Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Inspection générale
des affaires sociales

La qualité de service aux usagers de l'Assurance maladie : contribution au bilan de la COG 2010-2013 de la Cnamts et à la future convention

RAPPORT DEFINITIF

Établi par

Frédéric SALAS
Membre de l'IGAS

Ihssane SLIMANI HOUTI
Administratrice stagiaire de l'INSEE

Jérôme VERONNEAU
Membre de l'IGAS

Bruno VINCENT
Membre de l'IGAS

- Juin 2014 -

2013-164R

SYNTHESE

[1] La convention d'objectifs et de gestion (COG) de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (Cnamts) comporte parmi ses axes directeurs la qualité de service, qui, dans le cadre de l'évaluation de la COG 2010-2013 et de la préparation de la COG 2014-2017, fait l'objet du présent rapport.

[2] Dès l'origine des COG, en 1997, celle de la Cnamts contenait un volet qualité de service, et une place centrale était accordée à la qualité du service perçue par les usagers. Si les COG suivantes, dont la dernière, ont continué à donner à cette thématique une place importante, les objectifs et indicateurs associés ont privilégié la performance des services laissant une place réduite à la prise en compte de la situation globale des usagers, leur satisfaction et la pertinence des informations qui leurs sont transmises. Outre cette faiblesse, la mission relève que, si le système d'indicateurs de la COG relatifs à la qualité de service est cohérent, il ne permet pas d'assurer et de suivre l'homogénéité du service rendu sur le territoire, objectif pourtant explicite de la COG.

[3] Les résultats au niveau local et en moyenne nationale tels qu'ils sont connus et déclarés par la Cnamts fin 2013 font état d'une situation satisfaisante au regard des cibles préalablement fixées pour 20 des 22 indicateurs relatifs à la qualité de service. Seuls le taux d'appels aboutis et le délai de traitement des indemnités journalières (IJ) enregistrent des scores en-deçà des objectifs. La mission a cependant constaté que les modifications apportées par la Cnamts, en cours de COG et en dehors de tout avenant à la convention, aux modalités de calcul de certains indicateurs avaient pu avoir pour effet de faciliter l'atteinte des cibles fixées, en particulier pour les indicateurs relatifs à la satisfaction des usagers.

[4] Par ailleurs, ces performances sont réalisées dans un cadre où les écarts de coûts unitaires entre caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), pour chacun des canaux de contact, sont élevés (de un à trois pour l'accueil téléphonique et celui physique, de un à 15 pour le traitement des courriers et des courriels, ce dernier écart interrogeant sur la fiabilité des données transmises) sans que la Cnamts en connaisse précisément les facteurs explicatifs.

[5] En outre, pour le cas particulier des publics précaires, la mission, qui a constaté leurs difficultés, notamment en raison de la complexité de la législation et du cumul des problèmes qu'ils rencontrent, recommande que la prochaine COG soit utilisée pour dépasser l'approche actuelle trop administrative, en particulier pour traiter la question du non-recours. Celle-ci doit en effet poser les bases d'un accueil plus personnalisé pour les publics les plus fragiles. Cependant, les réponses en gestion ne peuvent pas suffire à traiter les questions d'accès aux droits. Aussi, la mission recommande des évolutions réglementaires consistant à se fonder par défaut sur le revenu fiscal de référence pour apprécier les plafonds de ressources ouvrant droit au bénéfice de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) et de l'aide à la complémentaire santé (ACS), à attribuer automatiquement la CMUC aux bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA), et enfin à ouvrir les droits au jour de la demande et non au premier jour du mois suivant la date d'acceptation par la CPAM ce qui fait supporter à l'assuré les délais d'instruction.

[6] Si, au regard des objectifs qui lui ont été jusqu'à présent assignés, la Cnamts peut se prévaloir d'un bilan satisfaisant, la mission estime nécessaire, pour l'avenir, de centrer plus fortement les indicateurs de la COG sur le bénéficiaire final et sa perception de l'action de la Cnamts. En effet, la qualité de service rendu n'est pas une fin en soi mais seulement un moyen de répondre aux besoins et demandes des usagers. Cette nouvelle approche se traduirait concrètement par un poids plus important donné aux indicateurs de la qualité de service perçue et de la réitération de contacts dans la future COG.

[7] Ce changement d'approche trouve une application très concrète en matière de délai de paiement des IJ non subrogées qui génère beaucoup d'insatisfaction des assurés, alors même que la qualité du service rendu s'est améliorée sur la précédente COG. Pour y remédier, la mission considère nécessaire la mise en œuvre de mesures organisationnelles permettant des gains de temps à législation constante : le développement d'un système de paiement par acompte provisionnel dès que les conditions d'ouverture des droits sont vérifiées, le versement du solde pour les dossiers dits « complexes » lorsque le montant exact des IJ à verser est connu, la signature de conventions avec les employeurs pour réduire le délai d'envoi des attestations de salaires qui conditionnent le paiement des IJ dans l'attente de la déclaration sociale nominative.

[8] D'une façon générale, un tel effort pour une meilleure prise en compte du point de vue des assurés sociaux impliquerait que « l'écoute clients » joue un rôle plus fondamental que celui d'un support de communication et soit à l'origine des politiques stratégiques menées par l'Assurance maladie, du choix des développements de nouveaux services, de la fermeture d'autres services et des actions menées pour agir sur les comportements des assurés et les orienter plus efficacement dans l'offre multicanal de l'Assurance maladie. Une telle évolution appellera de la part de la Cnamts un renforcement et une professionnalisation accrue de son dispositif d'écoute clients. Ce dispositif, révisé en 2011 et décliné pour chacun de ses publics (assurés sociaux, professionnels de santé, employeurs et utilisateurs des services sociaux), donne lieu à la réalisation d'enquêtes de satisfaction. Selon la mission, ces enquêtes doivent occuper une place centrale dans le cadre d'un suivi de la qualité perçue, à condition toutefois d'en améliorer la fiabilité, aujourd'hui limitée, et d'en assurer une exploitation à la fois fine et étendue, ce qui n'est pas le cas à ce jour.

[9] Par ailleurs, avec le développement des nouvelles technologies, l'assurance maladie a diversifié les modalités d'échange avec ses usagers. Aux canaux traditionnels de contacts que sont l'accueil physique, le courrier et le téléphone, sont venus ces dernières années s'ajouter le compte assuré Ameli en ligne, divers sites Internet, les courriels, le site mobile, l'application smartphone, les bornes et les visio-guichets.

[10] Cette facilité d'accès aux informations sur le canal web a considérablement accru la masse globale de contacts entrants pour l'assurance maladie, tous canaux confondus, dans la mesure où ces derniers ont augmenté de 67 % en cinq ans pour passer de 138 millions de contacts annuels en 2009 à 230 millions en 2013. Pour autant, malgré quelques reports de charge vers Internet le recours à des canaux de contacts traditionnels pour des demandes simples, voire très simples, se maintient.

[11] Si la bonne orientation des assurés dans l'offre multicanal est une problématique à ce jour bien identifiée par la Cnamts, il n'en est pas de même de la problématique de la réitération de contacts de la part des assurés et des coûts financiers et humains qu'elle induit pour l'assurance maladie. Or, la réitération de contacts est soit le signe de dysfonctionnements de l'activité de back office des caisses soit l'illustration d'un besoin de réassurance de la part des assurés. Elle nécessite donc un suivi particulier aussi bien pour effectuer des économies en front office que pour améliorer la confiance des assurés et ainsi la qualité de service.

[12] Pour finir, la mission rappelle qu'une écoute clients mieux structurée et une plus grande prise en compte des perceptions et pratiques des usagers loin de générer des surcoûts budgétaires sont au contraire des leviers efficaces pour accroître l'efficience de l'assurance maladie dans sa relation aux assurés.

Sommaire

SYNTHESE 3

RAPPORT 7

1 UNE EVOLUTION NECESSAIRE DE LA QUALITE DU SERVICE RENDU A LA QUALITE DU SERVICE PERÇUE 8

1.1 *Préambule méthodologique :* les quatre dimensions de la boucle d'amélioration de la qualité 8

1.2 La COG comme levier d'une maîtrise progressive des moyens : l'accent mis sur la qualité du service rendu 9

1.2.1 Des cibles qui se sont affinées au fil des années mais sont restées fortement orientées vers la performance du service rendu 9

1.2.2 Une progression des résultats nationaux non homogène sur le territoire doublée d'une transparence insuffisante en matière de pilotage 12

1.2.3 La qualité de service rendu connaît encore de fortes disparités de coûts unitaires entre CPAM 14

1.2.4 La prise en charge des publics les plus fragiles : une approche trop administrative 17

1.3 La COG doit évoluer vers une prise en compte accrue du point de vue des usagers au travers de la qualité de service perçue 22

1.3.1 Privilégier une mesure de la qualité du service centrée sur la perception des bénéficiaires finaux 22

1.3.2 Une illustration concrète des évolutions à conduire : le délai de versement des indemnités journalières 25

1.3.3 Un Etat stratège, un opérateur pilote, un réseau producteur de services 27

1.3.4 Les indicateurs de l'axe service de la COG doivent davantage mettre l'accent sur la mesure de la satisfaction et des pratiques des usagers 27

2 LA MEILLEURE PRISE EN COMPTE DU POINT DE VUE ET DE LA SITUATION DES ASSURES SOCIAUX PERMETTRA D'ACCROITRE L'EFFICACITE ET L'EFFICIENCE DE LA STRATEGIE MULTICANAL DE L'ASSURANCE MALADIE 31

2.1 La stratégie multicanal doit mieux prendre en compte à la fois les besoins des usagers et les problématiques d'efficience en optimisant l'orientation des assurés et en limitant la réitération 31

2.1.1 Meilleure orientation des assurés dans l'offre multicanal et développement des services en ligne : deux voies en direction desquelles l'Assurance maladie doit intensifier ses efforts. 31

2.1.2 Réitération de contacts et besoin de réassurance : deux problématiques insuffisamment investies à ce jour par l'Assurance maladie 36

2.1.3 Ces évolutions requièrent de restructurer l'écoute clients dans une logique multicanal 38

2.2 La Cnamts doit renforcer la robustesse et la fiabilité des données issues de son écoute clients 40

2.2.1 Une enquête nationale de mesure de la satisfaction riche mais à professionnaliser 40

2.2.2 Des compléments apportés par des enquêtes nationales ou locales spécifiques à des types de canaux de contacts mais qui ne donnent pas de vision dynamique des parcours des assurés 42

2.2.3 Le déploiement de parcours attentionnés est positif mais pâtit d'une absence d'évaluation de ces parcours du point de vue des bénéficiaires 43

2.2.4 Une définition de la « réclamation » qui déforme la perception réelle des assurés sociaux 44

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION 45

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES 47

SIGLES UTILISES....51

REPONSE CNAMTS....55

REPONSE DE LA MISSION....63

RAPPORT

[13] La convention d'objectifs et de gestion (COG) de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (Cnamts) est le document contractuel, définissant les engagements réciproques de la Cnamts et de l'Etat et formalisant une stratégie partagée sur une période pluriannuelle assortie de moyens budgétaires. Cette convention comporte trois axes directeurs : l'efficience, la gestion du risque et la qualité de service. Dans le cadre de l'évaluation de la COG 2010-2013 et de la préparation de la COG 2014-2017, des rapports d'évaluation sont réalisés par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) sur chacun de ces axes.

[14] A la différence des rapports antérieurs qui ont fait le bilan de l'ensemble des dimensions de la convention dans une seule et même évaluation[1], le présent rapport se focalise donc sur l'axe qualité de service administrative aux usagers de l'Assurance maladie, comprenant à la fois les assurés sociaux, les professionnels de santé (PS) et les employeurs. Au regard du temps imparti, la mission a fait le choix de centrer ses analyses sur les assurés sociaux, en particulier pour la deuxième partie de ses travaux relative à l'offre de contacts multicanal et à l'écoute clients. L'étude des besoins et attentes des PS est un autre sujet, non moins important, qui pourrait être utilement traité dans un futur rapport.

[15] La première partie du rapport dresse un bilan de la qualité de service dans les COG liant l'Etat à l'Assurance maladie et particulièrement dans la dernière, à savoir la COG 2010-2013. Elle permet notamment de montrer l'accent fort mis sur le suivi dans les COG Cnamts de la qualité du service rendu. Cette partie se conclut sur une recommandation majeure : il est nécessaire qu'à l'avenir l'appréhension de la qualité de service dans la COG concerne prioritairement la qualité de service perçue plus que la qualité de service rendu.

[16] La seconde partie du rapport montre les implications d'une telle réorientation sur la stratégie que doivent adopter l'Etat et l'Assurance maladie pour promouvoir une amélioration de la qualité de service dans les années à venir. Par conséquent, sont abordées deux thématiques structurantes concernant les assurés sociaux : les démarches de l'Assurance maladie en termes d'écoute clients et l'orientation des assurés dans l'offre de services multicanal. Pour ces deux thèmes, la mission a réalisé des entretiens auprès de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et de Pôle emploi à des fins de parangonnage.

[17] La mission, qui s'est déroulée d'octobre 2013 à mars 2014, s'est appuyée sur la documentation fournie par la direction de la Sécurité sociale (DSS), par la Cnamts et son réseau, notamment quatre Caisses primaires d'Assurance maladie (CPAM) dans lesquelles la mission s'est déplacée (CPAM de l'Artois, du Gard, de la Sarthe et du Val-de-Marne). La mission a effectué de l'observation directe dans les accueils physiques, ainsi que dans les plates-formes téléphoniques et courriels de ces CPAM. Les travaux de la mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de Sécurité sociale (MNC) et les rapports de l'IGAS ont également alimenté la réflexion de la mission.

[1] Rapport relatif au bilan de la convention d'objectifs et de gestion 2006-2009 signée entre l'Etat et la Cnamts et recommandations pour la future convention, Thierry Breton, Agnès Jeannet, Philippe Laffon, Sylvain Picard, RM2009-133P, avril 2010.

[18] La mission a par ailleurs reçu le soutien financier et méthodologique du secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP) pour la réalisation par un prestataire d'une étude qualitative auprès des assurés sociaux sur les démarches effectuées par ces derniers dans les situations de déménagement. Cette étude met en lumière un volume de contacts important (au minimum trois contacts) pour un motif aussi simple qu'une notification de déménagement. Ces nombreux contacts reflètent un grand besoin de réassurance[2] des assurés sociaux.

[19] Enfin, certaines problématiques ne relevant pas uniquement de la qualité de service du régime général de l'Assurance maladie ne sont pas abordées dans le présent rapport, mais mériteraient d'être approfondies par la Cnamts :

- les problématiques de changement de régime : l'analyse présentée dans le rapport se concentre sur les assurés relevant du seul régime général de l'Assurance maladie. Les assurés relevant d'un autre régime (régime étudiant, régime sociale des indépendants, régime agricole) sont exclus du champ et les mutations inter-régimes ne sont pas traitées ;
- la complexité du système de santé français avec le partage financier entre la Sécurité sociale (part obligatoire), l'organisme complémentaire (Sécurité sociale pour les populations les moins aisées, mutuelles) et l'assuré. La distinction entre le régime obligatoire et le régime complémentaire, et au sein même du régime obligatoire les différences de tarifs selon le secteur, la spécialité, le parcours de soins ou encore les taux de remboursement, réduisent la lisibilité du système de santé et rendent difficile la connaissance en amont du reste à charge pour l'assuré lors d'une consommation de soins.

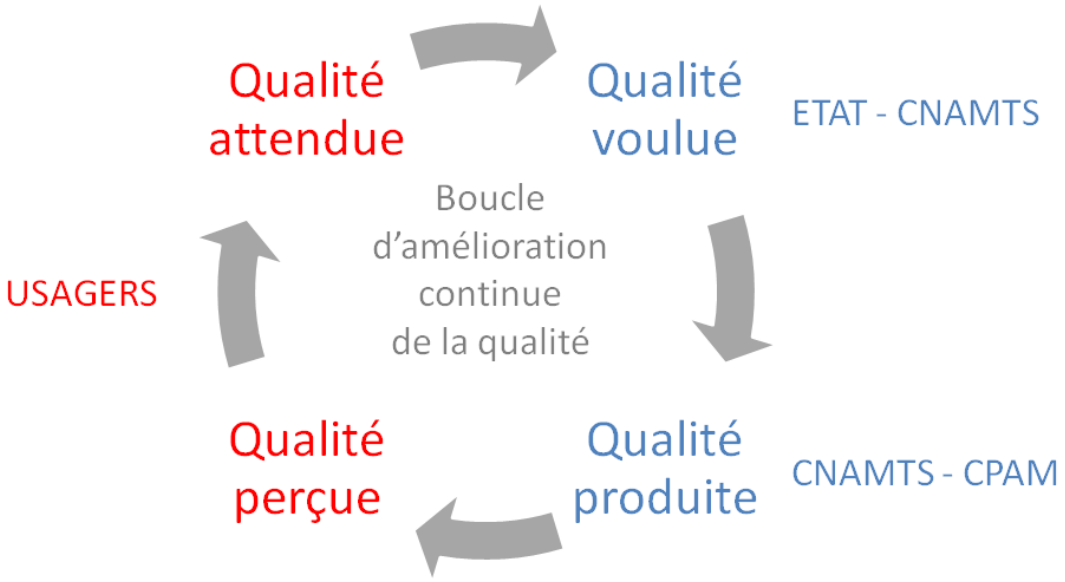
1 UNE EVOLUTION NECESSAIRE DE LA QUALITE DU SERVICE RENDU A LA QUALITE DU SERVICE PERÇUE

1.1 Préambule méthodologique : les quatre dimensions de la boucle d'amélioration de la qualité

[20] La qualité de service repose sur quatre dimensions (cf. graphique ci-dessous) : la qualité attendue par les usagers (ex. : expression par les assurés sociaux d'un souhait de développement de nouvelles fonctionnalités sur le compte Ameli) ; la qualité voulue par l'Etat et la Cnamts (ex. : dans la COG ou le projet d'entreprise) ; la qualité produite par l'Assurance maladie (ex. : les services effectivement offerts aux usagers par les organismes locaux) ; la qualité perçue par les usagers (ex. : expression d'une satisfaction ou insatisfaction de la part des assurés).

