiste à nouveau sur l'importance de suivre l'évolution du P/C, car sa dégradation aura un impact assez fort pour la solvabilité à long terme et la santé de la Mutuelle.

Le cadre défini dans le rapport ORSA vis-à-vis de la Direction de la Mutuelle, c'est de maintenir le cap, de rester à des ratios au-dessus de 286 % en 2021 et dans les années suivantes, même si un événement ponctuel peut les faire baisser à 280 %.

M. DE LAMAZE présente le rapport sur les résultats des travaux de la fonction actuarielle (lune des 4 fonctions-clés imposées par la directive Solvabilité II). Ces travaux consistent à analyser le calcul des provisions techniques, à donner un avis sur la politique de souscription et, le cas échéant, sur la politique de réassurance.

La provision technique est impactée par la taxe Covid. La provision pour prestations à payer s'est élevée à 810 000 € ; elle avait été estimée à 780 000 € par la Mutuelle et à 580 000 € par le Cabinet. Au 30 septembre, les ratios combinés (comprenant les cotisations, les prestations et les frais) font apparaître des P/C équilibrés.

Une analyse a porté sur la répartition des montants par poste de prestation (pharmacie, honoraires médicaux, hospitalisation, dentaire, optique, auxiliaires médicaux, analyses et divers). Elle fait ressortir une légère baisse de l'hospitalisation, mais une hausse de l'optique, de l'appareillage et du dentaire, due au 100 % santé.

Concernant les frais de gestion, le reste du marché des mutuelles se situe autour de 19 %, lorsque la Mutuelle est à 8 %.

Une analyse en fonction de l'âge montre que l'hospitalisation prend une part de plus en plus importante au fur et à mesure de l'augmentation de l'âge, contrairement à l'optique et au dentaire.

L'analyse de l'équilibre technique par classe d'âge montre que sur certaines classes d'âge, le montant des prestations dépasse celui des cotisations. Cependant, au global, les cotisations et les prestations sont équilibrées.

M. DE LAMAZE indique que les corrections signalées en séance (filiales au lieu de régions, +13 au lieu de -13, plus une coquille) seront intégrées au rapport dont une version définitive sera envoyée au plus vite.

Mme MAITRE remercie M. DE LAMAZE et précise que les rapports vont être votés en l'état, ce jour, mais ne seront envoyés à l'ACPR qu'une fois la version définitive reçue.

Les rapports sont validés à l'unanimité, moyennant les corrections apportées en séance.

6. BUDGET RECALE 2021 ET BUDGET 2022

M. DEKKALI présente le budget recalé 2021, basé sur les éléments connus au 31 octobre.

Concernant les recettes, les cotisations se monteraient à 7,177 millions d'euros ; la participation du CSEC, à 5,824 millions d'euros et les produits financiers à 202 000 € ; soit, un total de 13,203 millions d'euros.

Concernant les dépenses, les prestations s'élèveraient à 10,515 millions d'euros (10,197 millions en 2019) ; les frais généraux, à 708 000 € en légère hausse due notamment au nouveau site internet et à la dématérialisation des dossiers qui a été externalisée ; la réassurance, à 174 000 € ; les cotisations aux organismes (FNMF, VYV Partenariat, UGM Services), à 106 000 € ; la TSA à 1,490 million d'euros ; impôts et taxes, à 94 000 € ; une reprise de provisions de 50 000 € ; soit, un total de 13,203 millions d'euros. Le résultat net s'élèverait à 166 000 €.

Pour le budget prévisionnel 2022, la première proposition prend en compte une baisse des effectifs due au départ des effectifs d'Ile-de-France (soit une participation du CSEC de 5,798 millions au lieu de 5,824 millions d'euros) et une forte augmentation des prestations en dentaire et en audio, sans augmentation des cotisations. Cette proposition aboutirait à un résultat net déficitaire de -136 000 €.

La deuxième proposition prenant en compte une hausse des cotisations (+2 % pour les actifs, +2,5 % pour les inactifs) aboutirait à un résultat net à 0.

Mme MAITRE précise que la sortie des effectifs d'Ile-de-France au 31 mai 2022 a été confirmée par la DRH. Les prévisions tiennent donc du fait qu'à partir du 1er juin 2022, il y aura 75 personnes en moins.

M. THILLET demande si les prestations n'auraient pas dû baisser.

M. DEKKALI répond que la hausse provient du reste à charge 0.

Mme MAITRE explique que bien qu'une hausse des cotisations permettrait d'arriver à un résultat net à l'équilibre en 2022, le Bureau a décidé de proposer au vote du conseil la première proposition de budget, sans augmentation des cotisations, qui amènerait à un déficit en 2022 ; ceci pour tenir compte de toutes les augmentations générales appliquées à ce jour (électricité, gaz, carburant, etc.).

