



Rapport sur la solvabilité et la situation financière – exercice 2018

19 avril 2019

N°SIREN 776 950 537

Rapport établi en application de la directive 2009/138/CE du parlement européen, du règlement délégué 2015/35 de la commission, des notices solvabilité 2 de l'ACPR, du règlement d'exécution 2015/2450 de la commission européenne.

Table des matières

Table des matières.....	2
A. Activité et résultats	5
A.1. Activité	5
A.2. Résultats de souscription.....	5
A.3. Résultats des investissements.....	5
A.4. Résultats des autres activités	5
A.5. Autres informations	5
B. Système de gouvernance.....	6
B.1. Informations générales sur le système de gouvernance	6
B.1.a L'assemblée générale	6
B.1.b le conseil d'administration.....	6
B.1.c Bureau et comités	7
B.1.d Le président du Conseil d'administration	8
B.1.e Direction effective.....	9
B.2. Exigences de compétences et d'honorabilité.....	11
B.8.a Procédure concernant les dirigeants salariés et responsables de fonctions clefs.....	11
B.8.b Pour les autres salariés	12
B.8.c Procédure concernant les élus	12
B.3. Système de gestion des risques, y compris l'évaluation interne des risques et de la solvabilité	13
B.4. Système de contrôle interne	14
B.4.a Présentation générale	14
B.4.b Le contrôle permanent	15
B.4.c Le risque de conformité.....	15
B.5. Fonction d'audit interne	16
B.6. Fonction actuarielle	16
B.7. Sous-traitance	17
B.7.a Procédure de sélection	17
B.7.b Demande de pièces complémentaires concernant les personnes physiques et morales.....	18
C. Profil de risque	19
C.1. Risque de souscription.....	19

C.1.a	Appréhension du risque de souscription au sein de la mutuelle.....	19
C.1.b	Mesure du risque de souscription et risques majeurs.....	19
C.1.c	Maitrise du risque de souscription	19
C.2.	Risque de marché.....	21
C.2.a	Appréhension du risque de marché au sein de la mutuelle	21
C.2.b	Mesure du risque de marché et risques majeurs	21
C.2.c	Maitrise du risque de marché	22
C.3.	Risque de crédit.....	22
C.3.a	Appréhension du risque de crédit au sein de la mutuelle	22
C.3.b	Mesure du risque de crédit et risques majeurs	22
C.4.	Risque de liquidité.....	23
C.4.a	Appréhension du risque de liquidité au sein de la mutuelle	23
C.4.b	Mesure du risque de liquidité et risques majeurs	23
C.4.c	Maitrise du risque de liquidité.....	23
C.5.	Risque opérationnel.....	24
C.5.a.	Commercialisation des produits	24
C.5.b.	Gestion des adhésions	25
C.5.c.	Gestion des cotisations.....	26
C.5.d.	Gestion des prestations	26
C.5.e.	Intermédiation.....	26
C.5.f.	Système d'information.....	26
C.5.g.	Risques sociaux	27
C.5.h.	Risques juridiques divers	27
D.	Valorisation à des fins de solvabilité.....	27
D.1.	Actifs.....	27
D.1.a	Les placements immobiliers	27
D.1.b	Les placements obligataires.....	27
D.1.c	Les fonds d'investissements	27
D.1.d	Les actions	27
D.1.e	Les autres placements.....	28
D.1.f	Les actifs incorporels	28
D.1.g	Les autres créances et la trésorerie	28
D.1.h	Les impôts différés actifs.....	28

D.2. Provisions techniques.....	28
D.2.a Les provisions techniques sociales	28
D.2.b Les provisions techniques prudentielles.....	29
D.3. Autres passifs.....	30
D.1.h Les impôts différés passifs	30
D.3.b Les autres dettes.....	31
D.4. Méthode de valorisation alternatives.....	31
D.5. Autres informations.....	32
E. Gestion du capital.....	32
E.1. Fonds propres	32
E.2. Capital de solvabilité requis et minimum de capital requis.....	33
E.2.a Le risque de marché	33
E.2.b Le risque de souscription santé.....	35
E.2.c Le risque de souscription vie	37
E.2.d Le risque de contrepartie.....	38
E.2.e Le SCR de base	38
E.2.f Le risque opérationnel.....	39
E.2.g L'ajustement pour impôts différés.....	39
E.2.h Les exigences de capital.....	39
E.3. Utilisation du sous-module « risque sur actions » fondé sur la durée dans le calcul du capital du solvabilité requis	41
E.4. Différences entre la formule standard et tout modèle interne utilisée	41
E.5. Non-respect du minimum de capital requis et non-respect du capital de solvabilité requis	41

A. Activité et résultats

A.1. Activité

A.2. Résultats de souscription

<i>(en K€)</i>	2018	2017	Evolution
Cotisations émises	29 339	29 414	-0,25%
Prestations et frais payés	-24 349	-23 583	3,25%
Frais de gestion	-1 721	-1 676	2,68%
Autres	29	-88	-132,95%
Solde de souscription	+3 298	+4 067	-18,91%

A.3. Résultats des investissements

<i>(En K€)</i>	Valeur de marché	Produits	Charges	Résultat des investissements	
				2018	2017
	29 805	816	529	+287	+1 031
Total	29 805	816	529	+287	+1 031

A.4. Résultats des autres activités

La mutuelle n'exerce aucune autre activité.

A.5. Autres informations

Aucune autre information importante ou qualifiée comme telle par la mutuelle susceptible d'impacter l'activité ou les résultats n'est à mentionner.

B. Système de gouvernance

B.1. Informations générales sur le système de gouvernance

B.1.a L'assemblée générale

L'Assemblée Générale est composée :

- de délégués bénévoles élus pour 6 ans (vote par correspondance) représentant les membres participants individuels,
- de délégués d'entreprises ou collectivités, nommés par l'entreprise.

Les élections des délégués individuels font l'objet d'un règlement de vote spécifique arrêté par le Conseil d'Administration et validé par l'Assemblée Générale. Ce règlement, qui décrit également le statut, le rôle et les responsabilités de tout délégué, fixe les conditions de candidatures et d'élections, la durée d'exercice et le nombre de mandats successifs.

Les délégués d'adhérents individuels ou assimilés sont élus après appel à candidature ouvert à l'ensemble des membres participants du secteur géographique dont ils dépendent. 20 secteurs ont été définis qui recouvrent un nombre variable de membres participants oscillant entre 800 et 1700 selon les zones géographiques et leur densité de population. Les délégués titulaires sont assortis de délégués suppléants en mesure de les substituer en cas d'indisponibilité définitive.

Les délégués des adhérents en entreprises, groupes ou collectivités sont librement présentés et désignés par ces mêmes structures. Une refonte des règles de représentativité est en-cours.

Conformément à l'article 23 des Statuts, l'Assemblée Générale approuve les comptes, nomme les administrateurs, vote les modifications de Statuts et Règlement, et plus généralement autorise les évolutions majeures de la Mutuelle. La prochaine AG devra se prononcer sur une mise en conformité des statuts avec le nouveau Code de la Mutualité.

B.1.b le conseil d'administration

Pour être éligibles au Conseil d'Administration, les membres doivent :

- être âgés de 18 ans révolus,
- Compter au moins 3 ans de sociétariat, sauf dérogation exceptionnelle accordée par l'Assemblée Générale,
- ne pas exercer, ou avoir exercé de fonctions de salariés au sein de la Mutuelle au cours des trois années précédant l'élection,
- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation dans les conditions énumérées à l'article L 114-21 du Code de la Mutualité,
- ne pas appartenir simultanément à plus de cinq Conseils d'Administration d'Unions ou de Fédérations, ni être sociétaire, salarié ou administrateur d'une autre Mutuelle.

Composition

Le Conseil d'Administration est composé obligatoirement de membres participants et honoraires de la Mutuelle à jour de leur cotisation, et pour deux tiers au moins de membres participants.

Il est composé au moins de 10 membres bénévoles pouvant être élus lors de l'Assemblée Générale annuelle parmi les délégués, candidats au préalable ou parmi les membres participants.

Actuellement, 15 administrateurs siègent au conseil. L'administration de la Mutuelle est plus particulièrement décrite dans le Titre IV des Statuts qui précise la composition du Conseil, les conditions d'éligibilité et de limite d'âge, les modalités d'élection des administrateurs, la durée de leur mandat, les dispositions en cas de vacance, leurs missions et fonctions, leur statut et leurs responsabilités, ainsi que l'organisation des réunions du Conseil, ses délibérations, la représentation des salariés en son sein, ses attributions, le statut de dirigeant salarié et enfin l'élection du Président, ses missions et les mesures en cas de vacance.

Concernant la représentation des salariés au Conseil d'Administration (2 employés), ceux-ci sont proposés par le Comité d'Entreprise au Conseil d'Administration, après chaque réélection du Comité. La représentation doit être entérinée tous les ans par le Conseil.

Le nombre de membres du Conseil d'Administration ayant dépassé la limite d'âge fixée à 70 ans, ne peut excéder le tiers des membres du Conseil d'Administration.

Les administrateurs participent à des formations au cours de leur mandat visant à les faire monter en compétence mutualiste pour un meilleur exercice de leur mission.

La liste des mandats des administrateurs est actualisée et jointe au rapport de gestion.

Aucune convention réglementée ne lie les administrateurs à la Mutuelle du Rempart.

Mission et rôle

Le Conseil d'Administration détermine les orientations de la Mutuelle et leur application. Il opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de l'organisme.

Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres un Président qui est élu en qualité de personne physique.

A la clôture de chaque exercice, le Conseil d'Administration arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qui est présenté à l'Assemblée Générale, dans lequel il rend compte notamment de l'ensemble des éléments mentionnés à l'article L 114-17 du Code de la Mutualité. Il établit aussi le rapport régulier à l'ACPR puis adopte le rapport prévisionnel de l'exercice suivant.

Plus généralement, le Conseil d'Administration dispose pour l'administration et la gestion de la Mutuelle de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'Assemblée Générale par le Code de la Mutualité et les Statuts.

Nombre de réunions

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du Président au moins trois fois par an. En 2018, le Conseil s'est réuni 5 fois.

B.1.c Bureau et comités

Comme le Code de la Mutualité l'autorise et comme les règles de bonne gouvernance le requièrent, le Conseil d'Administration, réuni en séance du 23 octobre 2009, a voté la création d'un Bureau et de 7 Commissions. En 2013, les commissions ont été rebaptisées « Comités », pour se conformer à la

terminologie prudentielle.

Bureau

Le Bureau se compose d'au moins d'un Président, de 2 Vice-Présidents, d'un Trésorier, d'un Trésorier-Adjoint, d'un Secrétaire, d'un Secrétaire-Adjoint.

Il est chargé de fixer l'ordre du jour des réunions du Conseil d'Administration et d'en préparer les délibérations.

Comités

Ces comités composés d'administrateurs reçoivent le mandat de préparer les décisions importantes du Conseil, par un examen détaillé des sujets auxquels ils sont dédiés.