[2] La réassurance consiste en des actes visant à rendre sûr à nouveau un usager quant au traitement de sa situation (ex. confirmation de réception d'un document, capacité à suivre le traitement de son dossier,…)

Schéma 1 : La boucle d'amélioration de la qualité de service de l'assurance maladie



Source : *Mission Igas.*

[21] Tandis que les qualités attendue et voulue permettent une projection dans l'avenir, les qualités produite et perçue sont les supports de l'évaluation de l'impact des moyens déployés par l'Assurance maladie pour offrir ses services aux usagers. Actuellement, l'évaluation de la qualité de service dans la COG met très majoritairement l'accent sur la seule qualité produite (ex. : suivi d'un indicateur de délai d'attente) plus que sur la qualité perçue (ex. : taux de satisfaction). Ainsi, sur les 17 indicateurs d'objectifs de l'axe service de la COG Cnamts 2010 - 2013, seuls trois concernent la qualité perçue : les taux de satisfaction des assurés sociaux, des professionnels de santé et des employeurs.

1.2 La COG comme levier d'une maîtrise progressive des moyens : l'accent mis sur la qualité du service rendu

1.2.1 Des cibles qui se sont affinées au fil des années mais sont restées fortement orientées vers la performance du service rendu[3]

[22] Dès l'origine des COG en 1997, celle de la Cnamts contenait une dimension qualité de service, et une place centrale était accordée à la qualité de service perçue des usagers. En effet, la première partie du chapitre III de la toute première COG Cnamts (1997-1999) était ainsi rédigée : « *la satisfaction des usagers doit devenir un élément déterminant des critères de performance des organismes de la branche maladie* ». La COG 2000-2003 poursuivait dans cette voie ; elle contenait un chapitre 2 intitulé « *la qualité de service à l'usager* ». Son premier paragraphe était ainsi rédigé : « *Placer les usagers et leurs attentes au cœur de ses préoccupations c'est, pour l'assurance maladie développer l'ambition suivante : passer du service rendu au service attendu* ».

[3] *Cf.* annexe n°1 « Evaluation des indicateurs COG ».

[23] A partir de la deuxième COG (2000-2003), les engagements liant la Cnamts à l'Etat sont traduits en indicateurs d'objectifs. En dépit de l'engagement de « *passer du service rendu au service attendu* », les indicateurs retenus sont, d'une part, des indicateurs de performance définis par canal de contact ou par catégorie de services assimilables à des indicateurs de productivité (ex. délai d'attente à l'accueil, taux de décroché, délai de réponse aux courriels, délai de délivrance de la carte vitale, délai de traitement des réclamations) et, d'autre part, des indicateurs d'activité (ex. taux de mise en œuvre des parcours attentionnés, nombre d'adhérents au compte Ameli).

[24] Certains indicateurs s'enchaînent, avec quelques adaptations, depuis la COG 2000-2003 jusqu'à la COG 2010-2013. Le constat est souvent un ajustement à la baisse des ambitions initiales. Par exemple, la COG 2000-2003 prévoyait ainsi un taux de décroché de 95 % en moins de 30 secondes en 2003 alors que celle de 2010-2013 prévoit un taux d'appels aboutis de 90 % en 2013 sans précision du délai maximum. De même, le délai de règlement de la première indemnité journalière (IJ) non subrogée est également un indicateur suivi depuis la COG 2000-2003. L'objectif initial était de 20 jours en 2003 pour 90 % des dossiers contre 30 jours en 2013.

[25] Les indicateurs définis dans la COG prennent insuffisamment en compte la situation globale des usagers et la pertinence des informations qui leurs sont transmises. Cette approche a eu pour conséquence que l'Assurance maladie s'est, jusqu'à récemment, peu intéressée aux réitérations, c'est-à-dire aux demandes identiques ou proches, sur un ou plusieurs canaux provoquées par une réponse ressentie comme insuffisante pour l'assuré ou d'un besoin de réassurance c'est-à-dire du besoin de vérifier l'information ou de connaître l'état d'avancement de son dossier.

Tableau 1 : Evolution des indicateurs d'objectifs « assurés » entre les COG 2000-2003, 2006-2009 et 2010-2013

		COG 2010-2013	COG 2006-2009	COG 2000-2003
1	Taux de courriels traités dans les 48h ouvrées	75%		
2	Taux d'appels aboutis	90%	90%	90% en moins de 30 secondes en 2001, 95 % en 2003
3	Taux d'usagers reçus en moins de 20 mn dans les accueils physiques	85%		90% en 2001 95% en 2003
4	Taux de réclamations traitées en 21 jours	90%	90%	100% pour toutes les demandes
5	Taux de FSE EDI dans l'ensemble des feuilles de soins	92,1%	85% en 2009	
6	Délai de remboursement des FSE assurés pour le 9ème décile	7j	90% des FSE dans un délai de 7 jours	PN hors télétransmission 6 jours en 2003
7	Taux de mise en œuvre des parcours attentionnés	90% des CPAM ont mis en œuvre les 11 parcours		
8	Taux de fiabilité des paiements des PN et PE	99,30%	>98% pour les PE et moins de 2,5% rejets PN	
9	Délai de règlement de la 1ère IJ non subrogée	30 j	90% dans les 30 jours en 2009	20 jours en 2003 pour 90% des dossiers
10	Taux d'assurés assez satisfaits ou très satisfaits	80%	7,3 indice de satisfaction du client mystère	
11	Taux de certification des bénéficiaires (assurés + ayants droits)	99,50%	98% des ayants-droits	
12	Délai moyen de délivrance de la carte vitale	19 j	<ou=21 j en moyenne	
13	Nombre d'adhérents au compte assuré	11 millions		

Source : COG Cnamts, traitement mission

1.2.2 Une progression des résultats nationaux non homogène sur le territoire doublée d'une transparence insuffisante en matière de pilotage

1.2.2.1 La grande majorité des cibles relative à l'axe qualité de service de la COG est atteinte

[26] Les résultats au niveau local et en moyenne nationale tels qu'ils sont connus et déclarés par la Cnamts à la fin du mois d'octobre 2013 font état d'une situation satisfaisante pour 20 des 22 indicateurs[4]. Seuls deux indicateurs font apparaître des scores faibles : le taux d'appels aboutis et le délai de traitement des indemnités journalières (IJ).

[27] Par ailleurs, s'agissant des professionnels de santé et des employeurs, toutes les cibles (au nombre de six) ont été atteintes, souvent très vite et largement, à l'exception du taux de montée en charge des protocoles de soins électroniques (PSE) et des avis d'arrêt de travail (AAT), dont l'objectif n'a été atteint qu'en fin de période conventionnelle.

[28] Le tableau ci-dessous récapitule, indicateur par indicateur, les résultats nationaux et ceux des CPAM sur le volet assurés[5], tels qu'ils sont connus et déclarés par la Cnamts à la fin octobre 2013. Les CGSS, en raison de résultats s'écartant excessivement de ceux de métropole, ont été retirées de l'analyse.

[29] Les moyennes nationales sont les moyennes transmises par la Cnamts à la mission. Chaque moyenne est calculée sur les flux réellement observés pour chaque caisse ou plateforme de services (ex. nombre de dossiers IJ, nombre de réclamations, nombre de courriels).

[30] Les *minima* et *maxima* doivent être lus, respectivement, comme la CPAM la plus en deçà et la CPAM la plus au-delà de la cible. La médiane distribue les caisses et non les assurés. Ces *maxima* et *minima* ainsi que la médiane sont ceux de l'année 2012 en raison du caractère partiel des résultats 2013 à la date où la mission a conduit ses travaux.

[31] L'atteinte de l'objectif, calculée par rapport à l'objectif 2013, est évaluée sur les résultats provisoires de 2013. On constate toutefois que les résultats provisoires de 2013 ne vont pas dans un sens différent de ceux de l'année 2012 : quand un objectif est atteint en 2013, il l'était déjà en 2012 et lorsqu'il n'est pas atteint en 2013, il ne l'était pas non plus en 2012.

[4] Pour calculer la moyenne nationale, chaque indicateur local est pondéré au regard de ce qu'il mesure (ex. chaque dossier d'IJ pour le délai de traitement de la première IJ non subrogée, le nombre de réclamations de chaque caisse pour le calcul du délai de traitement des réclamations, le nombre de courriels reçus sur chaque plateforme pour le taux de réponse en moins de 48h).

[5] La mission n'a pu obtenir les tableaux de bord détaillés au niveau local pour les professionnels de santé et les employeurs.

Tableau 2 : Résultats agrégés des indicateurs de mesure de la qualité de service aux assurés

	COG objectif 2013	moyenne 2011	moyenne 2012	moyenne 2013 (p)	mini 2012	maxi 2012	médiane des caisses en 2012	objectif
Taux de courriels traités dans les 48h ouvrées	75%	79%	80%	75%	29%	90%	79%	atteint
Taux d'appels aboutis	90%	85%	87%	83%	52%	99%	91%	
Taux d'usagers reçus en moins de 20 mn dans les accueils physiques	85%	88%	89%	87%	68%	99%	92%	atteint
Taux de réclamations traitées en 21 jours	90%	88%	91%	90%	64%	100%	96%	atteint
Taux de FSE EDI dans l'ensemble des feuilles de soins	92,1%	89%	90%	90%	84%	94%	90%	
Délai de remboursement des FSE assurés pour le 9ème décile	7j	6,58j	6,67j	6,59j	5,70j	7,80j	6,60j	atteint
Taux de mise en œuvre des parcours attentionnés	90% des cpam ont mis en œuvre les 11 parcours		83%		25 % mis en oeuvre (2011)	100 % mis en oeuvre(2011)	75% mis en oeuvre (2011)	
Taux de fiabilité des paiements des PN et PE	99,30%	99%	99%		97 % PN et 98% PE	100% PN et PE	100% PN et PE	
Délai de règlement de la 1ère IJ non subrogée	30 j	39,23j	35,84j	36,16j	24,81j	55,42j	31,82j	
Taux d'assurés satisfaits ou très satisfaits	80%	92%	93%	93%	84%	97%	94%	atteint
Taux de certification des bénéficiaires (assurés + ayants droits)	99,50%	99,59%	99,52%					
Délai moyen de délivrance de la carte vitale	19 j	20,8	19,94					
Nombre d'adhérents au compte assuré	11M	8,4M	10,7M					

Source : Cnamts, traitement mission

1.2.2.2 Le système d'indicateurs COG relatif à la qualité de service est exhaustif mais ne garantit pas une atteinte homogène entre CPAM

[32] Selon l'analyse de la mission (Cf. annexe 1 pour le détail), les indicateurs COG relatifs à la qualité de service, au nombre de 22, abordent en nombre suffisant cette thématique. En effet, toutes les familles d'usagers de l'Assurance maladie sont couvertes par les indicateurs, les différents canaux et les principales procédures également. Le système d'indicateurs mis en place dans le cadre de la COG est donc exhaustif et cohérent.

[33] En revanche, alors que l'axe service de la COG s'intitule : « *Offrir à nos assurés un service homogène et de qualité sur tout le territoire* », peu nombreux sont les indicateurs COG abordant l'homogénéité de la qualité du service rendu. Cela ne signifie pas que l'homogénéité de la performance n'est pas un point d'attention pour l'Assurance maladie : la Cnamts suit les résultats des différentes CPAM (ou CGSS) au moyen d'un dispositif d'alerte structuré en 2011 et généralisé en 2012.

[34] Cependant, dans la COG, l'homogénéité du service n'est pas *a priori* assurée car non suivie. Dès lors, rien ne garantit, par exemple, à l'Etat qu'un indicateur atteint en moyenne nationale ne le soit pas uniquement grâce aux résultats des plus grosses CPAM. C'est ainsi le cas pour l'indicateur relatif à la proportion de réclamations traitées en moins de 21 jours. Alors que la cible COG, fixée à 90 %, est atteinte en 2013 en moyenne nationale, 29 caisses ne l'atteignent pas.

Recommandation n°1 : Fixer dans la COG un objectif global d'atteinte de chaque indicateur d'objectif par un nombre minimal de caisses afin de garantir une homogénéité du service sur le territoire

1.2.2.3 Certains indicateurs de la COG 2010-2013 ont été modifiés en dehors de tout avenant à la COG

[35] En l'absence de définition précise des indicateurs dans la COG, la Cnamts a élaboré un dictionnaire. Ce document, indispensable à leur gestion est également pris pour référence par la DSS, sans qu'elle ait été pour autant associée à son élaboration ni même à sa validation.

[36] Par exemple, alors que la COG prévoit un délai de traitement de 80 % des courriels dans les 48 heures, la Cnamts a procédé, dans le dictionnaire des indicateurs, à une distinction entre courriels de niveau 1 (courriels simples) et courriels de niveau 2 (courriels complexes) ; l'indicateur COG est calculé sur les seuls courriels de niveau 1, sans que les objectifs aient été modifiés.

[37] De même, s'agissant de la qualité de la liquidation des prestations en espèces, la Cnamts l'a limitée dans son dictionnaire des indicateurs aux seuls trop-perçus et en a exclu les moins-perçus, pourtant essentiels pour les assurés dans une optique de qualité de service.

[38] La mission a relevé que les modalités de calcul par la Cnamts de certains indicateurs avaient eu pour conséquence de faciliter l'atteinte des cibles fixées. Ainsi, pour la mesure des taux de satisfaction des usagers, alors que la COG prévoyait un taux englobant les usagers satisfaits et très satisfaits[6], les enquêtes de satisfaction réalisées par la Cnamts agrégeaient les usagers assez satisfaits et très satisfaits. Cet ajout a facilité l'atteinte de l'objectif de l'indicateur par la Cnamts et son inertie dans le temps.

Recommandation n°2 : Inclure une définition claire et précise de tous les indicateurs dans la COG empêchant des modifications de périmètre ou de calcul non conventionnelles

1.2.3 La qualité de service rendu connaît encore de fortes disparités de coûts unitaires entre CPAM[7]

[39] La comptabilité analytique de la Cnamts identifie au sein du pôle métier « relation clients » quatre processus : l'accueil physique ; l'accueil téléphonique ; le traitement des courriers et des courriels ; le marketing opérationnel des offres de services.

[6] *Cf.* tableau de synthèse des indicateurs d'objectif de l'axe service de la Convention d'objectifs et de gestion.
[7] *Cf.* annexe n°2 «Les Coûts de gestion de la relation clients »

[40] Concernant les données de comptabilité analytique, qui délivrent des résultats en coûts complets, la mission précise que celle-ci peut être source d'approximation. En effet, l'applicatif Galilée, conçu en 1995, qui produit lesdites données de comptabilité analytique en sortie de l'applicatif de comptabilité générale (Copernic) de la Cnamts, fait l'objet d'un paramétrage local des règles de gestion. Ainsi, notamment pour les coûts indirects (tels que les factures de fluides), les règles de répartition des charges sur les processus peuvent varier d'une CPAM à l'autre. En outre, si cette même facture est peu détaillée, les choix de répartition des coûts sur les différents processus peuvent ne pas être totalement idoines.

[41] Ces approximations n'ont cependant pas pour effet de rendre inutilisables les données issues de la comptabilité analytique de la Cnamts. Elles conduisent toutefois à interpréter avec précaution les coûts unitaires calculés, en particulier ceux ayant trait au processus traitement des courriers et courriels.

Recommandation n°3 : Poursuivre le projet de refonte de la comptabilité analytique de la Cnamts pour obtenir des données plus fiables

[42] A partir des données issues de la comptabilité analytique de la Cnamts, il apparaît que le coût unitaire du « *traitement des courriers / courriels* »[8] est de loin le plus élevé (23,15 €). Cette situation s'explique essentiellement par le fait que la part des demandes complexes dans le total des demandes formulées *via* ce processus est très élevée.