M. LE GAL remarque qu'il y a des lignes de prestations avec un signe moins également.

Mme MAITRE suggère que cela peut être en lien avec le reste à charge 0. En revanche, certaines prestations pourraient augmenter comme la prise en charge de la psychologie (8 séances prises en charge par an, à hauteur de 40 %, soit 12 € pour la Mutuelle).

M. PENEL-CAPELLE estime que la non-augmentation des cotisations ne changerait rien.

M. DEMANGEL se déclare réticent face à la non-augmentation et préférerait une petite augmentation tous les ans pour faire face aux augmentations de prestations servies. De plus, le budget ne peut pas être déséquilibré.

Mme MAITRE, qui recommandait d'augmenter tous les ans, reconnaît avoir changé d'avis, notamment en raison de l'image donnée par la Mutuelle en augmentant les cotisations après avoir fait un bénéfice pendant deux ans. Il s'agit au contraire de soutenir les adhérents. Par ailleurs, si une augmentation devait avoir lieu en 2023, il est très improbable qu'elle se situe à 5 %.

M. LETORT attire l'attention du conseil sur les années charnières où les CSE sont amenés à revoter sur la mutualisation. Il faut donc préserver absolument 2023 et 2024 en n'instaurant pas une forte augmentation ces années-là. Cependant, nul ne sait si une augmentation pour 2022 préserverait effectivement 2023 et 2024.

M. NERO se montre d'accord au sujet des années charnières. Néanmoins, la conjoncture actuelle est telle, qu'il lui semble préférable d'augmenter les cotisations, même en année électorale que d'augmenter pour 2022.

M. LETORT se demande ce que va faire Pro BTP.

M. NERO pense qu'il n'est pas nécessaire pour la Mutuelle de toujours se calquer sur Pro BTP.

Mme MAITRE estime que rivaliser avec Pro BTP est impossible, sauf à changer les prestations et à instaurer des options.

M. LETORT précise qu'il ne s'agit pas d'imiter Pro BTP, mais de s'informer sur ce qu'il va faire. Il n'est pas hostile à une non-augmentation après deux années de bénéfice. Il faut simplement veiller, en allant voir tous les CSE, de mettre en avant l'équilibre budgétaire de la Mutuelle et ses prestations. Il serait souhaitable d'éviter une forte augmentation qui impacterait négativement l'image de la Mutuelle auprès des CSE.

Mme MAITRE pense qu'il suffit d'expliquer pourquoi telle augmentation a été décidée à tel moment.

M. LETORT considère qu'il faut mettre Pro BTP et la Mutuelle sur un pied d'égalité pour le tronc commun et qu'il faut convaincre la Direction de laisser les nouvelles filiales telles quelles, dans le sas, sans les faire adhérer d'office à Pro BTP, pour les laisser choisir leur mutuelle au moment où elles intègrent véritablement le groupe.

M. GRUNER ne se dit pas persuadé que cela influencera les CSE qui veulent mutualiser. C'est la mutualisation qui importe, pas la Mutuelle. Or, l'individualisme actuel entraîne un refus de la mutualisation. Quant à la comparaison avec Pro BTP, M. GRUNER estime que les prestations de la Mutuelle n'ont rien à envier avec celles, options incluses, de Pro BTP.

M. DAVID pense qu'un CSE fondera plus facilement sa décision sur la mutualisation que sur la Mutuelle.

M. GRUNER ajoute qu'il est question du modèle de la mutualisation et que c'est ce modèle qu'il faut arriver à vendre.

M. LETORT estime que la baisse structurelle des ouvriers dans les effectifs est une chance pour la Mutuelle de démontrer aux ETAM et aux cadres que son offre est beaucoup plus égalitaire et moins chère que celle de Pro BTP.

M. GRUNER espère que l'effectif vieillissant, il s'apercevra que le modèle de retraite à la Mutuelle est plus intéressant qu'à Pro BTP.

Mme MAITRE précise que le résultat de fin d'année sera probablement supérieur au bénéfice affiché dans cette prévision, mais souhaite modifier la ligne ostéopathie en y ajoutant un panier « médecines alternatives et complémentaires » comprenant l'ostéopathie, l'acupuncture, le diététicien, la chiropractie et la pédicure/podologie (sachant que la pédicure est prise en charge lorsque le patient est diabétique). Cette prestation se montera à 30 € pour deux séances par an, au choix dans le panier, sur facture mentionnant le numéro ADELI du praticien.