Les comités suivants ont été mis en place au sein de la Mutuelle du Rempart :

- un comité d'Audit et Risques, chargé d'examiner les comptes avant leur soumission au Conseil, de suivre le travail de l'audit interne et de participer au processus de désignation du Commissaire aux Comptes. M. Michel LAURENS, ancien Commissaire aux Comptes, a intégré ce comité en 2017 en tant que personne qualifiée.
- un comité des Placements, proposant au Conseil une stratégie d'allocation d'actifs induisant les perspectives de performance, de volatilité et de liquidité des placements en fonction du budget prévisionnel annuel, de la situation des réserves et de la conjoncture financière.
- un comité de Conformité Juridique, en charge de préparer les modifications statutaires et réglementaires de la Mutuelle, pouvant être saisi par tout adhérent en cas de litige.
- un comité des Rémunérations, définissant le cadre de la politique salariale et sociale de la Mutuelle.
- un comité du Fonds Social, destiné à allouer des aides financières aux adhérents se trouvant en difficultés, sur étude de dossiers étayés.
- un comité Marketing et Commercial initiant ou entérinant les actions promotionnelles lancées par la direction dans un objectif de conquête de nouveaux adhérents ou de fidélisation des anciens.

Ils se sont tous réunis au moins une fois au cours de l'année 2017.

Ces comités sont composés d'au moins 3 administrateurs, à l'exception du Président et du Directeur Général qui peuvent toutefois être auditionnés par ceux-ci. Ils peuvent demander l'assistance technique de personnes qualifiées extérieures à la Mutuelle.

B.1.d Le président du Conseil d'administration

Le Président est élu par le Conseil d'Administration pour une durée de 3 ans, parmi ses membres ayant plus de 3 ans de mandat d'administrateur.

Missions

Le Président du Conseil d'Administration représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il peut ainsi décider de tous actes d'administration dans l'intérêt de la Mutuelle.

Il convoque le Conseil d'Administration et établit l'ordre du jour des réunions avec l'appui du

Bureau. Il organise et dirige les travaux du Conseil d'Administration dont il rend compte à l'Assemblée Générale.

Il veille au bon fonctionnement des organes de la Mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

Il donne avis aux Commissaires aux Comptes de toutes les conventions autorisées.

B.1.e Direction effective

La direction effective de la mutuelle est assurée par le Président du conseil d'administration et le Directeur général, ayant aussi le titre administratif de dirigeant opérationnel.

Le directeur général met à disposition du Conseil les moyens lui permettant :

- de mener à bien les réflexions des administrateurs sur les objectifs,
- d'arrêter des décisions politiques, stratégiques, budgétaires, de placements et d'investissements,
- de rechercher d'une manière générale tous les éléments qui permettent d'orienter de façon déterminante le moyen et le long terme de toutes les activités de la Mutuelle, afin d'assurer la défense et la promotion de la Mutuelle du Rempart.

A cette fin, il participe aux réunions des instances statutaires de la Mutuelle (Conseils, Comités, Assemblées Générales) ou autres, chaque fois que sa présence est jugée nécessaire à l'exercice de ses fonctions.

Il œuvre constamment en concertation et coopération avec le Président et les administrateurs de la Mutuelle. La règle dite des « 4 yeux » issue de la Directive Solvabilité II est ainsi amenée par la fréquence et la transparence des échanges entre le Président et le Directeur Général.

Il applique les décisions politiques et stratégiques prises par le Conseil d'Administration.

Il propose au Conseil, sous forme de programmes d'actions et de plans, la stratégie et les moyens à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs fixés.

Le Directeur est responsable :

- de l'organisation administrative
- du personnel dont il assure le management et coordonne les actions.

En tant que responsable de la gestion de l'organisme :

- il suit l'évolution des activités
- il met en place un contrôle des différentes opérations
- il procède à des analyses de situations
- il effectue si nécessaire les corrections utiles dans le cadre de ses prérogatives, ou demande au Conseil de procéder à un réajustement des stratégies fixées.

Il rassemble les informations nécessaires à la préparation des budgets qui sont soumis au Conseil d'Administration.

Il rend compte régulièrement des résultats au Président.

Il assume et rend compte de ses délégations reçues, selon les domaines, du Conseil d'Administration et du Président, et ce, conformément aux dispositions statutaires. Il peut recevoir en particulier délégation de signer tous actes et documents administratifs et financiers relatifs à ses missions, en application des décisions du Conseil. Il représente la Mutuelle dans ses relations ordinaires avec les

administrations, les organismes extérieurs, les créanciers, etc. Il participe aux réunions de la Fédération Nationale Indépendante des Mutuelles (FNIM) dont il a été élu administrateur en 2017.

Le Directeur est partie prenante dans le plan de développement mis en œuvre par la Mutuelle, notamment par la recherche constante de nouveaux adhérents, conformément au Code de la Mutualité et à l'éthique professionnelle.

Il maintient des relations avec l'environnement institutionnel (administration, organismes sociaux, etc.) et stratégiques (presse...). Il est à ce titre notamment conseiller titulaire de la CPAM de Haute-Garonne, administrateur de la Chambre Régionale d'Economie Sociale et Solidaire Midi-Pyrénées, ainsi que membre suppléant du Conseil de Surveillance de l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie.

Il assure les représentations extérieures sur mandat des responsables.

Il établit les liaisons avec les adhérents individuels, les groupes adhérents et les organismes mutualistes fédéraux (UGM Opéra, UGM ACS).

Il veille à la promotion et à l'image du mouvement de la Mutuelle. Dans ce cadre, il recherche et propose notamment :

- Les moyens d'adapter la Mutuelle aux besoins de ses adhérents,
- Les études et les actions de promotion de produits ou de services nouveaux décidés par le Conseil,
- Les campagnes de prévention, de promotion de la santé et de la protection sociale.

Au plan de la production, il organise les services dans le but :

- De maîtriser la productivité,
- D'en assurer la fiabilité,
- De garantir la qualité du service aux adhérents,
- De garantir les meilleurs résultats économiques.

Au plan de la gestion administrative et financière :

- Il propose à l'approbation du Conseil les budgets et la politique de placements et d'investissement. Il est responsable de leur exécution.
- Il met en œuvre les procédures et les moyens nécessaires à la bonne marche de la Mutuelle. Il est responsable de leur bonne exécution.
- Il ne peut cumuler les pouvoirs d'ordonnateur et de payeur.
- D'une manière générale, il veille au respect de toutes les formalités exigées par la législation et la réglementation en vigueur.

Au plan des ressources humaines :

- Dans le respect des dispositions conventionnelles applicables aux différentes catégories de salariés et de la politique de ressources humaines arrêtée par le Conseil d'Administration, il a pleine et entière autorité sur l'ensemble du personnel qu'il gère dans un esprit d'efficacité, en promouvant la motivation et la délégation.
- Il est seul à lui donner des ordres et à le contrôler.
- Il procède au recrutement et au licenciement du personnel (employés, techniciens, cadres et agents de direction, pour ces derniers en concertation avec le Président).
- Il s'assure de façon permanente de la qualité de ses personnels, en fonction des évolutions de leurs tâches et missions.

- Il met en place, en fonction de l'évolution générale de l'organisation et des besoins du personnel, le plan de formation dont il suit l'évolution.
- Il est responsable de l'application de la législation du travail et des accords conventionnels dans la Mutuelle. Il réunit les représentants du personnel au travers du Comité Social et Economique.

B.2. Exigences de compétences et d'honorabilité

B.8.a Procédure concernant les dirigeants salariés et responsables de fonctions clefs

Sur les compétences

Une évaluation de la compétence est réalisée lors du processus de recrutement et annuellement lors de l'entretien annuel d'évaluation.

La mutuelle évalue la compétence individuelle selon la nature du poste, la formation, les connaissances, les qualifications et l'expérience de la personne concernée.

La compétence est notamment appréciée sur la connaissance des thèmes suivants :

- Connaissance des principaux produits distribués et des risques auxquels ils exposent la mutuelle ;
- Expérience en lien avec le poste concerné ;
- Marché de l'assurance et marchés financiers ;
- Stratégie d'entreprise et modèle économique de la mutuelle ;
- Système de gouvernance de la mutuelle ;
- Analyse financière (si pertinent);
- Tarification et provisionnement (si pertinent) ;
- Cadre réglementaire applicable aux attributions du poste concerné.

Un plan de formation peut être proposé à l'issue de cet examen.

D'autres critères de qualification sont éventuellement définis dans la fiche de poste établie par la personne en charge des ressources humaines en lien avec les directions concernées.

Une prise de références est systématiquement effectuée.

L'évaluation des compétences est aussi effectuée chaque année à l'occasion de l'entretien annuel d'évaluation. A cet effet, la mutuelle met en place un guide d'entretien permettant de mettre en évidence toute inadéquation entre les compétences d'une personne et le poste auquel elle est affectée.

Sur l'honorabilité

La mutuelle juge honorables les personnes qui satisfont les critères suivants :

- Aucune infraction disciplinaire ou administrative commise dans le cadre d'une activité du secteur financier ;
- Casier judiciaire vierge de toute infraction criminelle en lien avec une activité économique et financière.

A cette fin, la mutuelle examine les casiers judiciaires des personnes concernées préalablement à leur embauche et exige de leur part une déclaration annuelle d'honorabilité certifiant qu'elles demeurent honorables.

Les agissements susceptibles d'être classés dans l'une des deux catégories *supra* sont réputés être prescrits s'ils sont survenus 5 ans avant l'examen par la mutuelle de l'honorabilité de ses collaborateurs.

Les dirigeants et responsables de fonctions clefs ne doivent pas exercer d'autres fonctions susceptibles de créer des situations de conflits d'intérêts.

En cas de possible conflit d'intérêt, la personne concernée doit notifier cette situation sans délai au Président du Conseil d'administration.

Sur les pièces à examiner

Pour chaque dirigeant ou responsable de fonction clef, la mutuelle examine les documents suivants :

- une copie recto verso d'une pièce d'identité en cours de validité ;
- un curriculum vitae à jour ;
- une copie des diplômes ;
- les justificatifs des formations spécialisées suivies et le cas échéant les certifications pour le poste ;
- un extrait de casier judiciaire de moins de 3 mois (bulletin n°3).

Procédure de notification à l'ACPR

Toute prise de poste est notifiée dans les 15 jours à l'ACPR selon l'instruction n° 2015-I-02 pour les dirigeants et n° 2015-I-03 pour les responsables de fonctions clefs.

B.8.b Pour les autres salariés

Les modalités de recrutement sont encadrées par une procédure qui prévoit l'analyse des mêmes pièces à ceci près que le casier judiciaire n'est pas examiné et qu'aucune déclaration d'honorabilité n'est demandée. Chaque recrutement fait l'objet d'une « fiche d'entrée ». Pour les membres du Comité de direction, la procédure est ajustée et comprend un entretien collégial avec les membres du Comité de direction visant à mettre le candidat en situation au regard des sujets qu'il devra traiter.

B.8.c Procédure concernant les élus

Pour le Conseil d'administration, la compétence est évaluée, en partie, collectivement. La compétence collective prend en compte la diversité des parcours professionnels. Ainsi, ils n'ont pas l'obligation de tous posséder une expertise, une connaissance et une expérience portant sur tous les domaines d'activité de la mutuelle.