[43] Le coût unitaire de l'accueil physique s'élève à 8 €. Le processus accueil physique est caractérisé par sa dissémination dans 2 300 points d'accueils, ce qui limite les économies d'échelle et génère des coûts fixes élevés.

[44] L'accueil téléphonique présente un coût unitaire de 6,31 €. Au cours de la COG actuelle, ce processus a été marqué par un mouvement de mutualisation avec la création de plateformes associant plusieurs CPAM.

[45] Le coût unitaire du processus « *marketing opérationnel des offres de services* » (conseillers informatiques et services, délégués employeurs, marketeurs…), n'a pas été calculé. D'une part, le calcul de son coût unitaire serait un exercice complexe, d'autre part ce coût unitaire n'est pas comparable à celui des trois autres processus. Pour autant, une connaissance accrue de cette fonction, de création assez récente, est nécessaire.

Recommandation n°4 : Evaluer le processus de la comptabilité analytique « marketing opérationnel et offres de services »

Tableau 3 : Coûts unitaires 2012 des canaux de contact du pôle « relation clients »

	Accueil physique	Accueil téléphonique	Courriers et courriels
Coût budgétaire	276 240 039 €	178 191 173 €	120 747 629 €
Volume de contacts	34 538 363	28 221 515	5 215 717
Coût unitaire	8 €	6,31€	23,15 €

Source : Cnamts, traitement mission

[8] La mission regrette que la comptabilité analytique de la Cnamts amalgame « traitement des courriers » et « traitement des courriels » dans la mesure où c'est deux canaux de contacts relèvent d'après elle de nature différente aussi bien en termes d'objet des demandes et d'organisation que de coûts pour l'assurance maladie.

[46] Pour chacun des processus dont le coût unitaire a été calculé, la mission relève une forte dispersion desdits coûts entre les CPAM :

- un écart de coût unitaire de 1 à 3 entre la CPAM la moins chère et celle la plus chère pour l'accueil physique ;
- un écart de coût unitaire de 1 à 3 entre la CPAM la moins chère et celle la plus chère pour l'accueil téléphonique ;
- un écart de coût unitaire de 1 à 15 entre la CPAM la moins chère et celle la plus chère pour le traitement des courriers et courriels.

[47] Pour l'accueil physique, la Cnamts attribue, pour l'essentiel, ces écarts de coûts unitaires à des facteurs structurels. Selon son analyse, les CPAM présentant les coûts unitaires les plus élevés sont celles situées dans des zones où l'immobilier est cher et qui disposent d'un réseau de points d'accueil denses au caractère souvent historique.

[48] La mission partage l'analyse de la Cnamts concernant l'existence de coûts structurels expliquant les différences de coûts unitaires, tout en ayant quelques réserves sur leur importance. Tout d'abord, les CPAM situées dans des zones où l'immobilier est cher peuvent mener une politique proactive pour en diminuer la charge, les coûts de l'immobilier étant une contrainte mais pas un invariant de gestion. Ensuite, selon la mission, la densité des points d'accueil entraîne des surcoûts unitaires structurels significatifs, seulement si ledit réseau est en surcapacité manifeste. Enfin, la composante « charges de personnel » étant importante dans le coût unitaire final, un effort d'identification des pratiques managériales semble nécessaire.

[49] Pour l'accueil téléphonique, ainsi que pour le traitement des courriers et courriels, la Cnamts considère que la principale cause des écarts de coût unitaires tient au degré de mutualisation inégal de ces processus au sein du réseau des CPAM.

[50] La mission partage cette analyse qui repose sur la notion d'économies d'échelle, tout en relevant son caractère incomplet. En effet, les classements établis par la mission montrent que la mutualisation ou la taille de la caisse ne génèrent pas une performance et / ou une productivité linéaire.

Recommandation n°5 : Développer la capacité de la Cnamts à identifier les déterminants des différentiels de coûts unitaire des processus de la relation clients pour définir précisément les marges de progression en termes de réduction des écarts de coûts unitaires

1.2.4 La prise en charge des publics les plus fragiles : une approche trop administrative [9]

[51] La problématique de la précarité mobilise les pouvoirs publics, notamment au travers du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale du 21 janvier 2013[10], et la feuille de route de la stratégie nationale de santé (SNS) du 23 septembre 2013. La Cnamts, dans le dossier d'orientation de négociation de la COG adopté par son conseil en février 2014, s'inscrit naturellement dans ces orientations : « *l'Assurance Maladie, attentive aux objectifs fixés par le Plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, propose à l'Etat de participer, dans le cadre de la Convention 2014-2017, à la mise en œuvre de mesures visant à réduire les inégalités d'accès aux droits, simplifier les procédures de reconnaissance et prévenir les situations de rupture. La lutte contre le non-recours aux soins, par un accompagnement adapté, sera encore développée tout en consolidant l'approche multicanale et en mobilisant les partenariats nécessaires.* »

[52] Réaffirmée donc comme une priorité pour la négociation de la COG à venir, la question de la prise en charge des publics précaires et plus largement des publics fragiles et du non-recours aux droits est une constante des COG de l'assurance maladie depuis leur origine. En 1997, le premier engagement de la Cnamts était de « *veiller à la continuité des droits à l'assurance maladie et à l'accès aux soins, notamment pour les assurés sociaux dont la situation économique et sociale est précaire* ». La même COG prévoyait également qu' « *afin de concourir au renforcement de la cohésion sociale, les centres d'examen de santé poursuivront leur politique d'offre de médecine préventive en faveur des populations en situation de précarité* », objectif déjà contenu dans un arrêté du 20 juillet 1992 et faisant l'objet d'un indicateur dans la COG 2010-2013 : 50 % des bénéficiaires d'offres de services dans les centres de santé devant être des personnes en précarité en 2013.

[53] La loi de 1999 qui créait la CMUC et en confiait la gestion à l'Assurance maladie pour l'ouverture des droits, et concurremment avec les organismes complémentaires pour les prestations, renforçait l'obligation faite à l'Assurance maladie de s'investir plus avant dans la gestion de prestations au bénéfice des publics les plus fragiles, d'autant que l'automatisation en cours de la liquidation des prestations dégageait par ailleurs des gains de productivité.

[54] Mais, dès 2000 avec la mise en place de la CMUC et plus encore avec l'aide à la complémentaire santé (ACS) et son faible usage, la question du non-recours à ces prestations s'est posée. La Cour des comptes recommandait en 2001[11] que les pouvoirs publics étudient les raisons de l'écart entre les prévisions de bénéficiaires de la CMUC et les réalisations, ainsi que les conséquences de cet écart sur les objectifs sanitaires de la loi.

[55] Le rapport IGAS relatif à l'évaluation de la première année de mise en œuvre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale[12] estime qu'en 2012 le taux de recours à la CMUC était compris entre 66 % et 79 % et entre 30 % et 43 % pour l'aide à l'ACS.

---

[9] *Cf.* annexe n°3 « publics fragiles »
[10] Rapport d'évaluation IGAS de janvier 2014 n°2013-024R François CHEREQUE et Simon VANACKERE
[11] Rapport sur l'application des LFSS, octobre 2001
[12] Rapport d'évaluation IGAS de janvier 2014 n°2013-024R François CHEREQUE et Simon VANACKERE,p 21.

[56] Les raisons du non-recours sont multiples. Premièrement, comme le souligne le rapport sur l'évaluation de la 1ère année de mise en œuvre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, rendu public en janvier 2014, « *plusieurs études montrent que les facteurs sociodémographiques et l'état de santé, au-delà d'un manque d'information des personnes, sont des facteurs déterminants du non-recours à la CMU-C. De même que l'âge, puisque les jeunes seraient plus négligents vis-à-vis de leur couverture complémentaire car ayant relativement moins de besoins de soins, ou encore la nationalité, du fait que les personnes de nationalité étrangère seraient freinées dans leurs démarches par une barrière linguistique. Les non-recourants diplômés craindraient des effets de stigmatisation ainsi qu'un comportement dissuasif des médecins* »[13] refusant des soins ou différant les rendez-vous pour amener les assurés à se réorienter vers leurs confrères. Enfin, dans la pyramide des besoins de Maslow[14], les besoins en santé se situent au niveau 2, après les besoins physiologiques tels que manger et boire. Certains assurés font ainsi passer leur santé au second plan par manque de ressources pour privilégier des besoins primaires plus matériels.

[57] La première des 15 mesures prioritaires préconisées par l'IGAS dans son évaluation du plan de lutte contre la pauvreté est « *l'accès aux droits et aux biens essentiels* ». Le programme associé à cette première mesure est « *la mise en place d'un vaste programme d'accès aux droits* », dont le taux de recours à la CMUC et l'ACS, ainsi que le nombre de départements ayant atteint les objectifs fixés pourraient constituer des indicateurs.

1.2.4.1 Les réponses en gestion tentent d'intégrer la complexité de la réglementation

[58] Compte tenu des difficultés rencontrées par certains assurés notamment en raison de la complexité de la législation et du cumul des problèmes qu'ils rencontrent, il est nécessaire de faire bénéficier les publics les plus fragiles d'un accueil plus personnalisé et d'en tirer donc les conséquences en matière de dotations de gestion administrative.

[59] Au-delà de l'accueil renforcé pour ces publics qu'il convient de poursuivre et d'amplifier, des outils ont été développés ou sont en cours de développement.

- Les parcours « attentionnés » : pour une prise en charge décloisonnée des publics précaires

[60] Les parcours attentionnés sont des parcours clients mettant en œuvre un ensemble d'actions destinées à accompagner une population ciblée. Les publics précaires, ou en risque de précarisation, ont fait l'objet dès l'origine d'une attention particulière : le passage en invalidité fait l'objet d'un parcours depuis mars 2009, le bénéficiaire de la CMUC depuis août 2010 et l'ACS depuis août 2012.

[61] Ainsi, la CMUC est un des premiers dispositifs à avoir fait l'objet d'un parcours attentionné. La lettre réseau 89/2009 pose l'hypothèse que l'offre de parcours attentionné, par l'amélioration de la qualité du service qu'elle est sensée permettre, contribuera à diminuer le taux de non-recours.

- Les Plans d'actions pluriannuel relatifs au non-recours, aux incompréhensions et aux ruptures (PLANIR)

[13] Tome 2, 2013-024R, page 83.

[14] La pyramide des besoins consiste en la représentation sous la forme d'une pyramide de la hiérarchie des besoins des individus. Cette théorie a été élaborée à partir des observations réalisées dans les années 1940 par le psychologue Abraham Maslow.

[62] Sous l'impulsion du Comité national de gestion (CNG) de l'Assurance maladie dans le cadre de son programme n°13 « A*ssurance maladie et publics fragiles* », un projet a été conçu pour traduire des priorités fixées en matière d'accès aux droits et aux soins en actions concrètes nationales et locales. La direction de la Cnamts a mis en place en juin 2012 une mission composée de CPAM, de l'échelon local du service médical (ELSM) et des services sociaux des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) afin d'élaborer des dispositions pour améliorer la prise en charge des assurés.

[63] Trois difficultés majeures auxquelles sont confrontés les assurés ont été identifiées :

- Une part des bénéficiaires potentiels ne bénéficie pas des droits, services et soins auxquels ils pourraient prétendre (non-recours),
- Une part des informations que diffuse l'assurance maladie n'est pas comprise,
- Des procédures, pratiques professionnelles et décisions administratives aggravent des situations déjà fragilisées (ruptures).

[64] Le schéma d'intervention élaboré, intitulé PLANIR (Plan d'actions pluriannuel relatif au non recours, aux incompréhensions et aux ruptures) qui a vocation à être décliné localement, consiste à :

- identifier les situations à risques à partir d'observations de terrain dans les accueils physiques des CPAM, les centres d'examens de santé (CES), et le contrôle médical ;
- co-concevoir des actions en réponse à ces risques avec les partenariats adaptés, internes ou externes ;
- expérimenter et évaluer les effets de ces actions au regard des risques de non-recours, d'incompréhensions et de ruptures.

[65] Au vu des résultats des travaux, la Cnamts a décidé de généraliser cette démarche de détection et de gestion du non recours et des ruptures. Chaque organisme doit transmettre son plan d'action reposant sur la méthodologie PLANIR à la Cnamts pour le 30 juin 2014. Cette étape devait être valorisée dans les CPG 2014.

- Des mesures complémentaires de gestion méritent d'être étudiées pour optimiser l'accompagnement des publics précaires

[66] Dans la mesure où l'obtention de certains droits dépend des démarches engagées par les assurés sociaux eux-mêmes, comme par exemple pour certaines prestations d'assistance comme l'ACS, parvenir à ce qu'ils comprennent bien les procédures à réaliser et recourent effectivement aux droits auxquels ils peuvent prétendre est un objectif en soi.

[67] Pour ce type de publics, la logique inhérente à la boucle d'amélioration de la qualité de service (*cf. supra* : qualité attendue-qualité voulue-qualité produite-qualité perçue) ne fonctionne pas de façon satisfaisante : en effet, ces publics ne sont pas toujours en mesure de se prononcer sur leur perception de la qualité du service, soit parce qu'ils n'ont pas connaissance de l'existence du service et des droits du fait même qu'ils n'y recourent pas, soit parce qu'ils ne sont pas en mesure, étant donné leur grande précarité, d'exprimer un degré de satisfaction. Dans une telle configuration, il est plus pertinent de centrer le suivi et l'évaluation d'une politique non pas sur la satisfaction des personnes, mais sur les moyens déployés en direction de ce public et sur leur recours au droit.

[68] Il est donc souhaitable qu'en complément des actions réalisées dans le cadre du PLANIR, la Cnamts pilote son action au moyen d'indicateurs *ad hoc* visant à mieux suivre les résultats de son action. Un indicateur pertinent à l'échelle d'une caisse consisterait par exemple à suivre l'évolution du taux de non-recours par prestation (ex. CMUC, ACS) sur le territoire de chaque CPAM. Un tel dispositif aurait le mérite d'inciter chaque CPAM à mieux connaître son territoire d'intervention et les publics éligibles à ses prestations.

Recommandation n°6 : Suivre à l'échelle de chaque caisse un taux de non-recours par prestation.

[69] Une autre orientation méritant d'être expérimentée par l'Assurance maladie pour les publics les plus précaires serait la possibilité pour ces derniers d'avoir un conseiller référent qui, en cas de difficultés, pourrait effectuer un suivi plus particulier de leur dossier et les accompagner plus avant dans leurs démarches. Cela permettrait notamment de prévenir les situations de rupture de droit ou d'abandon de démarches en cours de route. Un tel système n'est pas complètement nouveau : Pôle emploi[15] y a recours pour l'accompagnement des demandeurs d'emploi[16] et l'Assurance maladie l'utilise déjà vis-à-vis des professionnels de santé *via* les conseillers informatiques et services (CIS). La réussite de ce dispositif repose sur trois conditions : sa bonne articulation avec les autres acteurs du champ social (ex. centres communaux d'actions sociales, services sociaux de département, associations) ; la détermination du public cible ; les modalités d'organisation par lesquelles les bénéficiaires pourront entrer en contact avec leur référent.

Recommandation n°7 : Expérimenter la mise en place de conseiller référent pour l'accompagnement des publics considérés comme les plus fragiles

[70] Au-delà de ces optimisations de gestion visant à améliorer la qualité de service dans le cadre de la législation existante, la mission préconise des évolutions législatives et réglementaires (*cf. infra*) et une réflexion plus globale sur le bien-fondé de la segmentation croissante entre logique d'assurance et logique d'assistance (*cf. infra*).

1.2.4.2 Les réponses législatives et réglementaires porteuses de solutions

[71] Les réponses en gestion ne peuvent pas suffire à traiter les questions d'accès aux droits, ou à un coût élevé, alors même que ces questions sont posées par une réglementation qui mériterait d'être adaptée.

- La modification de la période des ressources prises en compte pour bénéficier de la CMUC et de l'ACS

[72] Lors de ses déplacements, la mission a constaté le poids de la gestion de ces dispositifs quel que soit le mode de traitement, en face-à-face ou en *back office*. La volonté de coller au plus près de la réalité économique a conduit le législateur à retenir les douze derniers mois en glissement annuel pour le calcul des ressources et interdit donc de se fonder sur les déclarations de revenus. S'agissant de populations précaires, voire très précaires, les sources de revenus peuvent se cumuler pour des montants faibles, en particulier dans les cas de multi-activité.

[15] *Cf.* annexe n°8 « La stratégie multicanal de Pôle emploi ».
[16] Le demandeur d'emploi a un conseiller référent avec lequel il peut échanger par courriel ou bien rencontrer en accueil physique sur rendez-vous. En revanche, une visite sans rendez-vous ne lui offre pas la possibilité de rencontrer son conseiller référent, mais seulement un conseiller de l'agence.