Quant à la psychologie, un remboursement de 8 séances par an est demandé par l'Etat, avec une prise en charge à hauteur de 40 % des Mutuelles. Cela reviendrait à rembourser 12 € par la Mutuelle. Le décret n'étant pas encore paru à ce jour, le budget 2022 ne comprend pas ce nouveau remboursement. Une modification sera opérée lorsque le décret sera publié.

7. PROPOSITION RMA

Mme MAITRE expose rapidement la proposition RMA qui consiste à passer d'une offre mono-service à une offre multi-services, augmentant la cotisation. Malheureusement, cette nouvelle offre fait perdre 10 heures de soins post-opératoires ou d'accompagnement psychologique.

Il est donc proposé de rester sur l'offre actuelle, moyennant une revalorisation du coût tarifaire en 2022.

M. GRUNER précise qu'avec l'indexation 2022, il est possible d'obtenir une prestation supplémentaire ; d'où la décision du Bureau de garder l'option actuelle.

M. DEMANGEL se demande si une information supplémentaire sur RMA ne serait pas nécessaire, car beaucoup de gens ignorent son existence.

M. THILLET remarque que le premier réflexe des gens est de se tourner vers les RH qui devraient être capables de les renseigner.

Mme MAITRE évoque la possibilité de renvoyer un encart à tous les RH ; une réunion avec les RH de région lui ayant été refusée.

M. DEKKALI ajoute que M. Tandeau de Marsac a exigé que toute communication aux DRH de régions passe par ses services uniquement.

M. NERO suggère d'envoyer la documentation à tous les administrateurs, qui pourront la dispatcher à tous les membres de CSE de leur région, afin qu'ils puissent éventuellement la mettre à l'ordre du jour d'une séance.

Mme MAITRE reconnaît qu'une information peut être à nouveau diffusée, mais elle apparaît déjà sur le site internet de la Mutuelle, dans *Mut Info* et sur la carte d'adhérent.

8. MODIFICATIONS STATUTAIRES

Mme MAITRE fait procéder aux votes suivants.

- ⇒ La non-augmentation des cotisations actifs et inactifs pour 2022 est adoptée à la **majorité et 2 votes contre**.
- ⇒ L'augmentation du panier de soins « médecines alternatives et complémentaires », proposant le remboursement de 2 séances par an, choisies parmi l'ostéopathie, l'acupuncture, la diététique, la chiropractie et la pédicure/podologie, soit deux fois 30 € par an, est adoptée à l'**unanimité**.
- ⇒ Le choix de rester sur l'offre RMA actuelle, moyennant une indexation pour 2022, est adopté à l'**unanimité**.

9. PLACEMENTS

Mme MAITRE propose un placement dans un nouvel autocall d'un partenariat Orange/AXA, sur une maturité de 6 ans et une première constatation au premier trimestre ; 2,5 % de rendement par trimestre, soit 10 % sur l'année.

M. THILLET demande la destination de ces placements d'un point de vue éthique.

Mme MAITRE reconnaît que pour ce genre de placement qui représentent moins de 5 % du portefeuille de la Mutuelle, la destination n'est pas étudiée, contrairement aux placements habituels SCPI qui constituent 35 % du portefeuille.

Le montant du placement sur cet autocall s'élèverait à 200 000 €.

Par ailleurs, la réactivité étant primordiale, il est proposé de recourir à une procédure allégée dans le cadre d'une enveloppe de 200 000 €, en cas d'opportunité loin d'un conseil d'administration. Avant toute signature de la demande de placement, un mail d'information serait envoyé à l'ensemble des administrateurs.

M. NERO propose que le mail soit un mail de consultation sous 48 heures.

Mme MAITRE demande si les administrateurs sont capables de répondre sous 72 heures.

M. CAPITAINE précise que sans réponse, c'est positif.

Mme MAITRE valide la procédure d'envoi d'un mail de consultation avec une réponse en retour dans les 72 heures.

⇒ Le placement de 200 000 € sur l'autocall Orange/AXA est approuvé à la **majorité et 3 abstentions**.

⇒ La procédure allégée (envoi d'un mail avec demande de confirmation sous 72 heures dans le cadre d'une enveloppe budgétaire de 200 000 €) est adoptée à la **majorité et 2 abstentions**.