La compétence est notamment appréciée sur la connaissance des thèmes suivants :

- Connaissance des principaux produits distribués et des risques auxquels ils exposent la mutuelle ;
- Marché de l'assurance et marchés financiers ;
- Stratégie d'entreprise et modèle économique de la mutuelle ;
- Système de gouvernance de la mutuelle ;
- Analyse financière ;
- Tarification et provisionnement ;

- Cadre réglementaire.

Un plan de formation, individuel ou collectif, peut être proposé à l'issue de cet examen.

Un plan de formation individuel est obligatoirement proposé lors du premier mandat d'un administrateur.

Lors de chaque modification de la composition du Conseil d'administration, la mutuelle s'assure que la compétence collective demeure à un niveau adéquat.

Sur l'honorabilité

Afin de se conformer aux dispositions du décret n° 2014-1357 du 13 novembre 2014, la mutuelle communique un dossier d'approbation à l'ACPR dans les 15 jours suivant une élection d'administrateurs.

Ce dossier contient, pour chaque nouvel élu, les éléments suivants :

- une copie recto verso d'une pièce d'identité en cours de validité ;
- un *curriculum vitae* à jour (intégrant éventuellement les fonctions exercées précédemment auprès de la mutuelle) ;
- une copie des diplômes ;
- les justificatifs des formations spécialisées suivies et le cas échéant les certifications pour le poste ;
- un extrait de casier judiciaire de moins de 3 mois (bulletin n°3).

Le dossier contient aussi les deux éléments suivants :

- formations pouvant être suivies, individuellement ou collectivement, au cours du mandat ;
- synthèse des compétences collectives du Conseil d'administration.

B.3. Système de gestion des risques, y compris l'évaluation interne des risques et de la solvabilité

La Mutuelle du Rempart a réalisé son premier rapport ORSA à blanc et l'a remis à l'ACPR le 24 septembre 2014 ; un rapport est depuis produit chaque année.

Conformément aux dispositions de l'article 45 de la directive cadre Solvabilité II, le dispositif ORSA constitue, d'une part, l'outil de surveillance et d'ajustement de la solvabilité de la Mutuelle du Rempart et permet, d'autre part, d'éclairer les actions managériales de ses dirigeants en quantifiant les impacts probables de leurs décisions.

Le rapport ORSA de la mutuelle se décompose en cinq parties :

- Une présentation du bilan prudentiel, des exigences prudentielles et de leurs couvertures,
- L'évaluation du besoin global de solvabilité qui dépend du profil de risque de la mutuelle, de l'appétence au risque de sa gouvernance et de sa politique commerciale.
- L'évaluation du respect permanent des exigences prudentielles qui permet, quantitativement, un suivi infra-annuel de la couverture des exigences prudentielles et une analyse prospective de la solvabilité sous des scénarios de marché et d'activité prédéfinis, en intégrant d'éventuelles décisions stratégiques à l'étude. Le pilotage de la

mutuelle est effectué, notamment, en fonction des conclusions apportées par cette évaluation.

- La mesure dans laquelle le profil de risque de la mutuelle s'écarte des hypothèses qui sous-tendent le calcul du SCR. Elle permet, qualitativement et, le cas échéant, quantitativement, de vérifier que les calibrages de la formule standard sont bien adaptés au profil de risque de la mutuelle.
- La description du mode d'intégration du dispositif ORSA dans le système de gouvernance de la mutuelle. En effet, celui-ci impose un dialogue continu entre les dirigeants et les gestionnaires. Ce dialogue permet de mesurer régulièrement les risques auxquels est réellement confrontée la mutuelle, d'ajuster la mesure de sa solvabilité en conséquence, d'apprécier cette dernière de manière continue entre deux inventaires et de la projeter dans des scénarios conjoncturels définis.

La mutuelle utilise l'outil Magellan pour produire ses calculs ORSA. Il permet :

- d'estimer quantitativement le besoin global de solvabilité de la mutuelle par intégrations d'éventuels risques non prévus et par modulations de certains calibrages de la formule standard ;
- de suivre de manière continue la solvabilité de la mutuelle entre deux inventaires ;
- de mener des analyses prospectives de la solvabilité sous des scénarios définis et en intégrant d'éventuelles décisions stratégiques à l'étude.

Les calculs effectués par le modèle, ainsi que les approximations sur lesquelles ils sont fondés, font l'objet de spécifications techniques écrites.

B.4. Système de contrôle interne

B.4.a Présentation générale

Le contrôle interne est un processus mis en œuvre par le Conseil d'Administration, le Président et le Directeur Général ainsi que le personnel de l'entreprise pour fournir l'assurance raisonnable de la réalisation des objectifs suivants :

- la fiabilité des opérations financières et la qualité des informations comptables et financières.
- l'application de la stratégie générale fixée par le Conseil d'Administration et la réalisation et l'optimisation des opérations qu'il a décidées.
- la surveillance et l'évaluation des risques.
- la conformité aux dispositions légales réglementaires contractuelles et aux normes professionnelles ou déontologiques.

L'enjeu véritable du contrôle interne est la maîtrise des activités de la Mutuelle, grâce à un ensemble de règles de sécurité du fonctionnement des services, associé à des procédures de contrôle de leur application et de leur efficacité.

Le dispositif de contrôle interne recouvre les activités de métier et supports, la gestion déléguée et les activités externalisées. Ces deux dernières activités sont sans objet à la Mutuelle du Rempart.

Le dispositif de contrôle interne repose sur :

- un mécanisme de contrôle permanent dans les services opérationnels exercé par les agents et leurs chefs de service.
- un dispositif de contrôle de gestion des risques.
- un mécanisme de contrôle de conformité visant à prévenir les risques de sanction judiciaire administrative ou disciplinaire, d'atteinte à la réputation et de perte financière que pourrait engendrer le non-respect des dispositions légales ou réglementaires aux normes professionnelles ou déontologiques.
- un dispositif de contrôles périodiques confié à un audit interne qui vérifie l'efficacité et la cohérence des dispositifs du contrôle permanent. Cette tâche est dévolue au comité d'Audit, avec l'assistance des Commissaires aux comptes.

B.4.b Le contrôle permanent

Le dispositif du contrôle permanent est en premier lieu sous la responsabilité des opérationnels qui doivent formaliser leur procédure, leur plan de contrôle et éventuellement les actions correctives suite à des anomalies décelées par les contrôles.

Ces contrôles doivent également faire l'objet d'une formalisation.

Actuellement, les activités métier assurent le contrôle permanent de leur activité. Les procédures de contrôle usuelles sont formalisées.

En l'état actuel de la situation, au plan des fonctions « métier » comme des fonctions « support », les procédures sont rédigées et les plans de contrôle réalisés en place au sein des départements Prestations et Gestion des contrats.

En matière de Traitements des réclamations, une procédure a été écrite et communiquée en interne. Un numéro dédié au traitement des réclamations avec communication à destination du public sur divers documents (carte adhérent, plaquette commerciale etc..) est mis en place depuis le 1er janvier 2013.

Un poste de responsable du Traitement des Réclamations a été créé. Il sert de point de centralisation des réclamations par le biais de fiches spécifiques afin d'assurer la correcte application des délais légaux de traitement et résolution relatifs à ces demandes particulières.

Dès identification d'une réclamation par nos salariés, un formulaire est systématiquement rempli et adressé au chef de service, ou en son absence, directement au chargé des réclamations, accompagné d'une copie de la demande (si elle est écrite) et de sa réponse éventuelle.

Le chef de service les transmet quotidiennement pour enregistrement au chargé des Réclamations, dédié à leurs suivis et au respect de cette procédure dans le cadre du Contrôle Interne.

B.4.c Le risque de conformité

En s'assurant en permanence de la conformité des activités de la mutuelle, la Fonction Conformité vise à protéger la mutuelle du risque de Non-Conformité.

Le risque de non-conformité se définit comme le « *risque de sanctions judiciaires ou administratives, de pertes financières matérielles ou d'atteinte à la réputation qu'engendre le non-respect par la mutuelle des dispositions légales, réglementaires, des normes professionnelles ou déontologiques applicables à ses activités* ». Le risque de non-conformité résulte donc d'une inadéquation des procédures et des modes opératoires aux dispositions législatives ou réglementaires. Ce risque peut, par exemple, se matérialiser par des

pratiques commerciales qui ne répondent pas aux exigences réglementaires telles que le devoir de conseils et d'information à l'égard des adhérents sur les produits commercialisés.

La Fonction Conformité a donc pour vocation de prévenir, de contrôler, et de conseiller, non seulement les organes délibérants et exécutifs, mais également les fonctions commerciales, opérationnelles et support sur les questions de conformité qui s'opposent au Pôle Assurantiel de la mutuelle.

Cette fonction est amenée par le Directeur Général avec l'appui des divers cabinets spécialisés en droit de la Mutualité et de la Protection Sociale.

Des formations ou conseils sont régulièrement sollicités auprès de cabinets spécialisés en actuariat, de cabinets d'avocats locaux dans le cadre de conventions annuelles ou nationales pour des consultations ponctuelles.

B.5. Fonction d'audit interne

La fonction d'audit interne est directement rattachée à la direction opérationnelle et dispose d'un droit d'accès au conseil d'administration ce qui en garantit son indépendance. Elle est amenée par le Président du Comité d'Audit et Risques. Le conseil d'administration, par l'intermédiaire du comité d'audit, entend annuellement la fonction d'audit interne. Dans ce cadre, la fonction d'audit interne :

- Rend compte de la réalisation du plan d'audit ;
- Présente les conclusions des missions réalisées et les recommandations associées.
- Réalise un état des lieux de la mise en œuvre des recommandations émises.
- Propose un plan d'audit pour l'année suivante, ce dernier étant validé voire préalablement amendé par le conseil d'administration.

La fonction d'audit interne, pour assurer son objectivité, dispose également de la possibilité de conduire des audits non prévus initialement dans le plan d'audit. A cet effet, toute détection ou évènement majeur portant atteinte à la maîtrise des risques est susceptible de donner lieu à une mission d'audit non planifiée initialement.

Le responsable de la fonction clé audit interne peut s'adjoindre les services de cabinets d'audits pour réaliser opérationnellement les missions d'audit. Depuis 2017, la mission d'Audit interne a été externalisée et confiée au cabinet Lovato-Moreau.

B.6. Fonction actuarielle

Conformément aux dispositions de l'article 48 de la directive, précisées à l'article 272 du règlement délégué, la mutuelle dispose d'une fonction actuarielle.

Les prérogatives de la fonction actuarielle incluent notamment la coordination et le contrôle des provisions techniques. En cela, la fonction actuarielle :

- S'assure de l'adéquation des méthodologies, des modèles sous-jacents et des hypothèses utilisés pour le calcul des provisions techniques ;
- S'assure de la suffisance de la qualité des données utilisées dans le calcul des provisions techniques et en évalue les limites ;

La fonction actuarielle rend compte annuellement à la direction et au conseil d'administration de la

fiabilité et du caractère adéquat du calcul des provisions techniques et rédige pour cela un rapport actuariel. Celui-ci met en exergue les écarts constatés, les limites des méthodes et de la qualité des données et évalue le degré de certitude et de fiabilité des calculs. Le rapport vise aussi à présenter les défaillances et les recommandations associées à mettre en œuvre pour y remédier.