[73] La Cour des comptes indiquait dès son rapport de octobre 2001 que « Cette période de référence est cependant particulièrement complexe tant pour les usagers que pour les agents des CPAM. C'est en vain que la Cnamts, lors de la préparation des textes d'application avait tenté de sensibiliser les pouvoirs publics sur les difficultés opérationnelles, et donc les coûts, qu'entraînait un tel choix. » Elle recommandait de « rechercher la meilleure définition de la période de référence pour l'examen des ressources, en prenant en compte l'ensemble des coûts et avantages. »

[74] Depuis, plusieurs rapports, dont celui de Madame Archimbaud[17], ont tenté sans succès de faire évoluer les pouvoirs publics pour que soient modifiées les dispositions de l'article R 861-8 du Code de la Sécurité sociale retenant la période de 12 mois glissants pour l'évaluation des ressources. Outre les gains en matière de productivité que permettrait une telle mesure, elle contribuerait à clarifier les dispositions relatives au plafond de ressources et seraient de nature à favoriser le recours à la CMUC.

[75] S'agissant des changements de situation brutaux, les dispositions relatives à l'attribution de la CMUC aux bénéficiaires du RSA socle devraient contribuer à aplanir les difficultés. Les bénéficiaires du RSA socle bénéficient d'une dérogation dans le calcul du plafond de ressources puisqu'ils sont considérés comme remplissant les conditions de ressources pour bénéficier de la CMUC, alors que celles-ci ne sont appréciées que sur la moyenne mensuelle des trois derniers mois. Cette dérogation garantit donc que les « accidents » de revenus seront pris en charge dans le cadre du RSA.

Recommandation n°8 : Se fonder par défaut sur le revenu fiscal de référence pour apprécier les plafonds de ressources ouvrant droit au bénéfice de la CMUC et de l'ACS

➤ L'automaticité de l'attribution de la CMUC aux bénéficiaires du RSA

[76] Il n'y a toujours pas automaticité de la délivrance de la CMUC aux bénéficiaires du RMI/RSA ; il leur est demandé d'en faire explicitement la demande et de choisir les modalités de gestion de la part complémentaire CPAM ou un organisme complémentaire.

[77] La rédaction de l'article L. 861-2 CSS issue de la loi de 1999 et en vigueur jusqu'au 1er juin 2009 avait le mérite de la simplicité : « Les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion ont droit à la protection complémentaire en matière de santé ». La loi du 1er juin 2009 a compliqué sensiblement la rédaction de l'article L. 861-2[18] sans en modifier le principe, mais en découplant optiquement les deux prestations, afin que la CMUC n'apparaisse pas comme une prestation « connexe » ; le bénéficiaire du RSA est de droit bénéficiaire de la CMUC. La déclaration de l'organisme choisi pour gérer la part complémentaire, CPAM ou organisme complémentaire, assureur ou mutuelle, est un obstacle à la délivrance immédiate de la CMUC.

[78] Quatorze ans après la mise en place de la CMUC, les débats sur la répartition des tâches dans la gestion de la part complémentaire entre les CPAM et les assureurs complémentaires devraient être suffisamment apaisés pour que la gestion de la couverture complémentaire des bénéficiaires du RSA n'apparaisse pas comme un enjeu entre les organismes complémentaires et l'Assurance maladie.

Recommandation n°9 : Appliquer la disposition de la loi de 1999 ouvrant de droit la CMUC aux bénéficiaires du RMI/RSA en faisant par défaut gérer la part complémentaire par l'assurance maladie sauf demande contraire de l'assuré.

➤ Améliorer la date de l'ouverture des droits

---

[17] *L'accès aux soins des plus démunis, 40 propositions pour un choc de solidarité*, 2013.

[18] L. 861-2 du CSS Sont réputés satisfaire aux conditions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 861-1 les bénéficiaires du revenu de solidarité active dont les ressources, appréciées selon les dispositions prises en application de l'article L. 262-3 du code de l'action sociale et des familles, n'excèdent pas le montant forfaitaire visé au 2° de l'article L. 262-2 du même code.

[79] En application de l'article L. 861-6 CSS, l'ouverture des droits à la CMUC prend effet au premier jour du mois suivant la décision de l'autorité administrative. Jusqu'à la loi du 31 décembre 2002, l'ouverture se faisait à la date de la décision de l'autorité administrative. Les dates ainsi fixées ont pour effet de faire supporter à l'assuré les délais de traitement de la CPAM. Plus la CPAM a un délai de traitement long de la demande et plus cette ouverture sera tardive. Ainsi, une demande complète déposée le 29 janvier ne donnera lieu à l'attribution des droits qu'au 1er mars, voire au 1er avril, sauf urgence avérée ou célérité particulière de la CPAM instruisant le dossier en 48h.

[80] D'un point de vue financier, les droits sont ouverts pour 12 mois. Si les droits étaient ouverts à la date de dépôt de la demande ou au premier jour du mois de l'acceptation de la demande, leur durée serait réduite par rapport à ce qu'elle est maintenant en cas de retour à meilleure fortune. L'intérêt essentiel de cette prise en compte d'une date décalée ou suite à instruction (*cf.* premier du mois suivant l'acceptation de la demande) est d'éviter d'assurer à risque ouvert. Toutefois, si cette stratégie peut être concevable pour un assureur privé, elle l'est moins dans le cas de l'Assurance maladie, voire contre productive en matière de santé publique.

Recommandation n°10 : Ouvrir les droits à la CMUC au premier jour de la demande

➤ Une nécessaire interrogation sur l'évolution de l'assurance maladie

[81] Mais au-delà de politiques incitant les assurés à demander la CMUC ou l'ACS et d'indicateurs visant à vérifier l'efficacité de ces politiques et des aides qui y sont associées, se pose plus globalement la place respective que doivent occuper les prestations d'assurance et les prestations de solidarité dans notre système d'Assurance maladie.

[82] Dans le principe, la question du non-recours se pose peu s'agissant d'un droit universel ; par exemple le non-recours au bénéfice d'une IJ et dans une moindre mesure d'une prise en charge au titre d'une ALD apparaît résiduel. En revanche, s'agissant de prestations de solidarité sous condition de ressources pouvant être perçues par certains comme des prestations d'assistance, la question se pose différemment.

[83] Dès lors, au delà de la fixation d'indicateurs d'objectif pour le recours à ces deux prestations, il conviendrait d'évaluer leur efficience et leur logique même, en particulier celle de l'ACS, développée empiriquement depuis 2001, pour vérifier qu'une telle prestation est adaptée au public visé.

1.3 La COG doit évoluer vers une prise en compte accrue du point de vue des usagers au travers de la qualité de service perçue

1.3.1 Privilégier une mesure de la qualité du service centrée sur la perception des bénéficiaires finaux

[84] Comme indiqué précédemment (*cf.* 1.2.1.), la majorité des indicateurs d'évaluation de l'axe service de la précédente COG concerne la qualité de service produit. Dès lors, il existe aujourd'hui une similarité forte entre les indicateurs de la COG, document conventionnel qui lie l'Etat et la Cnamts, et les indicateurs des CPG, documents internes à la Cnamts vis-à-vis de chaque CPAM du réseau. Ainsi, en début de période conventionnelle, le taux d'identité entre indicateurs COG et CPG de l'axe service était de l'ordre des deux tiers.

[85] L'article L 227-3 du Code de la Sécurité sociale prévoit que : « *la mise en œuvre des conventions d'objectifs et de gestion fait l'objet de contrats pluriannuels de gestion conclus entre, d'une part, chaque caisse nationale et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et, d'autre part, chacun de leurs organismes régionaux ou locaux* ». En d'autres termes, les objectifs de la COG doivent être mis en œuvre dans les CPG, mais rien ne présuppose que les indicateurs d'évaluation fixés dans la COG doivent être déclinés à l'identique dans les documents opérationnels qu'élabore la Cnamts avec son réseau. En effet, la COG est le document stratégique qui fixe les objectifs d'amélioration de la qualité de service de la Cnamts, tandis que les CPG sont la déclinaison opérationnelle de ces objectifs stratégiques en termes de gestion pour les CPAM (ou CGSS).

[86] Cette grande similitude entre COG et CPG tient à la volonté affirmée par l'Etat ces quinze dernières années que la Cnamts maîtrise mieux l'impact de son action et qu'elle soit en mesure de gérer et de piloter de façon plus fine les moyens qu'elle déploie au regard de la qualité de service qu'elle souhaite effectivement produire. Comme indiqué précédemment, l'atteinte de la grande majorité des indicateurs de l'axe service de la précédente COG atteste du fait que cet objectif de l'Etat a été globalement atteint par la Cnamts (cf. 1.2.2.).

[87] Il apparaît dès lors nécessaire d'entrer, *via* la future COG, dans une nouvelle phase dans laquelle l'Etat centrera son attention plus fortement sur le bénéficiaire final et sa perception de l'action de la Cnamts. Une telle évolution se justifie par le fait que la qualité de service rendu n'est pas une fin en soi, mais seulement un moyen de répondre aux besoins et demandes des usagers. Or, centrer l'évaluation de la qualité du service sur la qualité produite plus que sur la qualité perçue, comme cela a été fait jusqu'à présent, induit deux risques majeurs :

- **véhiculer une vision potentiellement erronée de l'évolution de la satisfaction des bénéficiaires finaux** : à titre d'exemple, entre 2010 et 2012, les CPAM ont amélioré leur délai de paiement des indemnités journalières passant de 68,9 à 35,8 jours en moyenne nationale ; or, sur la même période, la satisfaction des assurés quant à ce même délai s'est fortement détériorée avec une baisse de 82 % d'assurés satisfaits à 65,4 %. La vision de la qualité de service que donne l'indicateur de qualité produite est ici contradictoire avec l'indicateur relatif à la qualité perçue ;
- **conduire à une détermination inadéquate des efforts à fournir pour satisfaire les usagers.** Deux exemples illustrent particulièrement bien ce phénomène :
  - La satisfaction relative au délai d'attente à l'accueil en constitue une bonne illustration. Alors que l'indicateur de la COG est dépassé (*cf.* 89 % des personnes venues en accueil attendent moins de 20 minutes en 2012 pour un objectif à 85 %), à peine 63 % des assurés se déclarent satisfaits du temps d'attente, chiffre constant entre 2010 et 2012. Un tel contraste montre les limites d'un indicateur d'évaluation centré sur la qualité de service rendu : la cible est-elle pertinente ? le délai d'attente est-il le seul facteur déterminant la satisfaction par rapport à cette attente ? les autres leviers ont-ils été identifiés ? Si oui, ont-ils été activés ? De fait, les problématiques de performance ne sont pas les seuls leviers pour agir sur la satisfaction des personnes. Or, un pilotage centré sur ce type d'indicateur tend à perdre de vue les autres déterminants sur lesquels il peut être utile d'agir, et ce d'autant plus que ces actions complémentaires ne nécessitent souvent pas ou peu de moyens supplémentaires (ex. indication estimative d'un délai d'attente au début d'une visite, bonne signalétique dans les espaces d'accueil physique…).
  - Un autre exemple caractérise la limite des indicateurs relatifs à la performance du service rendu : le délai de traitement des réclamations. Sans que la mission ait pu en identifier l'origine, le délai de traitement des réclamations a été fixé à 21 jours avec un objectif de 90 % des réclamations traitées dans ce délai. Le réseau de la Cnamts répond aux attentes de la COG avec 91 %des réclamations traitées dans le délai imparti de 21 jours. Interrogés sur le délai de traitement des réclamations, les assurés, professionnels de santé et employeurs n'ont pas le même ressenti. 70 %

des assurés, 68 % des professionnels de santé et 65 % des employeurs jugent positifs les délais de traitement de leurs réclamations. Outre la question de la qualification d'une demande en réclamation qui diffère selon que l'on adopte le point de vue de l'administration ou celui du demandeur (*cf.* partie 2.2), l'objectif de 20 jours fixé par la COG ne se fonde pas sur la qualité de service ressentie, mais bien plutôt sur ce que les pouvoirs publics estiment être un objectif crédible. Les interlocuteurs de la mission estiment à 10 jours la durée de réponse à une réclamation avant que la satisfaction ne décroche. Dans ces conditions, fixer un délai dont on sait que son respect ne satisfera pas le demandeur apparaît quelque peu vain.

[88] La mission propose donc de donner un poids plus important aux indicateurs de la qualité de service perçue dans la future COG (*cf.* annexe indicateurs). Ainsi, tandis que seuls 3 indicateurs d'objectifs sur 17 de la précédente COG concernaient la satisfaction des usagers, la mission propose que plus de la moitié des futurs indicateurs d'objectifs de la nouvelle COG soient centrés directement sur les bénéficiaires finaux, avec par exemple le passage d'indicateurs de délai vers des indicateurs de satisfaction quant au délai (ex. taux d'assurés satisfaits quant au délai de traitement des réclamations, taux d'assurés satisfaits du délai de délivrance de la carte vitale). La mission considère par ailleurs que la très haute satisfaction est plus révélatrice de progrès que la simple satisfaction.

Recommandation n°11 : Privilégier dans la COG les indicateurs relatifs à la qualité de service perçue plutôt que ceux relatifs à la qualité du service rendu

Recommandation n°12 : Préférer la mesure de la très haute satisfaction des usagers (réponse « très satisfaits ») à la simple satisfaction (agrégation des réponses « satisfait » et « très satisfait »)

[89] Le seul cas où cette dernière recommandation mérite d'être assouplie est celui où les résultats actuels de la Cnamts sont si bas aujourd'hui qu'une progression sur la simple satisfaction reste pertinente. C'est par exemple le cas pour les réclamations (cf. ci-dessus) où le taux de satisfaction est tellement faible actuellement qu'un travail sur la simple satisfaction (cf. « satisfaits » et « très satisfaits ») est pertinent.

1.3.2 Une illustration concrète des évolutions à conduire : le délai de versement des indemnités journalières[19]

1.3.2.1 Alors que la qualité perçue du service rendu en matière de versement des IJ est avant tout fonction des délais, ceux-ci restent élevés

[90] L'amélioration de la qualité perçue par l'assuré, qui varie selon la nature de l'indemnité journalière[20] (IJ) versée, passe essentiellement par la réduction du délai de versement des IJ, ledit délai constituant l'un des « points noirs » de la satisfaction des assurés[21]. Elle passe également par la diminution du nombre de contacts nécessaire au traitement des dossiers. En effet, le nombre de contacts nécessaires pour le traitement d'un dossier constitue le deuxième motif de réclamations des assurés (20 % des réclamations portant sur des pièces manquantes, 17,5 % sur l'incompréhension des assurés[22]). En revanche, l'exactitude des montants versés apparaît secondaire car, compte tenu de la complexité du calcul des IJ, rares sont les assurés capables de juger de l'exactitude du montant versé. En outre, *a priori* les éventuelles erreurs de liquidation défavorables aux assurés concernent le plus souvent des cas « complexes », donnant lieu à la perception d'IJ dont le montant est faible, ce qui limite l'incidence de l'erreur. Par ailleurs, les taux d'erreurs de liquidation des IJ des CPAM sont bas et font l'objet d'une attention spécifique dans le cadre de la certification des comptes de l'Assurance maladie.

[91] La question de versement des IJ constitue un aspect de la qualité du service rendu à l'assuré clairement identifié dans la COG 2010-2013.Le délai moyen de paiement des IJ se situe en 2013 à 36,16 jours, la meilleure CPAM, celle de Bourges les versant en 25,9 jours, la moins performante, celle de Créteil, en 56,1 jours.

Tableau 4 : Délai de paiement des CPAM de la 1ère IJ non subrogées

	2009	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
Objectif COG	46,7 jours	40 jours	35 jours	30 jours	30 jours
Résultat national (moyenne)		68,9 jours	39,23 jours	35,84 jours	36,16 jours
Nombre de CPAM atteignant l'objectif de l'année		4	55	31	31
Nombre de CPAM atteignant l'objectif de fin de COG		2	17	31	31

Source : Cnamts, traitement mission

[92] En outre, 10 % des CPAM ont des délais moyens de versement supérieurs à 40 jours, parmi celles-ci celle du Rhône, des Bouches-du-Rhône, de Paris et celles de la petite couronne, c'est-à-dire les CPAM traitant les volumes d'IJ les plus élevés.

[93] Enfin, le délai moyen masque des délais de paiement éventuellement très élevés pour une partie des assurés. Selon la Cour des comptes[23], 20 %des dossiers étaient réglés en 2010 dans un délai supérieur à 70 jours.

---

[19] *Cf.* annexe n°4 « Le délai des paiement des indemnités journalières »
[20] Elles couvrent quatre risques : maladie, maternité/paternité, accidents du travail et maladie professionnelles, invalidité.
[21] Bilan de l'année 2012 des réclamations de la Cnamts réalisé par la direction déléguée des opérations.
[22] *Ibid.*
[23] Cf. Rapport sur les arrêts de travail et les indemnités journalières versées au titre de la maladie, communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de l'Assemblée nationale (Cour des comptes, juillet 2012)

[94] Ces délais anormalement longs concernent le plus souvent les publics fragiles de l'Assurance-maladie car l'ambition d'élargir le droit aux IJ aux a débouché sur des règles complexes, source de lenteur et de lourdeur procédurales.

[95] Une telle situation plaide pour que la Cnamts suive le délai moyen de paiement des 10 % de dossiers les plus tardivement réglés.