10. COMPTE RENDU DU COMITE D'AUDIT

M. LETORT expose au conseil qu'un comité d'audit s'est tenu le 18 octobre et qu'un deuxième se tiendra le 10 décembre, en raison du manque de participants à la première réunion. Le comité d'audit a travaillé sur la poursuite du programme triennal 2020-2022, la mise à jour du fichier de suivi des recommandations élaborées précédemment par le comité d'audit, en reprenant en priorité les engagements pris vis-à-vis de l'ACPR.

Les actions traitées ou en cours concernent : le RGPD ; la mise à jour des politiques écrites et du bulletin d'adhésion ; la régularisation du prêt de personnel de Gestion & Développement ; le plan de continuité d'activité ; la numérisation des bulletins d'adhésion.

Les actions non encore traitées ou non initiées concernent : la mise à jour des processus opérationnels incluant la mise en place du contrôle de deuxième niveau ; la mise à jour de la cartographie des risques en cohérence avec le rapport ORSA ; la continuité de l'activité en cas d'indisponibilité du responsable administratif ; la démarche RGPD qui est le point critique, aujourd'hui.

M. LETORT évoque l'éventualité de remplacer un membre du comité d'audit qui ne participe pas aux réunions.

Mme MAITRE indique qu'une réunion est programmée, la semaine suivante, avec la société retenue par le groupe VYV, afin d'aider la Mutuelle dans sa démarche RGPD et pour accompagner le DPO.

M. LETORT pointe le problème des ressources et des moyens alloués par le conseil d'administration au RGPD et à la cartographie des risques.

11. ORGANISATION DE L'ASSEMBLEE GENERALE 2022 ET VOTES

Mme MAITRE propose que l'assemblée générale se tienne à Toulouse, si toutes les conditions sont réunies.

M. PENEL-CAPELLE rappelle qu'en 2022, les délégués actuels à l'assemblée générale doivent élire 12 administrateurs, dont 4 administratrices.

Onze administrateurs seront élus pour 4 ans ; le 12ème administrateur sera élu pour 2 ans, afin de respecter le renouvellement à 50-50, tous les deux ans. Les nouveaux élus auront à produire un extrait de casier judiciaire (bulletin n° 3) dans le mois qui suit leur élection.

Les administrateurs sortants sont : Victor BRIAIS, Bernard BURGHGRAEVE, Jérôme DEMANGEL, Gilles LETORT, Delphine MAITRE, Jean-Pierre MATHELIER, Joël MORIN, Alain NERO, Aïsa RAMDANI, Patrice THILLET.

Il est proposé également de réactualiser la charte de l'administrateur.

Mme MAITRE informe le conseil que la nouvelle version sera envoyée par mail pour relecture rapide, avec un retour le 26 novembre pour les commentaires. A la suite de cela, elle sera communiquée sur le site internet avec un petit mot dans l'appel à candidatures.

M. PENEL-CAPELLE rappelle que le mandat des délégués à l'assemblée générale s'arrête après l'assemblée générale de 2022. Il faut donc renouveler leur mandat pour la période 2023-2026. Ils seront élus par les adhérents de leur section. Il faut élire 57 titulaires et 57 suppléants (les mieux élus dans une section devenant titulaires ; les autres devenant suppléants). L'Ile-de-France étant scindée en trois (3 CSE), elle sera numérotée 15a, 15b, 15c.

Ces appels à candidatures sont à paraître dans le prochain *Mut Info*, qui fera 4 pages.

M. PENEL-CAPELLE incite les administrateurs à motiver les éventuels candidats.

12. CALENDRIER PREVISIONNEL DES REUNIONS 2022

Mme MAITRE énonce les dates des prochaines réunions :

- Samedi 5 mars 2022, conseil d'administration ;
- Samedi 11 juin 2022, assemblée générale et conseil d'administration ;
- Samedi 19 novembre 2022, conseil d'administration.

Les bureaux se tiendront la veille de chaque conseil d'administration.

13. CAS PARTICULIERS

Il n'y a aucun cas à présenter.

14. QUESTIONS DIVERSES

M. GRUNER demande une précision sur la procédure à adopter pour l'envoi des factures à rembourser, car certains adhérents ont reçu une demande de la facture originale, suite à leur envoi par mail.

M. PENEL-CAPELLE émet l'hypothèse d'une facture illisible lors du premier envoi.

Mme MAITRE émet celle d'un doute sur la facture.

M. GRUNER précise qu'il s'agissait de la facture d'un ostéopathe et demande si cela pose un problème.

Mme MAITRE répond que non.

M. DEKKALI ajoute que le service administratif est parfaitement au courant et que la procédure n'a pas changé.

(La séance est levée à 12h40)