La fonction actuarielle contribue également au système de gestion des risques de la mutuelle. En cela, la fonction actuarielle :

- Elabore des modèles de risques techniques, qu'il s'agisse de ceux associés au développement de produits, de ceux liés au portefeuille de contrats bruts et nets de réassurance, de risque financier, de modèle de risque opérationnel et alimente ainsi le calcul des exigences de fonds propres ainsi que les évaluations prospectives du rapport ORSA ;
- Emet un avis sur la politique globale de souscription;
- Emet un avis sur l'adéquation des dispositions prises en matière de réassurance.

B.7. Sous-traitance

B.7.a Procédure de sélection

Tout projet d'externalisation de fonction clef ou de fonction critique est décidé par le Conseil d'administration.

Cette décision repose notamment sur l'analyse des risques adossés à ce projet.

Lorsque le projet est validé, une procédure de sélection de prestataires est engagée.

La Direction général présélectionne ou supervise la présélection de plusieurs prestataires.

A cette fin, un cahier des charges peut être rédigé.

Le Conseil d'administration désigne parmi les prestataires présélectionnés celui ou ceux habilités à prendre en charge les activités devant être externalisées.

La procédure de sélection est notamment fondée sur ce qui suit :

- un examen informel visant à vérifier que le prestataire est doté des aptitudes, de la capacité et de tout agrément légal nécessaires ;
- un examen informel visant à assurer qu'aucun conflit d'intérêts manifeste ou potentiel ne compromette la mission confiée au prestataire ;
- un examen informel d'un projet de contrat écrit définissant clairement les droits et obligations respectifs des deux parties et ce qui suit :
 - o les devoirs et responsabilités des deux parties ;
 - o l'engagement du prestataire de services de se conformer à toutes les dispositions législatives, exigences réglementaires, ainsi qu'aux politiques approuvées par la mutuelle, et de coopérer avec l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) ;
 - o l'obligation, pour le prestataire de services, de signaler tout événement susceptible d'avoir un impact important sur sa capacité à exercer les activités ou fonctions sous-traitées de manière efficace et conforme aux dispositions législatives et exigences réglementaires applicables ;

- un délai de préavis, pour l'annulation du contrat par le prestataire de services, qui soit suffisamment long pour permettre à la mutuelle de trouver une solution de remplacement ;
 - que la mutuelle peut, si nécessaire, mettre fin à l'accord de sous-traitance sans que cela nuise à la continuité ni à la qualité de ses services aux preneurs;
 - que la mutuelle se réserve le droit d'obtenir des informations sur les fonctions et activités sous-traitées par le prestataire de services, ainsi que le droit d'émettre des lignes directrices générales et des instructions particulières à l'adresse du prestataire de services sur les éléments à prendre en considération dans l'exercice des activités sous-traitées ;
 - l'obligation, pour le prestataire de services, de protéger toute information confidentielle relative à la mutuelle, à ses adhérents, bénéficiaires, salariés et contractants et à toute autre personne ;
 - que la mutuelle, sa fonction d'audit interne et l'ACPR jouissent d'un accès effectif à toutes les informations relatives aux fonctions et activités sous-traitées, ce qui inclut la possibilité d'effectuer des inspections sur place, dans les locaux du prestataire de services ;
 - que, lorsque cela est approprié et nécessaire aux fins du contrôle, l'ACPR peut adresser directement au prestataire de services des questions auxquelles celui-ci est tenu de répondre ;
 - que la mutuelle peut obtenir des informations sur les fonctions et activités sous-traitées par le prestataire et donner des instructions en ce qui concerne les fonctions et activités sous-traitées ;
 - le cas échéant, les conditions selon lesquelles le prestataire de services peut lui-même sous-traiter l'une ou l'autre des fonctions et activités qui lui ont été sous-traitées ;
 - que toute sous-traitance effectuée est sans préjudice des devoirs et responsabilités incombant au prestataire de services en vertu de son accord avec la mutuelle.
- les conditions générales de l'accord de sous-traitance soient clairement expliquées au Conseil d'administration de la mutuelle et avalisées par celui-ci ;
 - la sous-traitance n'entraîne la violation d'aucun texte de loi, en particulier des règles relatives à la protection des données ;
 - le prestataire de services est soumis aux mêmes dispositions, en matière de sûreté et de confidentialité des informations, que celles qui s'appliquent à la mutuelle.
 - le prestataire de services dispose des ressources financières nécessaires pour exécuter sa mission de manière fiable et que tous les membres du personnel de ce prestataire sont suffisamment qualifiés et fiables.

B.7.b Demande de pièces complémentaires concernant les personnes physiques et morales

Pour chaque intervenant externe, la mutuelle peut examiner les documents suivants :

- dernier bilan et compte de résultat de l'employeur ;
- extrait Kbis de la société ;
- une copie recto verso d'une pièce d'identité en cours de validité ;

- un curriculum vitae à jour ;
- une copie des diplômes ;
- les justificatifs des formations spécialisées suivies et le cas échéant les certifications pour le poste ;
- un extrait de casier judiciaire de moins de 3 mois (bulletin n°3).

Concernant les prestataires impliqués dans les fonctions clefs ou critiques, une prise de références est systématiquement effectuée.

C. Profil de risque

C.1. Risque de souscription

C.1.a Appréhension du risque de souscription au sein de la mutuelle

Le risque de souscription et de provisionnement de la mutuelle correspond au risque de perte financière découlant d'une tarification ou d'un provisionnement inadaptés à la garantie sous-jacente (les cotisations ne permettent pas de couvrir les prestations et frais de l'organisme ou les provisions ne permettent pas de couvrir les prestations afférentes).

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

- Des **hypothèses de tarification et de provisionnement** ;
- De la **structure tarifaire** du produit ;
- De la **structure des garanties** ;
- Du **canal de distribution des produits**
- Des **informations sur la population disponibles** pour la tarification et le provisionnement.

C.1.b Mesure du risque de souscription et risques majeurs

La mutuelle pilote son risque de souscription et de provisionnement au travers de plusieurs indicateurs suivis régulièrement et présentés à la direction et au conseil d'administration. Les principaux indicateurs sont :

- L'évolution du portefeuille (nombre d'adhérents ou montant de cotisations) ;
- Le ratio combiné ;
- Les écarts entre les provisions estimées et les prestations constatées.

Au regard des risques importants, la mutuelle est particulièrement sensible à la sinistralité et aux modifications législatives qui impacteraient sa pérennité.

C.1.c Maîtrise du risque de souscription

Afin de maîtriser ce risque, la mutuelle définit chaque année une politique de souscription et de provisionnement qui contribue au système de gestion des risques. A cet effet :

- Le processus de tarification de nouveaux produits prévoit une analyse actuarielle préalable effectuée à partir de la base complète des prestations payées et encadrée par la fonction

actuarielle ;

- Le processus de renouvellement tarifaire tient compte d'analyses de sinistralité et régulièrement d'une tarification actuarielle complète à partir de la base des prestations, sous la responsabilité de la fonction actuarielle ;
- Le processus de provisionnement est encadré par la fonction actuarielle et fait l'objet d'analyses annuelles des boni et mali de liquidation ;
- L'opportunité d'un recours à la réassurance est analysée annuellement par la fonction actuarielle.

Par ailleurs, la sensibilité de la mutuelle au risque de souscription est testée dans le processus ORSA par les scénarios catastrophes (« *reverse stress tests* ») qui tiennent compte d'une dérive de la sinistralité suffisamment importante pour, combinée avec un scénario de marché également dégradé, conduire à la limite de 100% de couverture de SCR. Ces scénarios montrent que la mutuelle est robuste et que de telles dérives seraient identifiées par la gouvernance suffisamment tôt pour en contenir les impacts (*cf.* rapport ORSA).

Sur les principaux postes de risques (maladie, hospitalisation médicale et chirurgie) et pour chacune des garanties afférentes, des choix de niveau de prestations sont déterminés et les tarifs calculés âge par âge en fonction :

- de la consommation constatée pour des prestations similaires,
- des besoins de la cible à laquelle la couverture est destinée (âge, catégorie socioprofessionnelle),
- de la sinistralité attendue et estimée par simulation
- et de l'attractivité tarifaire souhaitée du produit.

Dans ce domaine, dominé par les risques courts, l'amélioration de la sinistralité ou de la compétitivité du produit se fait annuellement par modification de garanties et des cotisations, votées par le Conseil d'Administration et entérinées par l'Assemblée Générale. Les prestations et les tarifs proposés pour ces différentes couvertures sont décrits dans le Règlement de la Mutuelle joint aux Statuts et délivrés lors de toute adhésion ou sur toute demande d'un prospect.

En ce qui concerne l'activité Vie, exception faite d'un produit hybride de garanties hospitalières forfaitaires qu'elle assure en propre, la Mutuelle co-assure des contrats de prévoyance classique (capital décès toute cause, indemnités journalières, incapacité, invalidité) élaborés par une société partenaire (Identités Mutuelles), sous la marque commune PHENIX, PASSERELLE et PASSERELLE +. Leur commercialisation est interrompue depuis le 31 décembre 2016.

L'évolution des effectifs et la mise à jour des primes et des sinistres sont trimestriellement transmises à Identités Mutuelles par le Département Prévoyance pour information et partage du montant des primes et sinistres entre lesquelles est effectuée une compensation.

Excepté pour les couvertures spécifiques « étudiants », les contrats complémentaire santé hors groupe sont tarifés âge par âge, selon une grille votée chaque année par le Conseil d'Administration et entérinés par l'Assemblée Générale.

A ceux-ci, peuvent être appliquées diverses réductions basées sur la fidélité, l'adhésion éventuelle du conjoint, un éventuel parrainage, ou des remises promotionnelles diverses (adhésion lors d'un événement sur une période donnée, remboursement de la licence fédérale sportive, etc.).

Une de nos singularités est de n'appeler de cotisation que pour le 1er enfant à charge.

Pour ce qui est des contrats collectifs, les couvertures type sont inspirées de celles des individuels et sont au nombre de 6. La tarification des nouveaux contrats s'appuie sur une grille standard. La revalorisation annuelle des cotisations est fonction de la sinistralité moyenne des contrats collectifs et pondérée par celle propre à chaque contrat, calculée sur la moyenne des 3 dernières années en tenant compte des variations d'effectif, d'âge, de composition familiale, d'éventuels pics de consommation « exceptionnels » (hospitalisations...) ou de liens entre différentes collectivités. Certains contrats collectifs respectent les cahiers des charges fixés par accord de branche des secteurs professionnels concernés et suivent les évolutions liées à leurs avenants. La possibilité de commercialisation et de gérer ce type de contrat branche par branche est soumise chaque année pour validation à l'AG.

Les contrats dédiés aux agents territoriaux sont eux inspirés de la gamme spécifique proposée aux groupes. Toutefois, les cotisations dans ce cas sont déclinées par âge selon critères et spécificités obligatoires liés à la labellisation.

Au-delà de ces causes endogènes de modification annuelle de tarifs (amélioration des garanties, hausse ou baisse de sinistralité, amortissement des frais généraux), il est tenu compte de prévisions liées à diverses causes hexogènes (déremboursement de la Sécurité Sociale, hausse de taxes ou contributions, perspectives d'évolution de la consommation pour certaines prestations, etc.).