Recommandation n°13 : Suivre le délai de paiement des IJ du 9ème décile

[96] Certes, durant la COG actuelle, la Cnamts a amélioré ses performances par un recours accru à l'automatisation des procédures, la rationalisation de son organisation et l'interprétation de la réglementation. En outre, avec le déploiement progressif, à compter de la mi-2013, de la déclaration sociale nominative (DSN), les entreprises n'auront plus à envoyer d'attestations de salaires lorsque leurs salariés seront en arrêt maladie. Cependant, sans simplification de la réglementation, la DSN ne produira pas tous les effets escomptés.

1.3.2.2 La réduction rapide des délais de paiement passe par une simplification des processus

[97] Le droit positif ne prévoit pas le règlement en une seule fois des IJ. Cette marge de manœuvre pourrait être utilisée pour mettre en place un mécanisme de versement des IJ en deux temps pour les « dossiers complexes », ce qui accélérerait significativement leurs délais de versement. Le mécanisme en serait le suivant :

- l'identification à réception des dossiers complexes ;
- un acompte initial, calculé sur la base des trois derniers bulletins de salaires, dès que les conditions d'ouverture des droits sont vérifiées ;
- le solde dès lors que le montant exact des IJ à verser est connu.

Recommandation n°14 : Instaurer un mécanisme expérimental d'acompte provisionnel d'IJ pour les dossiers complexes

[98] Le délai d'envoi des attestations de salaires par les entreprises retarde d'autant la liquidation, ces dernières étant en général établies au moment des opérations de paye. En effet, si les salariés sont soumis à une transmission de l'avis sous 48 heures qu'ils respectent, il n'existe pas de dispositif équivalent s'imposant aux employeurs pour les attestations de salaires.

[99] Or, une CPAM ne liquide l'IJ qu'à réception de l'attestation de salaire et ne relance les employeurs que lorsque le salarié signale à la caisse qu'il n'est pas encore payé. L'amélioration du délai de paiement est donc conditionnée par celle du délai d'envoi des attestations de salaire.

[100] La signature de conventions entre les employeurs et la MSA a permis d'accélérer la liquidation au sein du régime agricole. Désormais, le délai moyen est de 29 jours dans les entreprises ayant signé une telle convention contre 42 jours dans les autres. Un dispositif équivalent pourrait être mis en œuvre par les CPAM.

Recommandation n°15 : Mettre en place un objectif de signature de convention dans lesquels les employeurs s'engagent sur le délai d'envoi des attestations de salaires et des déclaration d'arrêts de travail, dématérialisées ou papier, en ciblant ceux d'entre eux ayant le délais les plus longs

1.3.3 Un Etat stratège, un opérateur pilote, un réseau producteur de services

[101] Une telle évolution conduirait à différencier, plus nettement que par le passé, le rôle de chaque acteur et le contenu des COG par rapport aux CPG. Alors que par le passé, l'Etat, à travers la COG, et la Cnamts, à travers les CPG, poursuivaient des objectifs très proches, cela tendrait à être moins vrai dans l'avenir. En effet, tandis que l'Etat se centrerait plus sur le bénéficiaire final et sa satisfaction, la Cnamts aurait la responsabilité d'identifier les leviers à sa disposition pour améliorer cette même satisfaction. Son rôle consisterait alors à mobiliser le réseau sur ces leviers préalablement identifiés. En d'autres termes, chaque acteur conserve ainsi une responsabilité claire : l'Etat, la stratégie ; la Cnamts, le pilotage ; les CPAM (ou CGSS) la production de services. A titre d'exemple, s'agissant de l'accueil physique, l'Etat pourrait proposer une cible relative à la satisfaction des assurés sociaux ayant effectué une visite en caisse ; la Cnamts aurait quant à elle la charge d'identifier les leviers de cette même satisfaction (ex. politesse de l'accueil, qualité des informations fournies, indication sur le délai d'attente, délai effectif d'attente…) pour ensuite piloter l'action du réseau au regard de ces leviers, le réseau ayant quant à lui la responsabilité finale de la production du service.

[102] Ce repositionnement présente de plus l'intérêt d'élargir la problématique de la qualité de service à d'autres dimensions que les aspects de performance. En effet, il existe une multitude d'autres leviers pour agir sur la satisfaction (ex. fiabilité et pertinence des informations transmises, anticipation proactive des besoins à venir des usagers). A titre d'exemple, le délai de versement d'une prestation n'est pas ressenti de la même façon par un assuré selon qu'il reçoit ou non un accusé de réception à sa demande initiale, ce qui le rassure quant à la prise en compte de sa demande, selon qu'il peut ou non suivre en temps réel le traitement de sa demande, selon qu'il a ou non des informations sur la date estimée à laquelle il aura une réponse. Les travaux menés par le SGMAP conjointement à la mission sur les démarches engagées lors d'un déménagement montrent ainsi que tout ce qui produit de la réassurance chez les assurés a un impact direct sur leur satisfaction et conduit de plus à des gains d'efficience (*cf.* réduction du nombre de contacts, exigence moindre d'une réponse rapide ou immédiate). **Centrer la COG sur la satisfaction des usagers renforcera la nécessité pour la Cnamts d'améliorer la confiance que les assurés ont dans ses services**.

1.3.4 Les indicateurs de l'axe service de la COG doivent davantage mettre l'accent sur la mesure de la satisfaction et des pratiques des usagers

[103] Au vu des travaux qu'elle a menés, si la mission propose de maintenir la distinction entre indicateur de suivi et d'objectif, elle recommande de donner aux indicateurs de suivi un contenu élargi dans son champ, mais plus précis dans ses modalités de fixation : ces derniers ne seraient plus cantonnés à certains dispositifs montant en charge, mais correspondraient à tout processus ou dispositif identifié comme important dans la COG dont la cible serait fixée par la Cnamts. Une telle évolution irait dans le sens de ce qui a déjà été négocié dernièrement dans la COG liant l'Etat et la CNAF. Au regard de la nécessité de renforcer dans la COG la mesure de la qualité perçue (*cf.* tableau *infra* pour une vision synthétique de l'ensemble), la mission propose que:

- parmi les indicateurs d'objectif de la COG 2010-2013, sept indicateurs soient conservés mais que leur périmètre soit revu, quatre repris, mais comme indicateurs de suivi et non d'objectifs, et les six autres soient abandonnés ;
- cinq indicateurs d'objectif soient créés : taux de réitération de contacts ; proportion de CMUC/ACS en moins de trois contacts ; taux de flux dématérialisés ; taux de satisfaits quant au délai de traitement des réclamations ; taux de très satisfaits à l'accueil.

[104] De telles propositions conduisent la mission à proposer que figurent dans l'axe service de la prochaine COG 18 indicateurs, dont 11 indicateurs d'objectif et 7 indicateurs de suivi (cf. tableau 3).

[105] Ce nombre d'indicateurs constitue une baisse du nombre d'indicateurs pour l'axe service par rapport à la précédente COG.

[106] L'annexe relative aux indicateurs de l'axe Service de la COG présente en détails les propositions de la mission par indicateurs. Il n'en est ici fait qu'une présentation synthétique. Le tableau ci-dessous récapitule les propositions de maintien, de suppressions et de remplacement des indicateurs actuels.

Tableau 5 : Bilan comparatif des propositions d'indicateurs de la mission IGAS

	COG 2010-2013		Proposition mission		
Libellé	Indicateur d'objectif	Indicateur de suivi	Indicateur d'objectif	Indicateur de suivi	Suppression
Taux de courriels traités en moins 48h	1			1	
Taux d'appels aboutis	1			1	
Taux d'usagers reçus en moins de 20 minutes	1				1
Taux de réitération			1		
Proportion de CMUC/ACS en moins de 3 contacts			1		
Taux de très satisfaits à l'accueil				1	
Réclamations traitées en 21 jours	1			1	
Taux satisfaits quant au délai de traitement des réclamations			1		
Taux de flux dématérialisés			1		
Taux de FSE et EDI	1				1
Délai de remboursement des FSE	1		1		
Taux de mise en œuvre des parcours attentionnés	1				1
Taux de fiabilité du paiement PN et PE	1		1		
Objectif de délai de paiement des IJ	1		1		
Taux d'assurés satisfaits	1		1		
Taux de PS satisfaits	1		1		
Taux d'employeurs satisfaits	1				1
Taux de certification des bénéficiaires	1		1		
Taux des assurés dont les droits sont à justifier		1			1
Délai moyen de délivrance de la carte vitale	1			1	
Taux de très satisfaits délai de délivrance de la carte vitale			1		
Nombre d'adhérents au compte assuré	1			1	
Nombre moyen de connexion par adhérent et par an		1		1	
Taux de sites d'accueil conformes aux trois niveaux		1			1
Taux PSE et AAT		1			1
PS Sur Améli PS	1				1
PS sur Espace pro		1			1
DSIJ	1				1
TOTAL	**17**	**5**	**11**	**7**	**10**

Source : Mission IGAS

[107] En dehors de quelques indicateurs d'objectifs portant sur la qualité du service rendu, que la mission considère comme importants au regard de leur impact important notamment sur des problématiques d'efficience (ex. taux de flux dématérialisés, délai de remboursement, taux de fiabilité du paiement des prestations en nature – PN – et en espèces – PE, taux d'anomalies dans la base bénéficiaires), la mission préconise de centrer la majorité des indicateurs sur ce que vit l'usager (ex. sa satisfaction ou sa réitération). Six indicateurs relèvent de cette logique : taux de satisfaction quant au délai de traitement des réclamations, taux d'assurés très satisfaits, taux de professionnels de santé très satisfaits, taux d'assurés très satisfaits du délai de délivrance de la carte vitale, taux de réitération tous canaux confondus, proportion de dossiers de CMUC/ACS finalisés en moins de 3 contacts (cf. tableau ci-dessus).

[108] La mission souhaite appeler l'attention sur l'introduction d'indicateurs relatifs à la réitération de contacts des assurés sociaux (cf. 2.3 pour l'analyse de la stratégie multicanal de la Cnamts). Il est en effet contre-productif de développer des pratiques sur des canaux qui n'ont pour conséquence que d'amener un nouveau contact ou de le reporter sur un autre canal. A titre d'exemple, une réponse sur une plate-forme téléphonique qui serait mal formulée ou jugée insuffisante par l'assuré induira très probablement un report sur d'autres canaux de contacts. La réitération englobera alors deux dimensions : la multiplicité de contacts due à une absence de réponse et celle de contacts suite à une réponse jugée insatisfaisante ou imprécise. Le déploiement progressif du nouvel outil de gestion de la relation client (GRC), Medialog+, rendra possible le calcul d'un tel indicateur.

Recommandation n°16 : Instituer un taux de réitération pour un même motif tout canal confondu

[109] Au regard de la complexité des dossiers de CMUC et d'ACS et de la vulnérabilité fréquente des publics bénéficiaires, la mission considère par ailleurs qu'il est souhaitable de créer un indicateur spécifique aux réitérations de démarches de ces assurés. Cet indicateur suivrait la proportion de personnes étant parvenues à constituer un dossier de CMUC ou ACS en trois contacts ou moins, tout canal confondu.

Recommandation n°17 : Créer un indicateur suivant la proportion de personnes étant parvenues à constituer un dossier de CMUC ou ACS en trois contacts ou moins, tout canal confondu

2 LA MEILLEURE PRISE EN COMPTE DU POINT DE VUE ET DE LA SITUATION DES ASSURES SOCIAUX PERMETTRA D'ACCROITRE L'EFFICACITE ET L'EFFICIENCE DE LA STRATEGIE MULTICANAL DE L'ASSURANCE MALADIE

2.1 La stratégie multicanal doit mieux prendre en compte à la fois les besoins des usagers et les problématiques d'efficience en optimisant l'orientation des assurés et en limitant la réitération[24]

2.1.1 Meilleure orientation des assurés dans l'offre multicanal et développement des services en ligne : deux voies en direction desquelles l'Assurance maladie doit intensifier ses efforts

[110] Avec le développement des nouvelles technologies, l'Assurance maladie a diversifié son offre de canaux de contact. Aux canaux traditionnels que sont l'accueil physique, le courrier et le téléphone, sont venus ces dernières années s'ajouter le compte assuré Ameli en ligne, divers sites Internet, les courriels, le site Mobile, l'application Smartphone, les bornes et les visio-guichets.

[111] La Cnamts a poursuivi entre 2010 et 2013 un développement massif de ses services en ligne. Ce développement a rencontré un succès important comme en atteste les plus de 13 millions d'assurés ayant ouvert un compte Ameli fin 2013, ce qui représente plus du tiers des affiliés. Cette facilité d'accès aux informations sur le canal web a considérablement accru la masse globale de contacts entrants pour l'Assurance maladie tous canaux confondus, dans la mesure où ces derniers ont augmenté de 67 % en cinq ans, pour passer de 138 millions de contacts annuels en 2009 à 230 millions en 2013.

Tableau 6 : Croissance du nombre total de contacts entrants de la part des assurés sociaux tous canaux confondus de l'assurance maladie

	2009	2010	2011	2012	2013
Total contacts entrants	138 314 294	160 805 476	188 782 029	208 270 569	230 771 710
Dont Internet	34 285 627	45 992 087	77 039 087	100 252 653	120 001 289
Variation annuelle entre n-1 et n		16,3%	17,4%	10,3%	10,8%
Variation annuelle pour Internet		34,1%	67,5%	30,1%	19,7%

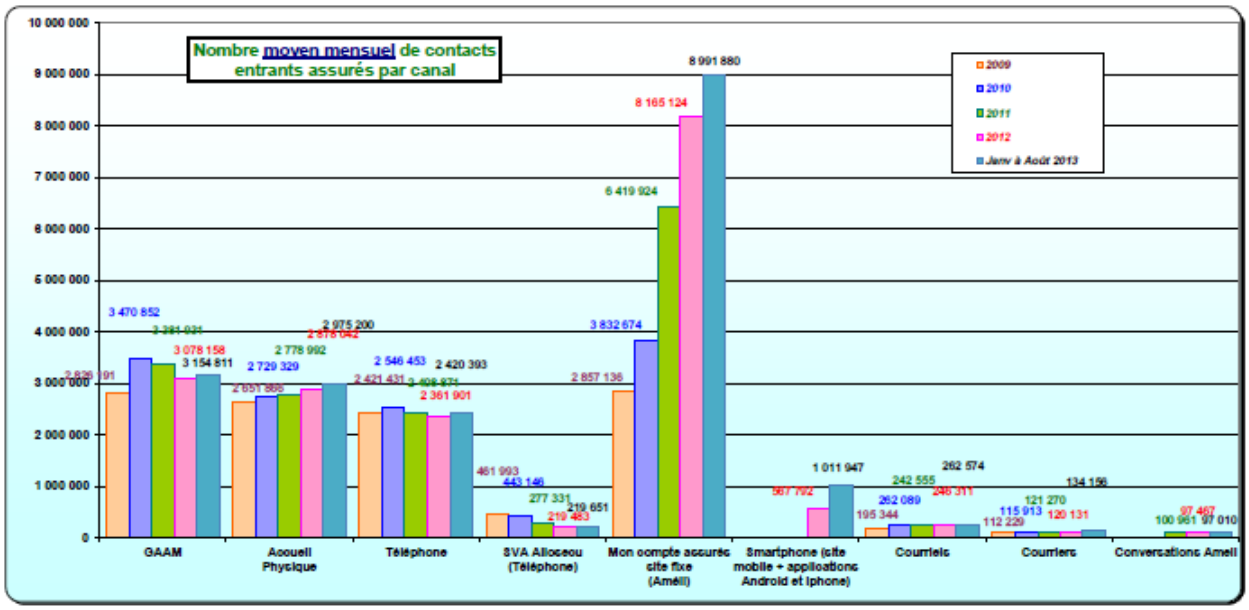
Source : Cnamts, retraitement Igas ; les données 2013 sont estimées à partir de la somme des contacts effectués entre janvier et août et d'une projection de tendance sur la fin de l'année. Note : Internet recouvre le compte Ameli, l'application Smartphone et le site Mobile, mais pas le courriel.

[112] Il n'est dès lors pas surprenant qu'actuellement, près de la moitié des contacts entrants transitent par Internet (47 % en moyenne sur la période de janvier à août 2013), alors que ce canal ne représentait qu'un quart de l'ensemble des contacts en 2009. Viennent ensuite trois blocs de contacts de poids équivalents (entre 16 et 18 %) que sont les bornes, l'accueil physique et le téléphone, dont les parts relatives ont diminué du fait du développement du compte assuré, mais dont les volumes en valeurs absolues sont relativement stables, voire parfois même en augmentation, comme par exemple pour l'accueil physique. Les autres modes de contacts sont résiduels.

[24] *Cf.* annexe n°5 « Les assures sociaux et l'offre multicanal de l'assurance maladie »

[113] Le développement des outils dématérialisés, Internet ou mobile, a connu un succès spectaculaire sur la période, comme l'illustre le graphique 1 ci-dessous, mais ne s'est en rien traduit par une diminution sur les autres modes de contacts.

Graphique 1 : Nombre moyen mensuel de contacts entrants provenant des assurés sociaux par canal entre 2009 et août 2013



Sources :
GAAM : supgaa (supervision GAAM) - (nombre total transactions)
Accueil Physique : Medialog (nombre de sollicitations)
Téléphone : Medialog (nombre de sollicitations)
Mon compte assurés (Améli) : CEN (nombre total de connexions)
Alloscou : Jet Multimedia (téléphone uniquement)
Courriels : 2009 et 2010 = Medialog (courriels uniquement) + Eptica (nombre de courriels reçus), à compter de 2011 = Eptica (nombre de courriels reçus)
Courriers : Medialog (nombre de sollicitations)
Conversations Ameli : Virtuoz (nombre de conversations)

Source : *Cnamts*

[114] Les investigations de la mission tendent à montrer le revers de la médaille de ce développement des services en ligne et de la croissance globale du nombre de contacts :

- tout d'abord, malgré quelques reports de charge vers Internet (ex. Carte européenne d'assurance maladie – CEAM, relevé IJ), on note une persistance du recours à des canaux de contacts traditionnels pour des demandes simples, voire très simples : à titre d'exemple, malgré l'arrivée des services dématérialisés, entre 2011 et 2013, le nombre d'attestations de droit demandées a continué de croître en accueil physique et n'a que peu faibli sur le canal téléphonique, sans que l'Assurance maladie soit véritablement en mesure d'expliquer ces phénomènes ;
- par ailleurs, les travaux qualitatifs menés par la mission montrent que si bon nombre d'assurés débutent leurs démarches sur Internet (ex. recherche d'informations, téléchargement d'un formulaire), il est fréquent qu'ils les poursuivent ou les achèvent sur un autre canal (ex. accueil physique ou téléphone) ;
- de plus, il existe aujourd'hui des écarts considérables quant au taux d'affiliés ayant adhéré au compte entre caisses, écart qui ne se justifie souvent pas par des différences sociodémographiques entre territoires mais qui révèlent en réalité l'investissement variable de chaque caisse pour promouvoir le compte Ameli ;

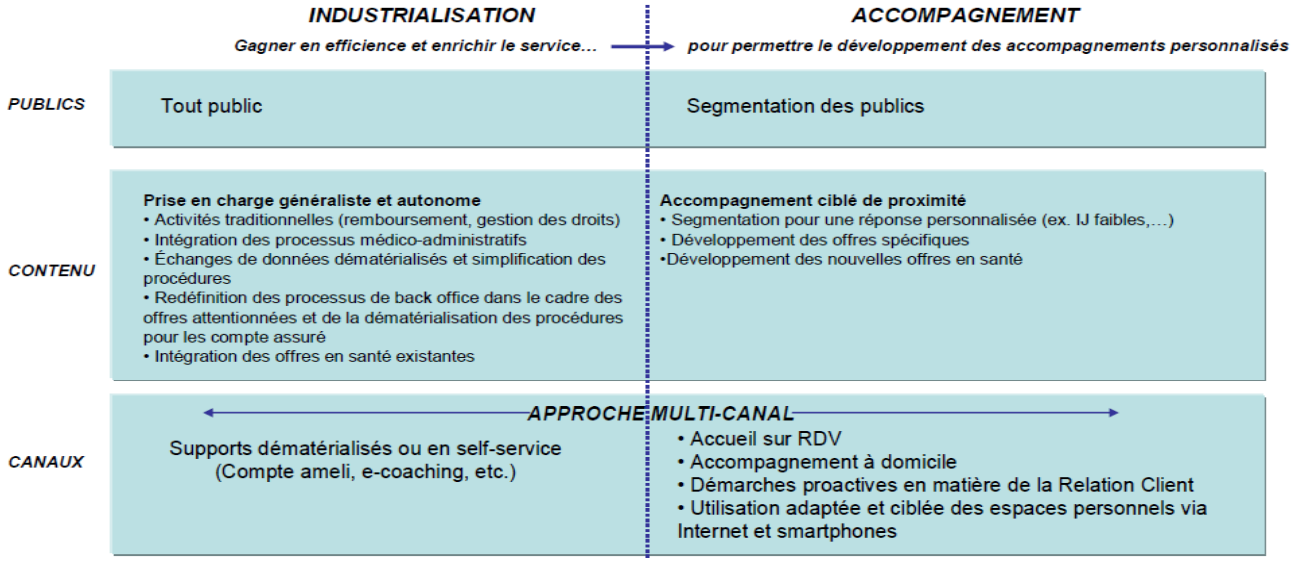
- enfin, parmi les nombreux affiliés ayant déjà ouvert un compte, certains affiliés n'en font presque aucune utilisation, ce qui montre la nécessité de ne pas s'intéresser uniquement au nombre d'adhésions mais aussi aux usages.

[115] S'il est indispensable que le développement des services en ligne se poursuive du fait des gains d'efficience et de qualité de service qu'il permet, il nécessitera dans les années à venir un investissement beaucoup plus fort de la part de l'Assurance maladie pour promouvoir le compte et son utilisation. La mission estime ainsi qu'une action volontariste de l'Assurance maladie devra permettre d'atteindre en 2017 un volume de 22 millions d'affiliés adhérents au compte. Pour cela, il est nécessaire que les assurés soient, plus qu'auparavant, mis au cœur de la stratégie de développement des services en ligne. C'est d'autant plus vrai que les premiers affiliés qui ont fait le choix d'adhérer au compte Ameli sont ceux qui étaient pour l'assurance maladie les moins difficiles à convaincre.

Recommandation n°18 : Intensifier les efforts pour promouvoir auprès des assurés l'ouverture d'un compte Ameli et son utilisation effective en mettant l'assuré au cœur des stratégies de développement des services en ligne et en élaborant des stratégies locales et multicanales d'accessibilité aux offres de l'Assurance maladie.

[116] La stratégie multicanal poursuivie par l'Assurance maladie consiste à orienter les demandes simples ou les publics très autonomes vers les canaux de contacts les moins coûteux, au premier rang desquels les services dématérialisés. A l'inverse, certains modes de contact, comme par exemple l'accueil sur rendez-vous, méritent d'être privilégiés pour les publics les plus précaires (ex. accueil CMUC) ou bien pour les demandes les plus complexes (ex. invalidité). Le graphique ci-dessous illustre ce balancement.

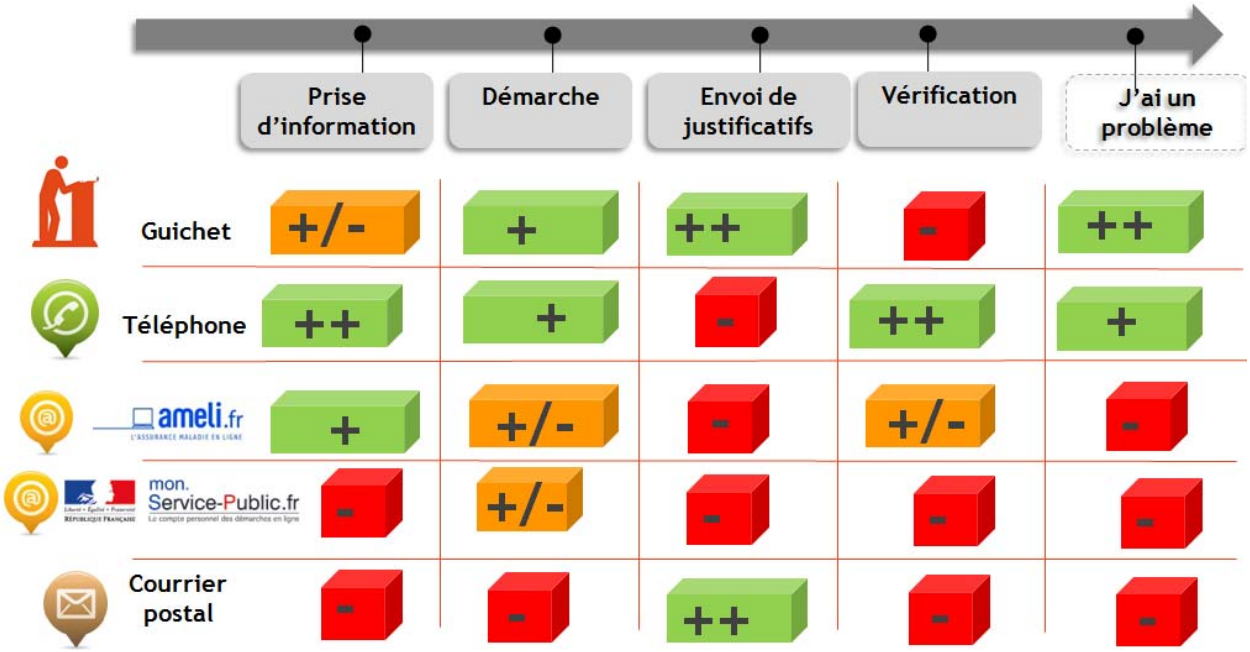
Schéma 2 : La stratégie multicanal de services de l'Assurance maladie



Source : *Cnamts.*

[117] Les travaux qualitatifs menés par la mission en lien avec le SGMAP (voir encadré 1) conduisent cependant à montrer les limites d'un tel raisonnement consistant à penser que les assurés sociaux utilisent tel canal de contacts pour tel type de demande (ex. Internet pour une demande simple *vs*. l'accueil physique pour une demande complexe). Dans les faits, les assurés sociaux naviguent de façon constante entre tous les canaux de contacts qui s'offrent à eux en fonction des démarches qu'ils ont à effectuer et de l'expérience antérieure qu'ils ont eue. Leur orientation dépend en grande partie de la perception qu'ils ont de ce que permet de réaliser de façon plus ou moins pratique, plus ou moins sécurisée et plus ou moins personnalisée chaque canal de contacts (*cf*. graphique ci-dessous). A titre d'exemple, alors qu'Internet et le téléphone paraissent très pratiques pour de la prise d'informations, les services dématérialisés ne sont pas perçus très positivement pour mener effectivement ses démarches, le téléphone et l'accueil physique leur étant privilégiés.

Schéma 3 : Perception de l'intérêt de chaque canal de contacts par les assurés effectuant des démarches pour signaler leur changement d'adresse



Source : *SGMAP.*

[118] Afin de mener à bien sa stratégie multicanal, plusieurs actions méritent dès lors d'être mises en œuvre par l'Assurance maladie :

- parvenir à maintenir sur les canaux dématérialisés les assurés qui entament leur démarche (*cf*. prise d'information) sur ce canal ;
- associer les usagers à toutes les étapes de la création de nouveaux services dématérialisés (*cf*. objectivation du besoin, tests d'ergonomie, évaluation quantitative et qualitative systématique des résultats auprès des utilisateurs) ;
- établir une cartographie croisant l'offre de services et l'offre de contacts en identifiant les canaux vers lesquels il est préférable d'orienter les assurés ayant un fort degré d'autonomie et/ou des demandes simples ;
- systématiser les offres sur rebonds pour les demandes d'affiliés jugés autonomes ne passant pas par le bon canal,

- s'appuyer sur la stratégie des *nudges*[25] afin d'influencer le comportement des assurés ;
- rendre obligatoire l'élaboration par chaque caisse d'une stratégie locale et multicanal d'accessibilité à ses services suivant l'exemple actuellement suivi par la CNAF ;
- promouvoir une meilleure connaissance du compte Ameli et de ses fonctionnalités auprès des agents de front office des caisses ;
- expérimenter la fermeture de certains canaux pour certaines demandes (ex. attestation de droits en guichet) afin d'en évaluer l'impact auprès des assurés.

[119] La mission a par ailleurs identifié un certain nombre de points de vigilance auxquels l'assurance maladie et la DSS doivent porter une attention particulière.

[120] Le premier concerne le développement de la politique de rendez-vous. Si cette option de contacts est positive pour les assurés qui en bénéficient dans la mesure où elle leur évite un délai d'attente en accueil et qu'elle permet une prise en charge plus globale et plus personnalisée de leur situation, il faut avoir à l'esprit que ce mode de contacts est potentiellement coûteux pour les CPAM s'il n'est pas correctement maîtrisé. En effet, il faut s'assurer que ce mode de contacts ne génère pas des pertes d'efficience, ce qui constitue aujourd'hui un risque non négligeable. Plusieurs alertes méritent donc d'être faites ici :

- tout d'abord, l'Assurance maladie doit mettre en place des actions pour limiter l'absentéisme des assurés aux rendez-vous, notamment par un pilotage optimisé des délais entre la prise du rendez-vous et le rendez-vous lui-même[26] et par la mise en place de rappel (par courriel ou SMS) pour les situations où un risque d'absence est préalablement identifié (public précaire, prestation dont l'assuré ne perçoit pas clairement l'intérêt pour lui) ; la mission a ainsi constaté que, pour certaines situations à fort risque[27], une caisse rencontrait un taux d'absentéisme pour plus de la moitié de ses rendez-vous ;
- il est aussi souhaitable de sécuriser les démarches de l'assuré en l'informant clairement dès le début de la procédure de l'ensemble des pièces qu'il doit apporter à son rendez-vous, sans quoi le rendez-vous ne permettra pas de finaliser le dossier et un autre rendez-vous devra être fixé. Les observations qualitatives de rendez-vous en CPAM par la mission tendent à montrer que ces risques d'inefficience sont à ce jour réels. Une étude menée par l'EN3S[28] a quant à elle montré que le taux de réitération induit par des pièces manquantes au moment du premier rendez-vous oscillerait entre 25 et 30 %[29].

[121] Pour ces différentes raisons, il ne paraît souhaitable à la mission que l'Assurance maladie s'oriente vers une politique du « tout rendez vous » avec une fermeture des points d'accueils ouverts et généralistes actuellement offerts aux assurés sociaux.

Recommandation n°19 : Poursuivre de façon maîtrisée le développement de la politique d'accueil sur rendez-vous afin de limiter les éventuelles pertes d'efficience dont elle pourrait être la source

---

[25] Richard H. Thaler et Cass R. Sunstein, Nudge – la méthode douce pour inspirer la bonne décision, 8 avril 2008, traduction française de l'ouvrage Nudge, Improving decisions about health, wealth and happiness. Un « nudge » signifie littéralement un « coup de pouce » et consiste en une action qui permet d'inciter les individus, sans formellement les contraindre, à effectuer par eux-mêmes des choix qu'ils n'auraient pas faits sans ce dispositif d'incitations.

[26] Des rendez-vous fixés à plus de trois semaines accroissent très nettement le risque d'absentéisme des assurés.

[27] En l'occurrence, un rendez-vous proposé aux publics bénéficiaires de l'ACS visant à les convaincre de l'intérêt de réellement recourir à une mutuelle, et ce au moyen de simulations informatiques financières et personnalisées relatives à leur propre consommation de soins dans le passé. Cet absentéisme élevé aux rendez-vous pour l'accompagnement dans le choix d'une complémentaire est cependant à contrebalancer par l'efficacité avérée du dispositif pour les assurés qui sont venus au rendez-vous : en effet, d'après les informations fournies à la mission, les personnes qui ont honoré leur rendez-vous sont presque 100 % à avoir adhéré à une complémentaire dans les deux mois suivant le rendez vous.

[28] *L'accueil des bénéficiaires de la CMUc en CPAM dix ans après la création du dispositif*, 2011, EN3S.

[29] Données collectées sur le Loiret et les Hauts-de-Seine.

[122] Un autre point de vigilance concerne le recours aux bornes automatiques. En nombre de contacts, les bornes sont le deuxième canal de contacts après le compte Ameli, preuve de l'importance de ce canal pour les assurés notamment pour les demandes simples. En l'état actuel, l'Assurance maladie manque de clarté quant à sa stratégie non seulement de développement (moyens financiers pertinents à déployer au regard des retours sur investissement attendu), mais aussi d'implantation (identification du lieu où il est le plus pertinent d'installer les bornes) : ainsi, sur la prochaine COG, le nombre de bornes actives sera en réduction par rapport à la précédente COG alors même que, d'après les informations fournies par la Cnamts et retraitées par la mission, une borne permet en moyenne l'économie d'un ETP. Les besoins avancés par la Cnamts seraient deux fois supérieurs au nombre réel de bornes qui seront finalement installées. Se pose donc la question de savoir les moyens véritablement pertinents à consacrer à cette politique. Par ailleurs, la réflexion sur leur implantation paraît elle aussi peu avancée : en particulier, la stratégie consistant à implanter les bornes non pas dans les accueils physiques (que ce soit à l'intérieur ou en façade), mais dans des lieux extérieurs (ex. hôpital, zones commerciales ou piétonnes) est quasiment inexistante à ce jour.