En cas de déséquilibre tarifaire sur les garanties de complémentaire santé constaté en cours d'année, les Statuts prévoient la possibilité, pour le Conseil d'Administration, de modifier le montant des cotisations ou le niveau de garanties. Ce dernier bénéficie, pour ce faire, d'une délégation de pouvoir soumise au vote lors de chaque Assemblée Générale annuelle. Cette option n'a pas eu à devoir s'appliquer ces dernières décennies pour revaloriser les tarifs en cours d'année.

C.2. Risque de marché

C.2.a Appréhension du risque de marché au sein de la mutuelle

Le risque de marché correspond à l'impact sur les fonds propres de la mutuelle de mouvements défavorables liés aux investissements. Ce risque de marché peut provenir :

- D'une dégradation de valeur d'une classe d'actifs détenue par la mutuelle ;
- D'une dégradation de notation des titres détenus par la mutuelle ;
- D'une forte concentration d'investissement sur un même émetteur ;
- D'une inadéquation entre les caractéristiques de l'actif et du passif du portefeuille.

C.2.b Mesure du risque de marché et risques majeurs

La mutuelle pilote son risque de marché au travers de plusieurs indicateurs suivis régulièrement et présentés à la direction et au conseil d'administration. Les principaux indicateurs sont :

- L'allocation stratégique des investissements validée par le conseil d'administration ;
- Le coût d'un euro de placement en termes de SCR ;
- L'évolution des plus et moins-values latentes et rendement par type d'actifs/pays/secteur ;
- L'évolution des notations des actifs en portefeuille ;
- La concentration du portefeuille sur un secteur, pays ou zone géographique.

Compte tenu de la stratégie d'investissement de la mutuelle et de la modération de son risque actif/passif, le risque de marché supporté est assez faible et la formule standard paraît suffisamment prudente pour l'appréhender largement.

C.2.c Maitrise du risque de marché

Afin de maîtriser les risques évoqués plus haut, la mutuelle a défini une politique d'investissement et de gestion actif-passif qui contribuent au système de gestion des risques. Ainsi, les orientations de placements sont définies en cohérence avec la stratégie de préservation des fonds propres et de pilotage de la situation financière et de solvabilité de la mutuelle.

Enfin, tous les placements de la mutuelle sont réalisés dans le respect du principe de la personne prudente :

- La mutuelle est en mesure d'appréhender les risques financiers associés aux actifs détenus ;
- Les investissements sont réalisés dans le meilleur intérêt des adhérents.

Par ailleurs, la sensibilité de la mutuelle au risque de marché est testée dans le processus ORSA concomitamment au risque de souscription dans les scénarios catastrophes (de type « *reverse stress tests* »). En détail, le pire scénario correspond à :

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

C.3. Risque de crédit

C.3.a Appréhension du risque de crédit au sein de la mutuelle

Le risque de crédit correspond à la mesure de l'impact sur les fonds propres de mouvements défavorables liés au défaut de l'ensemble des tiers auprès desquels l'organisme présente une créance ou dispose d'une garantie.

Ce risque de défaut peut provenir :

- Du non-paiement des cotisations à recevoir par les adhérents ;
- Du non-paiement des créances détenues auprès de tiers ;
- Du défaut d'un réassureur ;
- Du défaut des banques au regard des liquidités détenues.

C.3.b Mesure du risque de crédit et risques majeurs

La mutuelle pilote son risque de marché au travers de plusieurs indicateurs suivis régulièrement et présentés à la direction et au conseil d'administration. Les principaux indicateurs sont :

- La notation des banques ;
- La notation des réassureurs ;
- La concentration du portefeuille en termes de banques et de réassureurs ;
- Le suivi du paiement des créances des adhérents et des tiers.

C.4. Risque de liquidité

Le risque opérationnel de la mutuelle correspond aux pertes potentielles qui pourraient résulter d'une défaillance au sein de l'organisme, défaillance qui pourrait être imputée à un défaut de contrôle interne, ce risque peut avoir les causes suivantes :

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

C.4.a Appréhension du risque de liquidité au sein de la mutuelle

Le risque de liquidité correspond au risque de perte résultant d'un manque de liquidités disponibles à court terme pour faire face aux engagements de la mutuelle. Dans le cadre de l'activité de la mutuelle, il s'agit essentiellement de la capacité à régler les prestations aux bénéficiaires.

C.4.b Mesure du risque de liquidité et risques majeurs

Pour ses engagements à court terme relatifs à l'activité de santé, la mutuelle suit tout particulièrement :

- L'évolution du montant des prestations réglées et provisionnées ;
- Les délais de règlement ;
- Le niveau de trésorerie ;
- Le montant total du bénéfice attendu inclus dans les primes futures ;
- La liquidité des placements détenus en portefeuille.

C.4.c Maîtrise du risque de liquidité

Afin de maîtriser le risque de liquidité, la mutuelle, dans le cadre de sa gestion des placements s'assure de disposer d'une poche d'actifs de court terme pouvant être vendus immédiatement afin de faire face à une potentielle impasse de trésorerie à court terme.

Compte tenu du profil d'investissement de la mutuelle, ce risque paraît négligeable.

C.5. Risque opérationnel

C.5.a. Commercialisation des produits

Organisation du réseau commercial

Le réseau commercial se divise toujours en 4 catégories :

- Le réseau des agences dédié aux adhérents et prospects individuels composé désormais de 8 agences à fin 2017 et sur lequel officient des « conseillers santé prévoyance agences » sédentaires ou itinérants dont le nombre est variable selon les sites.
- Le réseau des « conseillers santé prévoyance entreprises » itinérants au nombre de 3.
- Le réseau « web » créé en novembre 2012 et composé de 2 téléconseillers chargés parallèlement de la prospection Entreprise.
- Le réseau « Agents Territoriaux » d'un chargé de Relation dédié à cette cible.

L'ensemble de ses équipes est sous la responsabilité d'un responsable commercial.

Objectifs et pilotage

Des objectifs sont fixés annuellement dans le respect du maintien de la répartition du portefeuille selon les proportions suivantes : 1/3 d'adhérents en contrats collectifs et 2/3 d'adhérents en contrats individuels. L'ANI, entré en vigueur en 2016, a eu pour effet de réduire la proportion du portefeuille des contrats individuels au profit des contrats collectifs, sans que ces derniers ne deviennent toutefois majoritaires en nombre de membres participants.

Les tableaux de bords produits par le Département informatique servent d'aide, d'outil à la décision tant pour l'activité commerciale que pour la gestion.

D'autres tableaux sont produits pour suivre des indicateurs en relation avec le marketing, dans l'attente du déploiement prochain d'un outil de CRM (SUGAR).

Gestion des relations avec les adhérents

Dans son rôle de communication avec les adhérents, la Mutuelle met à leur disposition plusieurs services :

- Le Service Relation Adhérents
- Le département gestion des contrats (particuliers et entreprises)
- Le département comptable et recouvrement
- Le département prestations
- Le département prévoyance

Le « Service Relation Adhérent » a désormais pour mission de réceptionner tous les appels entrants des adhérents et de traiter le plus d'entre eux. Ce service est également chargé de réceptionner les appels du standard et du numéro dédié aux réclamations adhérents.

La mise en place d'un numéro dédié a permis de centraliser les appels dont 80% sont traités en premier niveau au SRA. Les 20% restants nécessitant des réponses plus techniques ou des recherches plus longues, sont transférés aux services compétents.

Les statuts et le règlement mutualiste sont communiqués aux adhérents lors de chaque réédition notamment sur le site de la Mutuelle.

De même, les améliorations de garanties quasi-annuelles leur sont transmises avec leur appel de cotisation en fin d'année. Elles figurent sur le REMPART INFO, magazine d'information qui les éclaire sur la vie de la Mutuelle et les évolutions de la protection sociale.

Un site Internet de présentation de la Mutuelle à destination du grand public est en service depuis le mois d'août 2008. Un espace adhérents, réservé à ceux-ci, est ouvert depuis le 1er janvier 2012 afin de leur permettre de modifier leurs coordonnées personnelles, de transmettre des estimations de dépenses et des demandes de prises en charge. Il est régulièrement mis à jour et alimenté par des informations liées à la vie de la Mutuelle.

C.5.b. Gestion des adhésions

Adhésions individuelles

Tout prospect intéressé par une adhésion à la Mutuelle doit remplir un bulletin d'adhésion qui lui est délivré soit par un conseiller en agence, soit par voie postale sur demande, soit par web.

Les statuts et règlement lui sont, de la même manière, communiqués.

Ce document ne fait pas figurer de questionnaire de santé du fait du caractère solidaire des contrats. Seules les adhésions en contrat de prévoyance sont soumises à questionnaire médical et de ce fait font l'objet d'un bulletin différent.

Les adhésions en santé sont traitées par le département gestion des contrats et celles en prévoyance par le département prévoyance.

Les saisies en adhésions santé sont contrôlées par croisement entre les agents qui en sont chargés. Les mêmes conseillers effectuent tous les enregistrements concernant les modifications de contrat, à savoir l'adjonction d'ayant droit, la modification de rang, le regroupement ou la séparation de dossiers en individuels, la modification de données personnelles (adresse, téléphone, RIB) ou de choix de garanties.

Chaque enregistrement complet, modification de garanties ou de nombre d'ayants droit, génère l'envoi d'une carte d'adhérent faisant office de carte de tiers payant en fonction de la garantie souscrite et de la situation géographique de l'adhérent. Les cartes sont éditées pour l'année civile en cours. Depuis 2011, les cartes d'adhérents sont expédiées avec les appels de cotisations, ceci afin d'économiser sur les expéditions de fin d'année (deux envois au lieu d'un) et d'augmenter la fidélisation des adhérents en facilitant leur renouvellement.

De même, les opérations liées aux radiations individuelles et collectives sont traitées par ces départements dans leurs domaines respectifs. Lors des radiations, il est demandé aux futurs anciens adhérents de restituer leur carte afin d'éviter d'être engagé par eux auprès des professionnels de santé au-delà de la date de leur fin de droits.

Adhésions collectives

Le processus est identique en ce qui concerne les adhérents sous l'égide d'un contrat collectif facultatif ou obligatoire. Dans ce dernier cas, les adhésions, modifications de contrat et radiations, sont transmises aux départements concernés par le biais de fiches de liaison émanant des délégués des dites collectivités. La généralisation de la DSN a nécessité des adaptations de l'outil interne de gestion sans écueil majeur dans la mise en place de ce dispositif déclaratif avec les entreprises adhérentes en contrat collectif obligatoire.

La complexité juridique et la responsabilité de la Mutuelle se sont accrues depuis plusieurs années dans le domaine de la souscription des contrats obligatoires (Conditions Générales, Conditions Particulières, notice d'information, portabilité, loi Evin, DSN...). Une refonte complète de l'ensemble des documents a été réalisée grâce aux conseils de cabinet d'avocats spécialisés.

C.5.c. Gestion des cotisations

Lors de toute nouvelle adhésion, et en raison des délais désormais requis pour l'obtention des mandats SEPA, les deux premiers mois de cotisation doivent être réglés par chèque, carte bancaire ou en espèces. L'adhérent peut choisir une périodicité annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle de paiement par prélèvement ou par chèque (sauf pour les paiements mensuels).

C.5.d. Gestion des prestations

Dans le cadre des contrats santé individuels et collectifs, les prestations sont remboursées en complément des régimes obligatoires de Sécurité Sociale, transmises par voie de télétransmission via Noémie 1 ou sur présentation de feuilles de maladie en quantité toutefois minoritaire.

Les prestations peuvent également être transmises dans le cadre du tiers payant par des concentrateurs avec lesquels nous avons signé des conventions sur le plan régional.

Après le choix en 2009 de VIAMEDIS comme opérateur de tiers payant national, l'année 2010 a vu le démarrage de cette nouvelle proposition de service, dans un premier temps et à titre de test, à ceux de nos adhérents individuels domiciliés hors de la Haute-Garonne. Puis ce service fut étendu en fin d'année (octobre 2010) aux mutualistes « étudiants », en 2011 à certains groupes dont les membres résidents hors Haute-Garonne, en 2013 aux mutualistes titulaires de contrats « territoriaux ». La décision d'élargir ce process à l'ensemble du portefeuille au 1er janvier 2015 a été définitivement arrêtée. Une mission d'Audit sur pièces et sur place a été initiée en 2017 par la Mutuelle du Rempart et son cabinet d'Audit interne Maryline Lovato-Moreau auprès de Viamédis.

Les contrôles suivants sont en place :

- Le suivi du montant des virements par jour
- Le suivi du montant des prestations par mois, par contrat et par année de soins
- Le suivi par trimestre des prestations gérées sur les contrats en délégation d'autres mutuelles
- Etat Prestations/Cotisations par groupe

C.5.e. Intermédiation

La Mutuelle du Rempart travaille en tant qu'intermédiaire de produits d'assurance principalement pour les besoins de son activité Vie.

Pour ce faire, elle a modifié ses statuts (article 3) et n'exerce cette activité qu'à titre accessoire en vue de distribuer des produits de prévoyance individuelle et collective conçus et assurés par les partenaires.

Le suivi de l'ensemble des commissions d'intermédiation perçues, afférentes aux différents contrats souscrits, est effectué par le responsable du Département Prévoyance. La Mutuelle ne fait pas appel, pour l'instant, à des intermédiaires d'assurance pour commercialiser sa gamme complémentaire santé.

C.5.f. Système d'information

Le système d'information s'articule autour d'un outil de gestion. Il est composé, outre de ce dernier, d'un logiciel de comptabilité, d'un logiciel de paye, d'une messagerie interne.

Un audit du SI sous le contrôle du Commissaire aux comptes a été réalisé en 2017.

C.5.g. Risques sociaux

La Mutuelle du Rempart étant une entreprise de services, la qualité de gestion du personnel et la prise en compte de la dimension humaine de la structure sont capitales pour assurer l'efficacité et la continuité des services en particulier dans le contexte d'évolution que connaît l'entreprise depuis quelques années.

C.5.b. Risques juridiques divers

La Mutuelle prend conseil auprès de divers cabinets d'avocats spécialisés pour tous les actes engageant sa responsabilité et justifiant la prudence, et notamment dans les domaines suivants : droit social, droit immobilier, droit des propriétés intellectuelles, droit de consommation, etc.

Elle a signé une convention, renouvelée annuellement, avec deux cabinets d'avocats pluridisciplinaires toulousains. Elle consulte également régulièrement sa fédération (FNIM) et ses conseils en tant que de besoin.

D. Valorisation à des fins de solvabilité

D.1. Actifs

D.1.a Les placements immobiliers

Les placements immobiliers de la mutuelle sont composés de six SCPI ayant une valeur nette comptable de 2 601 K€ et une valeur de marché de 2 640 K€.

De plus, la mutuelle possède des parkings à l'actif de son bilan dont la valeur nette comptable est nulle. Leur valeur de marché est de 102 K€ (contre 98 K€ en 2017). Enfin, la mutuelle détient désormais son propre siège social. La valeur comptable de cet immeuble, égale à sa valeur de marché, est de 15 204 K€. Au global, les actifs immobiliers de la mutuelle ont une valeur de marché de 17 946 K€ et une valeur nette comptable de 17 805 K€.

D.1.b Les placements obligataires

La mutuelle ne détient pas de placements obligataires.

D.1.c Les fonds d'investissements

La mutuelle détient onze fonds d'investissement pour une valeur nette comptable de 5 372 K€ et une valeur de marché de 5 661 K€.

D.1.d Les actions

Des actions de la Caisse Régionale du Crédit Agricole sont présentes dans le bilan de la mutuelle pour une valeur nette comptable de 93 K€ et une valeur de marché de 241 K€. De plus, la mutuelle détient des parts sociales du Crédit coopératif pour une valeur nette comptable, égale à la valeur de marché, de 30 K€. Enfin, la mutuelle détient des parts sociales du Stade Toulousain pour une valeur nette comptable, égale à la valeur de marché, de 267 K€ (dont une provision pour dépréciation durable de 134 K€).

D.1.e Les autres placements

Les autres placements de la mutuelle sont quatre bons de capitalisation pour une valeur nette comptable de 16 814 K€ égale à la valeur de marché, deux comptes à terme pour une valeur nette comptable de 1 750 K€ et une valeur de marché de 1 762 K€, un dépôt de garantie de 23 K€ ainsi qu'un prêt pour une valeur de 169 K€.

D.1.f Les actifs incorporels

La mutuelle reconnaît un montant d'actifs incorporels dans ses comptes sociaux de 146 K€. La valeur de marché de ces actifs est nulle.

D.1.g Les autres créances et la trésorerie

Les créances sont valorisées, selon la norme prudentielle solvabilité II, à leur valeur nette comptable, soit un montant de 863 K€ (contre 1 646 K€ en 2017). Il en est de même pour la trésorerie pour un montant de 6 177 K€ (contre 6 464 K€ en 2017), les actifs corporels pour un montant de 172 K€ (contre 181 K€ en 2017) et pour le poste « autres actifs » concernant des frais reportés pour un montant de 334 K€ (contre 193 K€ en 2017).

D.1.h Les impôts différés actifs

Les impôts différés actifs ont été calculés, pour chaque poste concerné, par application du taux de 28% à la différence entre la valeur prudentielle et la valeur fiscale du poste de bilan concerné, lorsque cette différence matérialise une perte fiscale latente. A l'inventaire 2018, les postes concernées par les impôts différés actifs sont les provisions et les actifs incorporels. Le détail du calcul est présenté dans le paragraphe D.1.h.

D.2. Provisions techniques

D.2.a Les provisions techniques sociales

Les provisions pour prestations à payer santé

Dans les comptes sociaux, les provisions santé sont constituées des provisions pour sinistres à payer pour un montant total de 2 989 K€ (contre 2 308 K€ en 2017), décomposées comme suit :

Valeur sociale (en €)	2018	2017
PPAP Santé	2 584 000	1 953 000
PPAP substitution	197 171	202 484
Frais de gestion des sinistres	207 867	152 604
Total	2 989 038	2 308 088

Les provisions vie

Les provisions vie sont des provisions issues de la substitution pour un montant de 520 K€ (contre 557 K€ en 2017). Les provisions techniques vie se décomposent comme suit.

Valeur sociale (en €)	2018	2017
Provisions mathématiques	323 430	345 688
Provision pour capital réduit	151 322	152 342
Provision pour aléas financiers	45 310	51 290
PSAP vie	-	8 319
Total	520 062	557 639

D.2.b Les provisions techniques prudentielles

Calcul de la meilleure estimation santé

La cadence de règlement étant très rapide, la duration des engagements est très courte (inférieure à un an) et l'effet d'une éventuelle actualisation serait négligeable. Ainsi, la méthode de calcul des PSAP des comptes sociaux, qui ne prévoit aucune actualisation des flux, a été conservée pour l'établissement de la meilleure estimation pour sinistres santé. La meilleure estimation est égale aux provisions pour sinistres à payer pour un montant de **2 989 K€** (contre 2 308 K€ en 2017).

L'opportunité d'effectuer un ajustement pour primes, émises avant l'inventaire et potentiellement génératrices de résultat futur, a été étudiée. Les cotisations espérées sur l'exercice sur l'exercice 2019 sont de 29 400 K€ (27 200 K€ concernant la Mutuelle du Rempart et 2 200 K€ concernant la Mutuelle d'Argenson, mutuelle substituée). Le ratio de sinistralité est estimé à 80% pour les produits de la Mutuelle du Rempart, celui de la Mutuelle d'Argenson à 70%. Le détail du calcul de la meilleure estimation pour primes se présente comme suit.

Valeur sociale (en €)	Mutuelle du Rempart	Mutuelle d'Argenson	Total
Cotisations 2019	-27 200	-2 200	29 400
Prestations 2019	21 760	1 540	23 300
Frais	7 000	660	7 660
Total	-1 560	-	-1 560

La meilleure estimation pour primes est valorisée à 1 560 K€. Les produits de la Mutuelle d'Argenson sont supposés équilibrés en 2019, de façon similaire à 2018.

Au total, la meilleure estimation santé est valorisée à 4 549 K€.

Calcul de la meilleure estimation vie

La mutuelle assure des produits viagers par le biais de la mutuelle d'Argenson, mutuelle substituée. Ce produit entraîne la constitution d'une provision mathématique, d'une provision pour capital réduit et d'une provision pour aléas financiers.

Les provisions mathématiques ont été calculées à l'aide d'un taux technique égal à celui du tarif, soit 2,25%. Sous solvabilité II, la méthode de calcul est conservée et les taux techniques utilisés sont ceux de la courbe des taux sans risque. La meilleure estimation de cette provision mathématique est estimée à 359 K€, et marque ainsi une hausse de 36 K€. Cette augmentation s'explique par le fait que

les taux issus de la courbe des taux sans risque sont inférieurs à 2,25% sur 38 ans.

Du fait de l'utilisation du taux de la tarification pour le calcul de la provision mathématique comptable, une provision pour aléas financiers a aussi été calculée. Toutefois, cette provision n'est pas reprise sous Solvabilité II.

Enfin, une provision pour capital réduit est prise en compte. Cette provision est conservée au même montant. Les meilleures estimations vie, en comparaison avec les provisions comptables, se présentent comme suit :

Meilleure estimation (en €)	2018	2017
Provision mathématiques	359 572	383 796
Provision pour capital réduit	151 322	152 342
Provision pour aléas financiers	-	-
PSAP vie	-	8 319
Total	510 894	544 457

Calcul de la marge de risque

La majeure partie des garanties étant annuelles, la marge pour risque a été calculée selon les dispositions de l'article 37 du règlement délégué 2015/35.

Ainsi, il a été considéré qu'un an suffisait à écouler tous les contrats en cours et, donc, que la projection du SCR sur un an seulement suffisait pour le calcul de la marge de risque, les SCR futurs étant négligeables. La marge de risque globale correspond à 6% du SCR (hors risque de marché sur fonds propres) actualisés sur un an, soit **380 K€** (contre **374 K€** en 2017) décomposé comme suit.