Recommandation n°20 : Clarifier la stratégie de développement et d'implantation des bornes automatiques

2.1.2 Réitération de contacts et besoin de réassurance : deux problématiques insuffisamment investies à ce jour par l'Assurance maladie

[123] Si la bonne orientation des assurés dans l'offre multicanal est une problématique à ce jour bien identifiée par la Cnamts, il n'en est pas de même de la problématique de la réitération de contacts de la part des assurés et des coûts financiers et humains qu'elle induit pour l'Assurance maladie. La mission déléguée n°12[30] réalisée par la Cnamts en 2012-2013 a ainsi montré le manque d'informations et d'études de l'Assurance maladie sur cette problématique, constat que les travaux de la mission confirment. Or, la réitération de contacts est soit le signe de dysfonctionnements de l'activité de back office des caisses soit l'illustration d'un besoin de réassurance de la part des assurés. Elle nécessite donc un suivi particulier aussi bien pour effectuer des économies en front office que pour améliorer la confiance des assurés et ainsi la qualité de service.

Recommandation n°21 : Faire de la prise en compte de la réitération de contacts, non seulement par canal mais surtout tous canaux confondus, un axe majeur de la qualité de service aux assurés et de l'efficience dans la COG 2014 – 2017

[124] En effet, les travaux conduits par la mission aussi bien en CPAM qu'auprès directement des assurés (cf. notamment l'encadré ci-dessous présentant les travaux qualitatifs menés en lien avec le SGMAP sur les démarches engagés par les assurés sociaux en situation de déménagement) ont montré tantôt un manque de confiance des assurés dans le traitement de leur situation par l'Assurance maladie tantôt, plus simplement, leur besoin de réassurance, les assurés n'étant pas toujours sûrs d'avoir compris les règles applicables à leur situation et/ou les démarches à effectuer. Or, ces deux phénomènes induisent de leur part des comportements non efficients. Ils les poussent à renouveler inutilement leurs démarches afin d'obtenir de nouvelles informations, compléter leur dossier, le faire avancer plus rapidement ou bien même effectuer à nouveau une demande déjà faite.

[125] Une multiplicité d'actions mérite d'être entreprise par l'Assurance maladie pour générer de la confiance chez les assurés et limiter les impacts néfastes de la réitération :

[30] Les missions déléguées sont des missions de travail adoptées par le comité national de gestion (CNG).

- mieux connaître les causes et formes de la réitération, aussi bien par la reconfiguration de l'outil de GRC Medialog que grâce à la réalisation d'études qualitatives ;
- accuser réception de tous les types de demande dont il est notoire qu'elles génèrent une forte réitération (ex. déménagement, dépôt de dossier) ;
- permettre un suivi en ligne en temps réel et indiquer un délai estimatif pour le traitement de toutes les situations ;
- donner aux assurés un historique en ligne de l'ensemble des démarches qu'ils ont effectuées avec l'Assurance maladie et ce quelque soit le canal de contacts ;
- proposer aux assurés qui sont la source de fortes réitérations un entretien physique ou téléphonique afin de réaliser un examen plus global de leur situation ;
- faire de la réitération un indicateur d'évaluation de la prochaine COG.

[126] Ces pratiques de réassurance permettront certes des gains d'efficience et une amélioration de la qualité de service, mais représentent aussi un coût pour l'Assurance maladie (ex. campagnes sortantes en masse ou égrenées par SMS, courriel, courrier ou téléphone, réorganisation du *back office* pour fournir au *front office* des informations dont il a besoin). Il est donc nécessaire de les calibrer de la manière la plus juste possible et de les professionnaliser en se centrant sur une meilleure connaissance du comportement des bénéficiaires et sur les actions qui apporteront les gains les plus forts et les plus rapides. Une analyse fine d'élasticité (cf. efforts fournis au regard des résultats obtenus) permettrait de mieux déterminer les moyens effectifs à consacrer à ces actions afin d'éviter toute perte d'efficience.

ENCADRE : Les travaux qualitatifs menés par la mission en lien avec le SGMAP sur les situations de déménagement

Une étude qualitative sur les démarches de notification de déménagement des assurés auprès de leur CPAM a été confiée à un prestataire (voir l'annexe n°6 relative à l'évaluation des situations de déménagement par le recours aux méthodes qualitatives). L'objectif de cette étude consiste à explorer plus avant la façon dont s'orientent les assurés dans l'offre multicanal pour effectuer leur démarche, les difficultés qu'ils rencontrent et les motifs pour lesquels ils réitèrent éventuellement leurs contacts. Les travaux du prestataire, fondés sur des entretiens en face-à-face, se sont tenus entre décembre 2013 et février 2014.

Malgré la simplicité apparente de cette démarche pour laquelle *a priori* un seul contact est nécessaire[31], l'étude met en lumière le fait que bon nombre d'assurés effectuent une telle démarche en au moins trois contacts, quelques cas extrêmes atteignant presque la dizaine de contacts. Si Internet est largement utilisé par les assurés sociaux, en particulier pour la prise initiale d'information, ces derniers sont nombreux à préférer se reporter sur un autre canal de contacts (accueil physique ou téléphone) pour effectuer leur déclaration. En effet, la confiance des assurés soit dans la fiabilité du compte Ameli ou bien dans leurs propres compétences vis-à-vis des nouvelles technologies les incitent à ne pas effectuer leur démarche par ce canal.

Les principaux constats établis par l'étude sont les suivants :

- tout d'abord, malgré des informations sur Internet apparemment faciles d'accès, les procédures sont mal connues et peu maîtrisées par les assurés ;
- les informations connexes au déménagement (ex changement de médecin de traitant ou de RIB) ne sont pas toujours identifiées par les assurés ;
- il est fréquent que ces derniers reçoivent des informations contradictoires de la part de l'assurance maladie d'un contact à l'autre, voire parfois non conformes (ex. demande d'un justificatif de domicile, demande à l'assuré de renvoi à sa caisse de la carte vitale).

Les deux principaux apports de l'étude consistent à identifier les leviers pour limiter la réitération de contacts, qui est source d'inefficience pour l'assurance maladie, et de spécifier les actions à mener pour orienter ou maintenir les assurés sur le canal Internet.

[31] Pour signaler un changement d'adresse, l'assuré a uniquement besoin de transmettre à sa caisse son NIR, son ancienne et sa nouvelle adresse.

2.1.3 Ces évolutions requièrent de restructurer l'écoute clients dans une logique multicanal[32]

[127] La Cnamts a déployé un dispositif d'écoute clients, révisé en 2011, dont les principes sont définis dans la lettre-réseau LR-DDO-138/2011. Ce dispositif national est décliné pour chaque type de public : les assurés sociaux, les PS ainsi que les employeurs et les utilisateurs des services sociaux. La mission s'est focalisée ici sur la population des assurés sociaux.

[128] Par « écoute clients », la Cnamts fait essentiellement référence aux enquêtes annuelles de satisfaction, qui, pour les assurés sociaux, sont réalisées depuis 1999. La mission a volontairement adopté une acception plus large pour mettre en lumière l'ensemble des démarches mises en place par l'Assurance maladie dans le but :

- d'identifier ses assurés sociaux ;
- de mieux comprendre les motifs d'interaction des assurés avec les CPAM ;
- de déterminer les facteurs générateurs de satisfaction et d'insatisfaction ;
- de définir les attentes des assurés sociaux.

2.1.3.1 L'outil actuel de gestion de la relation client ne permet qu'une analyse frustre des motifs de contact

[129] Les motifs de contacts sont recensés dans l'outil de gestion de la relation client (GRC) dénommé Medialog. La version actuelle de Medialog retrace les contacts réalisés en accueil physique, par téléphone et partiellement par courriel *via* des requêtes spécifiques (requêtes Quid) et l'outil informatique Eptica. La prochaine version de l'outil GRC, Medialog +, actuellement en cours de développement, permettra une plus grande exhaustivité dans le retraçage des contacts.

[130] En l'état, l'outil présente quelques limites dans la mesure où ni la Cnamts ni les CPAM ne réalisent, de leur propre initiative, d'audit sur les modalités d'enregistrement des motifs dans la base, et ne retracent pas tous les contacts qui s'effectuent par Internet, Smartphone ou bornes automatiques.

[131] L'arborescence actuelle en super-motifs, motifs et sous-motifs confère certes une grande précision, mais l'enregistrement du motif est essentiellement le fait d'une appréciation subjective du conseiller. Lors d'un entretien avec la Cnaf, les responsables de la qualité de service et du pôle statistiques ont mentionné le risque non négligeable d'inscription d'un motif par défaut totalement déconnecté du réel motif, notamment par manque de temps, phénomène aussi décrit par Pôle emploi. Il n'y aucune raison de penser que ce risque ne s'applique pas également à l'Assurance maladie. Or, rien n'est fait à ce jour pour en mesurer l'ampleur et apporter d'éventuelles actions préventives ou correctrices.

[132] Un autre écueil plus fondamental dans l'analyse des motifs réside dans l'impossibilité de dissocier le motif principal d'un contact des éventuels motifs secondaires si l'assuré a émis différentes demandes lors d'un même contact. Parmi les CPAM visitées par la mission, une CPAM a pris le parti d'inscrire uniquement le motif principal ayant donné lieu au contact. Cette limite de l'outil Medialog est d'autant plus problématique qu'il n'est pas aujourd'hui possible de connaître a posteriori la part de démarche mono-motif et multi-motif. La mission n'a pas eu d'informations permettant d'avoir la garantie que le prochain outil Medialog+ ne présenterait pas lui aussi cet inconvénient, qui entrave fortement l'analyse et la compréhension des motifs de contacts.

[32] *Cf.* annexe n°7 « Écoute clients des assurés sociaux de l'Assurance maladie »

2.1.3.2 Le développement d'une stratégie multicanal efficace requiert de structurer un département « écoute clients » aux compétences élargies

[133] Le positionnement de l'écoute clients doit évoluer vers une dimension plus stratégique et notamment en lien avec la stratégie multicanal développée par la Cnamts. Les actions actuellement menées entrant dans le champ de ce qu'il est convenu d'appeler l'écoute clients sont aujourd'hui éclatées dans différents services : national ou local, direction métiers (ex. canaux dématérialisés ou canaux de contacts historiques), direction de la qualité, direction de la communication[33]. Cela emporte comme conséquence que la portée réelle de l'écoute clients se réduit essentiellement à la communication.

[134] Or l'écoute clients doit jouer un rôle plus fondamental qu'un simple vecteur de communication et être à l'origine des politiques stratégiques menées par l'Assurance maladie, du choix des nouveaux développements de nouveaux services, de la fermeture d'autres services et des actions menées pour agir sur les comportements des assurés et les orienter plus efficacement dans l'offre multicanal.

[135] La mesure de la qualité du service produit faite par la Cnamts et son réseau est nécessaire car elle oriente les stratégies organisationnelles, mais elle ne s'appuie pas suffisamment sur une stratégie, à définir clairement en amont, d'amélioration de la satisfaction ou de limitation de l'insatisfaction et d'identification des leviers opérationnels pour agir sur ces deux volets.

[136] Ainsi, les efforts réalisés par la Cnamts au moyen de graphiques fondés sur des méthodes d'analyse des données permettant d'identifier les points forts et faibles de chaque caisse vont dans la bonne direction, mais ils sont très insuffisants, d'autant plus que la mission a constaté leur faible impact sur le terrain comme levier d'action.

[137] L'analyse de la vision client appelle des compétences particulières, en sociologie, psychologie, statistique et marketing, couplées à une bonne connaissance du terrain. La Cnamts doit renforcer ces compétences à la fois en son siège et dans son réseau et mieux les structurer dans une logique client globale et non une logique cloisonnée par canal ou par type de demande. Cette évolution doit s'accompagner d'un rôle d'appui plus fort et plus structuré de la Cnamts vis-à-vis de son réseau afin de lui donner plus d'outils adéquats pour mener une démarche d'écoute clients plus professionnalisée.

[138] La mise en place du système de management intégré (SMI)[34] doit dès lors être l'occasion de valoriser davantage l'écoute client en créant un service spécifique traitant de manière cohérente et globale les comportements, les perceptions et les attentes des assurés sociaux.

[139] Une professionnalisation encore plus forte des métiers de la relation client, avec notamment le développement d'une fonction marketing au sein de la Cnamts et du réseau[35], devrait permettre d'améliorer la connaissance des assurés pour définir les cibles, adapter les offres de service et les mettre en œuvre efficacement.

---

[33] A titre d'exemple, les études menées au niveau du siège sont fragmentées en différents acteurs : l'enquête de satisfaction globale est pilotée par le département de la promotion de la qualité, les enquêtes en sortie de service (c'est-à-dire par canal de contacts) sont dispersés dans chaque direction en charge de chaque canal de contacts (ex. le département en charge du « Programme 1 », c'est-à-dire les services dématérialisés, s'occupent spécifiquement des enquêtes concernant les services web) et la direction de la communication a plus spécifiquement la charge financières d'études plus qualitatives (ex. une étude est prévue auprès des assurés sur l'orientation dans l'offre multicanal et la réitération de contacts).

[34] Le système de management intégré est en cours de développement par la Cnamts à horizon fin 2014. L'objectif est de cibler davantage les processus métiers sur une logique de performance.

[35] Sous le préalable de l'évaluation du processus « marketing opérationnel et offres de services » de la comptabilité analytique.

[140] Au sein de la Cnamts, un département marketing centralisant des compétences aujourd'hui dispersées dans différentes directions opérationnelles (en fonction des compétences de chacune) permettrait d'accompagner de façon plus efficace la stratégie multicanal développée par ailleurs par la Cnamts. Au regard des moyens importants aujourd'hui déployés dans les différents services, la mission considère qu'il n'est pas nécessaire d'accroître les effectifs, mais qu'il faut réunir des compétences spécialisées et professionnelles dans une même équipe. L'enjeu n'est pas une problématique de moyens supplémentaires mais celui de leur restructuration, de leur professionnalisation et de leur bon usage. La Cnamts n'y a pas à ce jour été fortement incitée dans la mesure où elle n'évolue pas dans un environnement concurrentiel. Cependant, le renforcement des impératifs d'efficience auquel elle fait face est une incitation à le faire, dans la mesure où, une connaissance qualitative plus fine du comportement des assurés permettra une meilleure efficience de l'action de l'assurance maladie. Il est de la responsabilité de la DSS de jouer ce rôle d'aiguillon.

Recommandation n°22 : Structurer un département « écoute clients » à la Cnamts réunissant des compétences variées (cf. marketing, statistique, sociologie, connaissance métiers) et élargies (cf. approche par canaux et multicanal)

[141] Cette création permettra de renforcer le dialogue entre les directions du siège, mais aussi entre le siège et son réseau.

2.2 La Cnamts doit renforcer la robustesse et la fiabilité des données issues de son écoute clients

[142] Dans une logique d'amélioration de la qualité de service et un renforcement de la vision client proposé par la mission, l'écoute clients doit prendre une place plus fondamentale auprès de la Cnamts et de son réseau et être le véhicule principal d'informations à des fins stratégiques.

L'annexe relative à l'écoute clients des assurés sociaux par l'assurance maladie présente de manière plus détaillée ces démarches.

2.2.1 Une enquête nationale de mesure de la satisfaction riche mais à professionnaliser

[143] Comme mentionné précédemment, la mission propose un changement de paradigme du suivi de la qualité de service dans la COG fondé sur la qualité perçue. Cette dernière est appréhendée au travers de l'enquête de satisfaction. La pertinence de ce suivi dépend alors de la fiabilité de l'enquête développée par l'Assurance maladie.

[144] L'enquête, telle que réalisée actuellement, est d'une richesse d'informations incontestable à partir d'un échantillon de taille élevé (plus de 70 000 répondants), mais ces informations sont d'une portée limitée compte tenu de sérieux écueils méthodologiques dans la conception et l'exploitation de l'enquête.