Marge de risque (en €)	2018	2017
Marge de risque santé	342 199	302 254
Marge de risque vie	38 432	71 299
Total	380 631	373 553

Le SCR de souscription utilisé pour le calcul de la marge de risque est estimé à **6 323 K€** (contre 6 203 K€ en 2017).

D.3. Autres passifs

D.1.b Les impôts différés passifs

Les impôts différés passifs ont été calculés, pour chaque poste concerné, par application du taux de 28% à la différence entre la valeur prudentielle et la valeur fiscale du poste de bilan concerné, lorsque sa valeur prudentielle est supérieure à sa valeur fiscale. A l'inventaire 2018, aucun poste d'impôt différé passif n'a été pris en compte. En effet, la non prise en compte des actifs incorporels et l'augmentation des provisions techniques (prise en compte de la marge de risque et la provision pour primes) valorisent les fonds propres économiques à un montant inférieur aux fonds propres fiscaux.

Le détail du calcul se présente comme suit.

	Valeur fiscale	Valeur de marché	Impôts différés
Actifs incorporels	146 348	-	-40 978
Provisions techniques	3 509 100	5 440 563	-540 810
Total impôts différés actif			-581 787
Immobilier	17 977 805	18 118 156	39 298
Actions	390 291	538 265	41 433
Autres placements	18 587 167	18 599 422	3 431
Total impôts différés passif			84 162

La mutuelle est en situation d'actif net d'impôts différés de 498 K€. Cette situation, à l'avantage de la mutuelle, n'est pas comptabilisée à l'actif du bilan prudentiel et aucun poste d'impôt différé n'est reconnu.

D.3.b Les autres dettes

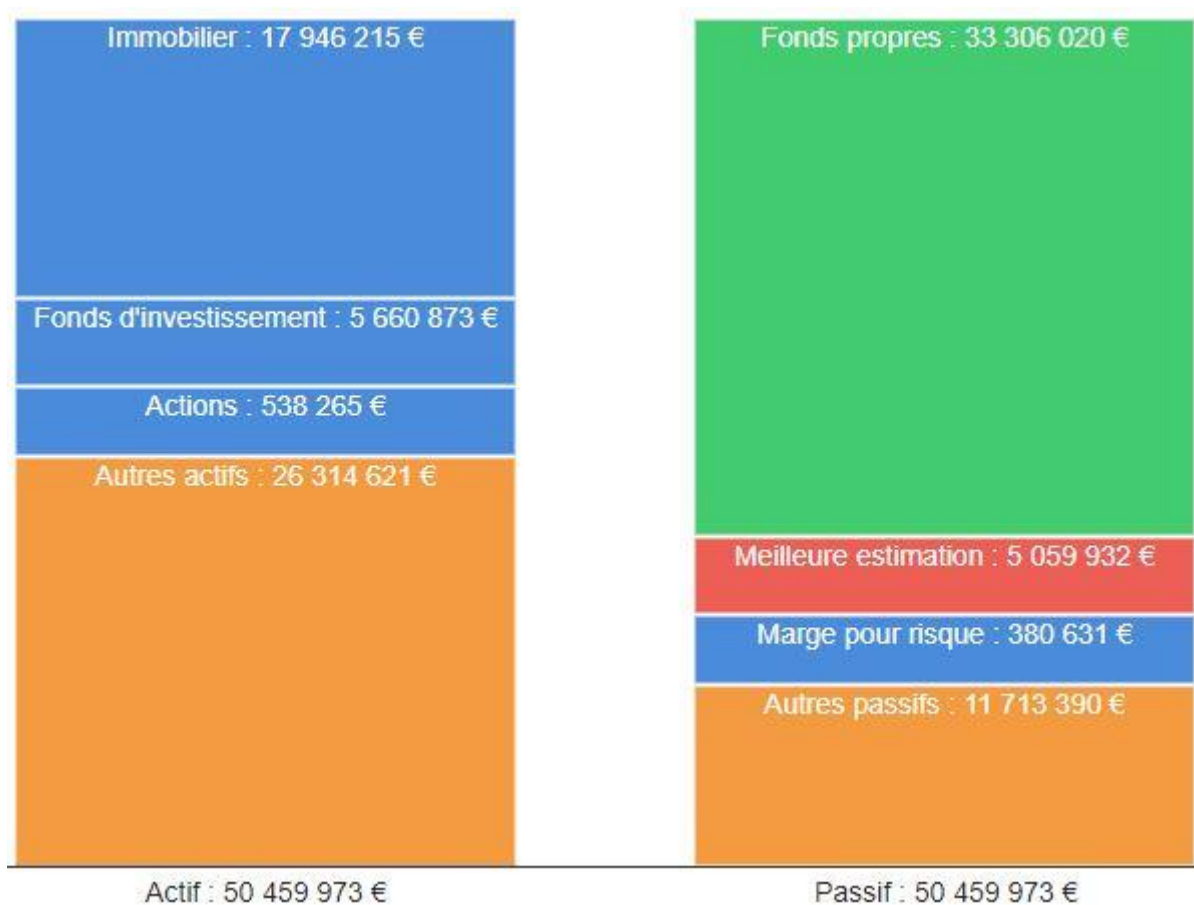
Les dettes sont supposées constantes entre les deux régimes pour un montant total de 11 713 K€ (contre 11 071 K€ en 2017) composées des dettes nées d'opérations directes pour un montant de 448 K€ (contre 682 K€ en 2017), des dettes nées d'opérations de substitution pour un montant de 102 K€ (contre 157 K€ en 2017), des dettes envers les établissements de crédit pour un montant de 7 156 K€ (contre 7 146 K€ en 2017) et d'autres dettes pour un montant de 4 007 K€ (contre 3 085 K€ en 2017).

D.4. Méthode de valorisation alternatives

Aucune méthode de valorisation alternative n'a été utilisée.

D.5. Autres informations

En tenant compte des hypothèses précitées, le bilan économique se présente comme suit.



E. Gestion du capital

E.1. Fonds propres

Sous le régime Solvabilité II, les fonds propres économiques s'élèvent à **33 306 K€** (contre 36 097 K€ en 2017). Les fonds propres sont classés dans la réserve de réconciliation et relèvent du niveau 1 non restreint. En détail, les fonds propres économiques se décomposent comme suit :

- Réserves libres : 37 262 889 € ;
- Résultat 2018 : -2 368 124 € ;
- Fonds de dotation avec droit de reprise : -100 000 € ;
- Non prise en compte des actifs incorporels : - 146 348 € ;
- Plus-values latentes sur placements : 589 066 € ;
- Prise en compte de la provision pour primes : - 1 560 000 € ;
- Evolution des provisions vie : 9 168 € ;
- Impact de la marge de risque : - 380 631 € ;

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

Deux fonds d'investissement de la mutuelle ont été observés par transparence pour un montant total, en valeur de marché, de 1 073 K€ décomposé comme suit.

2018	Valeur de marché (en €)	Proportion
Obligations souveraines	31 791	3%
Obligations d'entreprises	771 353	72%
Actions	192 887	18%
Trésorerie	75 519	7%
Autre	1 522	0%
Total	1 073 073	100%

Pour rappel, la décomposition des fonds en 2017 se présente comme suit.

2017	Valeur de marché (en €)	Proportion
Obligations souveraines	3 872	0%
Obligations d'entreprises	847 048	74%
Actions	231 409	20%
Trésorerie	68 781	6%
Autre	380	0%
Total	1 151 490	100%

L'observation par transparence montre une forte proportion d'obligations d'entreprises (72%). Ces obligations sont choquées dans le risque de taux et le risque de spread. Les obligations souveraines (3%) sont prises en compte dans le risque de taux. La durée de ces obligations est très faible.

Les actions représentent 18% des fonds d'investissement et sont considérés comme des actions de type 1. Les fonds d'investissement non observés par transparence sont considérés comme des actions de type 2.

Les autres fonds ne sont pas observés par transparence. Ils sont choqués comme des actions de type 2. De plus, pour le risque de concentration, il est considéré que toutes les lignes de placements d'un fonds sont issus d'un même émetteur noté 2.

E.2.a Le risque de marché

Le risque de taux et le risque de spread

Sont concernés par le risque de taux l'ensemble des obligations détenues en direct (souveraines ou d'entreprises), l'ensemble des obligations issus de l'observation des fonds d'investissements ainsi que la meilleure estimation vie, une hausse des taux entraînant une diminution de la valeur de marché des obligations et des provisions vie, dans une moindre mesure.

Le SCR taux est de **13 K€** (contre 18 K€ en 2017).

Le risque de spread concerne seulement les obligations d'entreprises issues de l'observation par transparence des fonds d'investissements. Le capital de solvabilité requis pour le risque de spread est de **36 K€** (contre 49 K€ en 2017).

Le risque actions

La Mutuelle du Rempart détient en direct un montant de 241 K€ (contre 231 K€ en 2017) d'actions du Crédit Agricole et des parts sociales de 30 K€ en valeur de marché du Crédit Coopératif. De plus, la mutuelle détient des parts du Stade Toulousain pour un montant de 267 K€. Les autres actifs concernés par le risque actions sont les actions issues de l'observation par transparence des fonds d'investissement et les fonds d'investissement non observés par transparence.

Ces actifs se décomposent comme suit.

Valeur de marché (en €)	2018	2017
Actions cotées	240 560	220 531
Actions non cotées	297 705	30 378
Actions issues des fonds	192 887	231 409
Fonds d'investissement	4 587 800	4 207 773
Total	5 318 952	4 690 091

Le portefeuille actions se décompose en actions de type 1 (actions cotées sur les marchés régulés de l'OCDE) et actions de type 2 (actions non cotées et fonds d'investissement non observés par transparence).

Le choc sur les actions de type 1 est évalué à hauteur de 25,05% pour les actions achetées avant le 1^{er} janvier 2016 (actions du Crédit Agricole) et 32,66 % (39% définis par les mesures transitoires auquel est ajouté un effet asymétrique permettant de prendre en compte la position cyclique des marchés actuels de -6,34%) pour les actions achetées après le 1^{er} janvier 2016. Le choc pour les actions de type 2 est de 42,66% (49% défini par le règlement délégué auquel est ajouté l'effet asymétrique de -6,34%).

Les parts sociales du Crédit Coopératif sont considérées comme des actions non cotées et sont choquées à hauteur de 42,66%.

Le capital requis pour le risque actions est de **2 178 K€** (contre 2 272 K€ en 2017) et se décompose comme suit.

	SCR 2018	SCR 2017
Actions de type 1	123 257	149 558
Actions de type 2	2 084 156	2 157 219
Effet de diversification	-29 288	-35 235
SCR actions	2 178 126	2 271 543

Le risque immobilier

La valeur de marché globale de l'immobilier de la mutuelle est de 17 946 K€ (contre 14 218 K€ en 2017). Le choc sur ces actifs immobiliers est de 25%.

Le capital requis pour le risque immobilier est de **4 487 K€** (contre 3 555 K€ en 2017)

Le risque de change

Le portefeuille de placement de la mutuelle ne contient pas de placements en devise. Cependant, l'observation par transparence fait apparaître des lignes de placement libellées en devise pour un montant 9 K€ (contre 7 K€ en 2017). Le choc sur ces placements est de 25%. Le capital requis pour le risque de change est de **2 K€** (contre 2 K€ en 2017).

Le risque de concentration

Le risque de concentration permet de prendre en compte le manque de diversification du portefeuille de placements. La formule standard est appliquée et le capital requis pour le risque de concentration est de **1 554 K€** (contre 1 145 K€ en 2017). La forte hausse s'explique en la place prépondérante prise par le siège social dans les placements de la mutuelle.

Agrégation des risques et SCR marché

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

	SCR 2018	SCR 2017
SCR spread	36 039	48 936
SCR taux	12 599	17 548
SCR actions	2 178 126	2 271 543
SCR immobilier	4 486 554	3 554 527
SCR change	2 169	1 628
SCR concentration	1 554 428	1 145 610
Effet de diversification	-1 770 972	-1 421 378
SCR de marché	6 498 941	5 618 413

La hausse du SCR marché s'explique par la hausse du SCR immobilier dû à la hausse de la valeur d'expertise du siège sociale de la mutuelle.

E.2.b Le risque de souscription santé

Le risque de souscription santé est divisé en deux risques : le risque de primes et provisions et le risque catastrophe.

Le risque de primes et de provisions

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

Les paramètres nécessaires au calcul du capital requis sont les cotisations nettes de réassurance sur le

dernier exercice par groupe homogène, les cotisations estimées nettes de réassurance sur le prochain exercice ainsi que la meilleure estimation nette de réassurance par groupe homogène de risque.

(en €)	2018	2017
Meilleure estimation santé	2 989 038	2 521 704
Primes nettes de réassurance N	29 324 052	29 726 035
Primes nettes espérées de réassurance N	29 400 000	27 200 000

En application de la formule définie par le règlement délégué, le capital de solvabilité requis pour le risque de primes et de provision est de **5 383 K€** (contre 5 259 K€ en 2017).

Le risque catastrophe

Le risque d'accident de masse

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

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

La Mutuelle du Rempart assure le remboursement des frais de soin ainsi que le remboursement d'indemnités journalières. La mutuelle protège 42 952 personnes au 31 décembre 2018 et le coût de remboursement des frais de soin moyen a été estimé à 1 000 € en cas d'accident, par prudence. Concernant l'incapacité, la mutuelle protège 73 personnes pour un montant maximal de 17 520 € par an et par personne. Pour des situations d'invalidité, la mutuelle protège 14 personnes pour un montant maximal de 10 080 €. Le capital requis pour le risque d'accident de masse est de **7 K€** (contre 7 K€ en 2017).

Le risque de concentration

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

Le calcul du capital requis pour le risque de concentration dépend de probabilités de survenance, en cas d'accident, de différents événements (décès, passage en invalidité, passage en incapacité ou bien l'augmentation des remboursements en frais de soin), des montants maximaux de remboursements prévus par les garanties portées et du nombre de personnes protégées par le principal contrat collectif prévoyance de l'organisme. La mutuelle n'assure pas de contrat de ce type.

Le risque de pandémie

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

théorique de personnes concernées.

Le nombre de personnes protégées, comme pour le risque d'accident de masse, est de 42 952. Le coût d'une hospitalisation est estimé à 1 000 € et le coût d'une consultation à 10 €, par prudence. Le capital requis pour le risque de pandémie est de **206 K€** (contre 206 K€ en 2017).

Après application de la matrice de corrélation, le capital requis pour le risque catastrophe est de **206 K€** (contre 206 K€ en 2017) et se décompose comme suit.

	SCR 2018	SCR 2017
SCR accident de masse	6 533	6 561
SCR concentration	-	-
SCR pandémie	206 170	206 328
Effet de diversification	-6 429	-6 456
SCR Catastrophe	206 273	206 432

Agrégation des sous-modules et calcul du SCR souscription santé

En tenant compte des résultats ci-dessus, après application de la matrice de corrélation, le capital requis pour le capital requis pour le risque de souscription santé est de **5 438 K€** (contre 5 314 K€ en 2017), décomposé comme suit.

	SCR 2018	SCR 2017
SCR primes et provisions	5 383 200	5 258 762
SCR catastrophe	206 273	206 432
Effet de diversification	-151 036	-151 064
SCR souscription santé	5 438 436	5 314 130

E.2.c Le risque de souscription vie

L'activité vie de la mutuelle consiste en des versements d'allocations en cas de décès. Ces garanties sont soumises au risque de mortalité et au risque catastrophe.

Le risque de mortalité, défini par le règlement délégué, prévoit une augmentation de tous les taux de décès de 15%. Au cas d'espèce, le capital requis pour le risque de mortalité est de **8 K€** (contre 8 K€ en 2017).

Un risque de frais (augmentation de 10% de frais) est calculé sur les provisions mathématiques. Le SCR est de **2 K€** (contre 3 K€ en 2017).

Le risque catastrophe, défini par le règlement délégué, repose sur une hausse soudaine de 0.15 point de pourcentage des taux de mortalité au cours des 12 mois à venir. Le capital requis pour le risque catastrophe est calculé en utilisant la formule simplifiée autorisée à l'article 96 de ce même règlement et est estimé à 11 K€ (contre 13 K€ en 2017). Les capitaux sous risque sont estimés à 7 233 K€ (contre 8 744 K€ en 2017).

Après utilisation de la matrice de corrélation, le capital requis pour le risque vie est estimée à **16 K€** (contre 19 K€ en 2017) et décomposé comme suit.

	SCR 2018	SCR 2017
SCR mortalité	7 602	8 713
SCR frais	2 500	2 850
SCR catastrophe	10 849	13 116
Effet de diversification	-5 266	-6 123
SCR souscription vie	15 687	18 556

E.2.d Le risque de contrepartie

Le risque de contrepartie concerne tous les actifs qui n'ont pas été choqués dans le risque de marché, c'est-à-dire les contreparties sur la trésorerie, les livrets et les comptes à terme pour les contreparties dites de type 1 et les créances pour les contreparties dites de type 2.

Pour chaque contrepartie de type 1, il est nécessaire de calculer une perte en cas de défaut. Concernant les comptes à terme et les livrets, la perte en cas de défaut est égale à la valeur de marché de chaque actif. Le risque de contrepartie de type 1 se calcule en tenant compte de l'ensemble des actifs d'un même émetteur.

Il est à noter que les différents livrets et comptes sont regroupés par groupe émetteur. Par exemple, la Caisse d'Épargne et le Crédit Coopératif font partie du groupe BPCE.

Les contreparties de type 2 sont les créances inscrites au bilan hors créances d'État. Le montant de ces créances est de 446 K€ dont 244 K€ de créances dues depuis plus de trois mois (contre 1 184 K€ dont 198 K€ de créances de plus de trois mois en 2017). Le capital requis pour le risque de contrepartie est de **1 164 K€** (contre 1 379 K€ en 2017) et se décompose comme suit.

SCR	SCR 2018	SCR 2017
SCR contrepartie de type 1	964 148	1 117 195
SCR contrepartie de type 2	250 231	325 852
Effet de diversification	-50 727	-64 510
SCR contrepartie	1 163 652	1 378 537

E.2.e Le SCR de base

Après le calcul de l'ensemble des sous-modules, le calcul du BSCR s'effectue en tenant compte de la matrice de corrélation définie par le règlement délégué. Le SCR de base est estimé à **9 894 K€** (contre 9 181 K€ en 2017) et se décompose comme suit.

	SCR 2018	SCR 2017
SCR Marché	6 498 941	5 618 413
SCR Santé	5 438 436	5 314 130
SCR Vie	15 687	18 556
SCR Contrepartie	1 163 652	1 378 537
Effet de diversification	-3 222 908	-3 148 927

La hausse du BSCR s'explique par la hausse du SCR marché lié à la hausse de la valeur de marché du siège sociale de la mutuelle.

E.2.f Le risque opérationnel

Le risque opérationnel est le risque de perte résultant de procédures internes, de membres du personnel ou de systèmes inadéquats ou défaillants, ou d'événements extérieurs. Le SCR opérationnel est calculé par une formule linéaire dépendant des primes sur les 24 derniers mois et des provisions calculées en meilleure estimation et brute de réassurance. Il est plafonné à 30% du SCR de base. Le capital requis pour le risque opérationnel est de **880 K€** (contre en 885 K€).

E.2.g L'ajustement pour impôts différés

Au bilan prudentiel, la valeur des impôts différés passifs nets d'impôts différés passif est nulle.

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

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

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

E.2.h Les exigences de capital

Le capital de solvabilité requis (SCR)

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

Il est couvert par un montant au moins équivalent de fonds propres éligibles. A l'inventaire 2018, le SCR de la Mutuelle du Rempart est égal à **10 774 K€** (contre 10 065 K€ en 2017) et se décompose comme suit.

	SCR 2018	SCR 2017
BSCR	9 893 807	9 180 709
SCR opérationnel	880 338	884 673
SCR	10 774 145	10 065 382

Le minimum de capital requis (MCR)

Le minimum de capital requis se calcule par une formule linéaire dépendant des primes et de la meilleure estimation santé. Ce montant doit être compris entre 25% et 45% du SCR et est au minimum égal à 3 700 K€ (minimum absolu pour une mutuelle mixte). A l'inventaire 2018, le MCR de la mutuelle est égal à **3 700 K€** et les différents montants du MCR sont présentés dans le tableau suivant.

Eléments du MCR	SCR 2018	SCR 2017
MCR linéaire	1 607 827	1 503 793
MCR plafond (45% du SCR)	4 848 365	4 529 422
MCR plancher (25% du SCR)	2 693 536	2 516 345
MCR combiné	2 693 536	2 516 345
Minimum absolu	3 700 000	3 700 000
MCR	3 700 000	3 700 000

Récapitulatif et couverture des exigences

La couverture des exigences réglementaires sont présentés ci-après.

	Inventaire 2018	Inventaire 2017
Risque de souscription santé	5 438	5 314
Risque de marché	6 499	5 618
Risque de souscription vie	16	19
Risque de contrepartie	1 164	1 379
Effet de diversification	-3 223	-3 149
BSCR	9 894	9 181
Risque opérationnel	880	885
Ajustement pour impôts différés	-	-
SCR	10 774	10 065
MCR	3 700	3 700
Fonds propres	33 306	36 097
Couverture du SCR	309%	359%
Couverture du MCR	900%	976%

La couverture du SCR est assurée à hauteur de 309%. La baisse de couverture s'explique, d'une part, par la hausse du SCR liée à la valorisation prudentielle du siège social de la mutuelle et, d'autre part, par la diminution des fonds propres prudentiels due essentiellement à un résultat 2018 négatif et à la reconnaissance d'une provision pour primes.

La couverture du MCR est largement assurée à hauteur de 900%.

E.3. Utilisation du sous-module « risque sur actions » fondé sur la durée dans le calcul du capital de solvabilité requis

La Mutuelle du Rempart n'est pas concernée par ce paragraphe.

E.4. Différences entre la formule standard et tout modèle interne utilisée

La Mutuelle du Rempart n'est pas concernée par ce paragraphe.

E.5. Non-respect du minimum de capital requis et non-respect du capital de solvabilité requis

La Mutuelle du Rempart n'est pas concernée par ce paragraphe.