[145] En particulier, la mission a constaté sur les données de l'enquête de satisfaction des assurés sociaux de 2012 plusieurs limites auxquelles la Cnamts devra remédier afin d'obtenir des résultats fiables :

- une échelle de satisfaction asymétrique : quatre modalités définissent l'échelle de satisfaction – très satisfait, assez satisfait, peu satisfait et pas du tout satisfait, mais, si le dénombrement pair (c'est-à-dire donner la possibilité au répondant de choisir entre un nombre pair de modalités de réponse) a l'avantage d'encourager l'assuré à émettre une opinion, la modalité « assez satisfait » constitue davantage une valeur par défaut qu'une véritable expression de satisfaction. Il n'est dès lors pas surprenant de constater que cette modalité regroupe systématiquement une majorité considérable des réponses ;

- une absence de contrôle de la représentativité des résultats : la Cnamts ne corrige pas le biais de participation. En effet, sur plus de 300 000 questionnaires d'enquête envoyés, la Cnamts n'en reçoit en réponse qu'un peu plus de 70 000. Or, les répondants ont un profil distinct de celui de l'échantillon initial des usagers ayant eu récemment une consommation de soins. A titre d'exemple, la proportion de personnes âgées répondant à l'enquête (près des deux tiers des répondants ont plus de 50 ans) surestime nettement leur poids relatif par rapport à ce que cette catégorie d'âge représente réellement, que l'on compare à la population totale (48 % selon l'Insee en 2013) ou à la population des bénéficiaires de l'Assurance maladie (43 % selon la définition basée sur le RNIAM). Cette population est par ailleurs relativement plus satisfaite de la qualité de service des CPAM que les populations plus jeunes[36], ce qui tend à surestimer le niveau réel de satisfaction des assurés. C'est aussi une population qui a à la fois moins recours aux nouvelles technologies et plus d'appétence pour les accueils physiques, ce qui dans les deux cas biaise la perception de la satisfaction concernant ces modes de contact ;
- un biais de non-réponse partielle non corrigé : seuls 7 % des assurés ont répondu à l'ensemble des questions qui les concernaient sur l'ensemble du questionnaire. L'absence de correction de ce biais revient à faire l'hypothèse implicite que la répartition de la satisfaction des répondants partiels est la même que celle des personnes qui ont répondu à l'intégralité de l'enquête. Or, rien ne permet d'étayer une hypothèse aussi forte. Il y a même des raisons de penser que tel n'est pas le cas : la mission a ainsi pu constater que, concernant la satisfaction globale exprimée dans l'enquête, c'est-à-dire en dehors de toute considération de canal de contacts ou de demande particulière, les répondants partiels sont plus rarement très satisfaits que les personnes qui ont répondu à l'intégralité de l'enquête (18,3 % contre 22,2 %) ;
- des incohérences dans les réponses, qu'il convient de traiter statistiquement : à titre d'illustration, près de 13 % des répondants à l'enquête déclarent en première page du questionnaire ne pas avoir contacté l'Assurance maladie pour une réclamation au cours des six derniers mois, puis indiquent en troisième page un motif de réclamation. Ils sont encore plus nombreux à exprimer une satisfaction vis-à-vis du traitement de leur dernière réclamation, alors même qu'ils disent pour certains ne pas avoir contacté leur CPAM à ce titre et n'ont pas inscrit un motif de réclamation ;
- des erreurs dans la saisie informatique des données : la base comporte quelques doublons d'individus mais ce phénomène reste négligeable.

[146] Conséquemment à toutes ces limites qui affaiblissent la fiabilité des résultats de l'enquête, la mission recommande à la Cnamts d'appliquer dès la prochaine vague d'enquête les précautions méthodologiques adéquates et de professionnaliser l'exploitation de ses enquêtes, au moyen de plusieurs actions :

- modifier les modalités de réponse du questionnaire concernant l'échelle de satisfaction ;
- changer le mode d'administration de l'enquête (passer de l'envoi papier à un entretien par téléphone par exemple) pour améliorer le taux de participation et améliorer la fiabilité et la cohérence des données ; dans l'absolu, avoir une base d'individus plus réduite mais mieux suivie en termes d'informations quantitatives et qualitatives serait préférable.
- appliquer une méthode de repondération pour rendre l'enquête représentative et donc statistiquement pertinente ;
- appliquer un redressement de la non-réponse partielle. Le changement de mode d'administration de l'enquête permettra déjà de diminuer cette non-réponse ;
- être plus vigilant lors de la saisie informatique des données : pas de doublons, cohérence des résultats, pas de réponse incompatible avec le questionnaire.

[36] A titre d'exemple, les 25-29 ans sont 11,3 % à déclarer être « très satisfaits » quand parmi les 65-69 ans ils sont 26,6 % et même plus de 30 % pour les plus de 70 ans.

Recommandation n°23 : Professionnaliser les enquêtes de satisfaction menées par l'assurance maladie

[147] Par ailleurs, l'enquête de satisfaction de la Cnamts n'inclut pas, au-delà des variables sociodémographiques standards, d'éléments sur le bénéfice de la CMU de base, de la CMUC ou de l'ACS, contrairement à ce que fait par ailleurs la Cnaf avec ses différents types de prestations (*Cf.* annexe n°8 « Écoute clients et stratégie de contacts de la Caisse Nationale des Allocations Familiales »), ce qui permettrait pourtant d'analyser plus finement le comportement et la perception des assurés selon la typologie de la population et les raisons pour lesquelles ils sont en contact avec l'Assurance maladie. Cette approche est d'autant plus intéressante que les assurés se déplaçant en accueil physique sont souvent des publics précaires, la mesure de la satisfaction à l'égard de l'accueil aurait alors plus de sens en ciblant davantage le questionnement auprès des publics précaires.

[148] Enfin, l'enquête de satisfaction est insuffisamment exploitée par rapport à l'abondance d'informations qu'elle contient :

- cet outil donne l'impression d'être un instrument de communication externe primaire en affichant un seul résultat très agrégé, le taux de satisfaction globale vis-à-vis des CPAM, dont on ne sait aujourd'hui ce qu'il représente *in fine*, ainsi que les facteurs sous-tendant la satisfaction ou l'insatisfaction. Les corrélations de cette variable avec des variables de satisfactions relatives aux canaux de contact, au traitement des dossiers sont en effet faibles.
- l'analyse à destination de la communication interne au sein du réseau est plus étayée, mais chaque item est analysé de manière séparée.
- surtout, la Cnamts procède insuffisamment à une analyse croisée des données, qui serait pourtant plus puissante en termes d'interprétation et riche en termes d'enseignements opérationnels. Elle accorde également une attention égale/similaire aux différentes modalités de la satisfaction, mais sans analyse profonde des déterminants, alors qu'une étude plus attentive des résultats des assurés très satisfaits permettrait d'identifier les leviers d'actions pour faire converger les assurés moins satisfaits vers ce niveau de satisfaction. A l'inverse, l'analyse ciblée des assurés « pas du tout satisfaits » permettrait de mettre en évidence les points d'urgence à traiter par l'Assurance maladie pour mieux répondre aux exigences des assurés.

2.2.2 Des compléments apportés par des enquêtes nationales ou locales spécifiques à des types de canaux de contacts mais qui ne donnent pas de vision dynamique des parcours des assurés

[149] L'enquête nationale de satisfaction est complétée par des enquêtes en sortie de services nationales et locales afin d'approfondir la problématique de l'usage des différents canaux de contacts. Tout d'abord, la Cnamts incite son réseau à effectuer des enquêtes « à chaud » à l'issue d'un contact, notamment en accueil physique ou à la suite d'un contact téléphonique. Le siège initie, quant à lui, des études sur les canaux qu'il maîtrise directement, notamment le site Internet. Ainsi, en février 2010, un questionnaire auto-administré sur Internet a été proposé pour mesurer l'utilisation et la satisfaction vis-à-vis du compte ameli.fr. Il a été reconduit en mars 2012. Par ailleurs, en décembre 2011, une enquête de satisfaction au regard des contacts par courriel a été conduite.

[150] Ces enquêtes accordent une place au questionnement des assurés quant à leurs attentes. Elles sont toutefois limitées puisque focalisées sur un canal de contact en particulier et ne permettent donc pas de comprendre ce qui pourrait motiver les utilisateurs d'autres canaux, notamment des accueils physique ou téléphonique, de recourir à Internet ou au courriel.

[151] Cette approche ne donne ainsi pas de vision dynamique sur le parcours des assurés pour obtenir une réponse satisfaisante à leurs demandes en lien avec une stratégie multicanal (nombre et type de canaux utilisés, dans quel ordre, pour quelles raisons, etc.). Or, les travaux qualitatifs menés par la mission ont montré que pour une même demande, les assurés recourent à différents canaux de contacts et non à un seul. Le cloisonnement de l'analyse par canal de contacts constitue donc un frein à une bonne compréhension des comportements des assurés, et donc à la stratégie d'orientation efficiente des assurés dans l'offre multicanal que doit poursuivre la Cnamts.

[152] L'approche qualitative doit quant à elle être développée. Elle n'en est pas moins impérative dans la mesure où elle permet de descendre dans un plus grand degré de finesse et de compréhension des comportements, des perceptions et des attentes des assurés. Le lancement en cours d'une étude qualitative sur la réitération de contacts par le siège va dans le bon sens mais arrive tardivement. Une telle étude aurait dû être un préalable au lancement des travaux de la mission déléguée n°12 sur la stratégie multicanal de l'Assurance maladie.

2.2.3 Le déploiement de parcours attentionnés est positif mais pâtit d'une absence d'évaluation de ces parcours du point de vue des bénéficiaires

[153] Les besoins particuliers de certains types d'assurés sociaux ont conduit la Cnamts à promouvoir des offres de services adaptés par le biais de parcours attentionnés. Ces parcours clients visent à conseiller et informer en temps utile les usagers, et à clarifier, voire simplifier, leurs démarches administratives par un décloisonnement des services administratifs intervenant aux différents stades de la procédure dans le traitement de leur situation.

[154] L'intérêt de ces parcours attentionnés est manifeste dans la mesure où ils vont dans le sens d'une meilleure prise en compte des besoins des assurés ce qui est de nature à améliorer la qualité du service.

[155] Toutefois, aucune évaluation du point de vue des bénéficiaires n'est réellement faite *ex post* pour mesurer l'efficacité de ces dispositifs. L'évaluation du parcours déménagement réalisée dans le cadre de cette mission IGAS avec le SGMAP (*cf.* annexe n°6 relative à l'évaluation des situations de déménagement par le recours à des méthodes qualitatives) a permis de montrer que les difficultés rencontrées par les assurés en dépit de l'existence d'un parcours clients dédié sont essentiellement liées à une problématique de réassurance, et que faute d'une démarche d'évaluation fine par la Cnamts de ces mécanismes, les principales mesures utiles à une prévention de la réitération n'ont pas à ce jour été identifiées et mises en place.

[156] Les données qui intéressent actuellement la Cnamts (*cf.* part de caisses ayant mis en place les bénéficiaires ou nombre de bénéficiaires entrant dans les parcours) sont des données d'activité et de volume certes utiles pour le pilotage du réseau, mais qui, en l'absence d'une écoute clients structurée, ne permettent nullement de savoir si l'objectif d'une meilleure prise en charge des personnes est effectivement atteint grâce à la mise en place des parcours attentionnés.

[157] Nos travaux menés sur le déménagement tel qu'il est vécu par les assurés tendent à montrer que **l'évaluation des parcours du point de vue des bénéficiaires doit être systématisée afin d'en renforcer l'efficacité.**

[158] La mission relève à ce propos que le recours aux méthodes qualitatives par la Cnamts pour évaluer la pertinence de sa relation clients est à ce jour insuffisant et constitue dès lors une voie d'amélioration de la qualité de service à ne pas négliger.

Recommandation n°24 : Systématiser l'évaluation de l'efficacité des parcours attentionnés par une prise en compte accrue du point de vue des bénéficiaires, notamment au moyen de méthodes qualitatives

2.2.4 Une définition de la « réclamation » qui déforme la perception réelle des assurés sociaux

[159] Au sein des motifs de contact retracés dans l'outil de GRC figurent les réclamations gérées par les services experts et les conciliateurs. La réclamation se définit depuis 2011 comme « *une demande d'un client exprimant un mécontentement et réceptionnée par courrier ou* via *tout canal de* front office *(téléphone et courriel, accueil physique) dès lors qu'elle ne peut être traitée en direct et nécessite l'intervention d'un service expert* ». Cette définition, très administrative, crée un décalage avec la vision client de la réclamation, telle que mentionnée par ailleurs dans les enquêtes. En particulier, les prestations en nature sont certes le premier motif de réclamations du point de vue procédural, mais l'insatisfaction générée est moins élevée par rapport à d'autres motifs comme l'absence totale de réponse. En dépit des éventuelles simplifications de procédures que peut avoir la nouvelle définition de la réclamation, la mission considère que la perception de l'assuré doit primer.

Recommandation n°25 : Revenir à une définition de la réclamation recouvrant uniquement la perception de l'usager

[160] Cela permettra par ailleurs une homogénéisation des définitions avec d'autres opérateurs de service public comme par exemple la CNAF, qui définit bien la réclamation du point de vue de l'usager uniquement.

Frédéric SALAS Ihssane SLIMANI HOUTI

Jérôme VERONNEAU Bruno VINCENT

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation
1	Fixer dans la COG un objectif global d'atteinte de chaque indicateur d'objectif par un nombre minimal de caisses afin de garantir une homogénéité du service sur le territoire
2	Inclure une définition claire et précise de tous les indicateurs dans la COG empêchant des modifications de périmètre ou de calcul non conventionnelles
3	Poursuivre le projet de refonte de la comptabilité analytique de la Cnamts pour obtenir des données plus fiables
4	Evaluer le processus de la comptabilité analytique « marketing opérationnel et offres de services »
5	Développer la capacité de la Cnamts à identifier les déterminants des différentiels de coûts unitaire des processus de la relation clients pour définir précisément les marges de progression en termes de réduction des écarts de coûts unitaires
6	Suivre à l'échelle de chaque caisse un taux de non-recours par prestation.
7	Expérimenter la mise en place de conseiller référent pour l'accompagnement des publics considérés comme les plus fragiles
8	Se fonder par défaut sur le revenu fiscal de référence pour apprécier les plafonds de ressources ouvrant droit au bénéfice de la CMUC et de l'ACS
9	Appliquer la disposition de la loi de 1999 ouvrant de droit la CMUC aux bénéficiaires du RMI/RSA en faisant par défaut gérer la part complémentaire par l'assurance maladie sauf demande contraire de l'assuré.
10	Ouvrir les droits à la CMUC au premier jour de la demande
11	Privilégier dans la COG les indicateurs relatifs à la qualité de service perçue plutôt que ceux relatifs à la qualité du service rendu
12	Préférer la mesure de la très haute satisfaction des usagers (réponse « très satisfaits ») à la simple satisfaction (agrégation des réponses « satisfait » et « très satisfait »)
13	Suivre le délai de paiement des IJ du 9ème décile
14	Instaurer un mécanisme expérimental d'acompte provisionnel d'IJ pour les dossiers complexes
15	Mettre en place un objectif de signature de convention dans lesquels les employeurs s'engagent sur le délai d'envoi des attestations de salaires et des déclaration d'arrêts de travail, dématérialisées ou papier, en ciblant ceux d'entre eux ayant le délais les plus longs
16	Instituer un taux de réitération pour un même motif tout canal confondu
17	Créer un indicateur suivant la proportion de personnes étant parvenues à constituer un dossier de CMUC ou ACS en trois contacts ou moins, tout canal confondu
18	Intensifier les efforts pour promouvoir auprès des assurés l'ouverture d'un compte Ameli et son utilisation effective en mettant l'assuré au cœur des stratégies de développement des services en ligne et en élaborant des stratégies locales et multicanales d'accessibilité aux offres de l'Assurance maladie.

19	Poursuivre de façon maîtrisée le développement de la politique d'accueil sur rendez-vous afin de limiter les éventuelles pertes d'efficience dont elle pourrait être la source
20	Clarifier la stratégie de développement et d'implantation des bornes automatiques
21	Faire de la prise en compte de la réitération de contacts, non seulement par canal mais surtout tous canaux confondus, un axe majeur de la qualité de service aux assurés et de l'efficience dans la COG 2014 – 2017
22	Structurer un département « écoute clients » à la Cnamts réunissant des compétences variées (cf. marketing, statistique, sociologie, connaissance métiers) et élargies (cf. approche par canaux et multicanal)
23	Professionnaliser les enquêtes de satisfaction menées par l'assurance maladie
24	Systématiser l'évaluation de l'efficacité des parcours attentionnés par une prise en compte accrue du point de vue des bénéficiaires, notamment au moyen de méthodes qualitatives
25	Revenir à une définition de la réclamation recouvrant uniquement la perception de l'usager

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Direction de la Sécurité Sociale

- Thomas FATOME : directeur
- François GODINEAU : chef de service
- Laurent GALLET : sous directeur de la gestion et des systèmes d'information de sécurité sociale
- Sonia BAUDRY : cheffe du bureau 4D gestion de la performance du service public
- Cédric PARIS : chef du bureau 4A gestion comptable et budgétaire
- Béatrice ROLLAND : ajointe à la mission gestion et coordination du risque
- Abraham HAMZAWI : chef du bureau 4C systèmes d'information

Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale (MNC)

- Olivier SELMATI : chef de la MNC
- Magali BOU : chargée de mission audit
- Hélène WHITECHURCH : chargé de mission
- Philippe MALLET : chargé de mission

Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique

- Nicolas CONSO : chef du service Innovation
- Françoise WAINTROP : cheffe de la Mission Méthodes d'écoute et d'Innovation
- Laure BONNEVAL : cheffe de projet études et sondages au sein de la mission Méthodes d'écoute et d'Innovation
- Nicolas BENAZET : chef du pôle relation de service au sein du service Innovation
- Caroline BAKRA : cheffe de projet au sein du pôle relation de service

Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés

- Frédéric Van ROEKEGHEM : directeur général
- Mathilde LIGNOT LELOUP : directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
- Olivier de CADEVILLE : directeur délégué aux opérations
- Dominique POLTON : directrice de la stratégie, des études et des statistiques
- Yves BUEY : directeur des systèmes d'information
- David XARDEL : directeur de l'organisation, de la relation clients et de la qualité
- Vincent MAGINOT : responsable du département optimisation des processus
- Thomas THURIN : responsable des canaux de contacts au département optimisation des processus
- Anne LEFEVRE GAGNARD : responsable de la division relation clients et gestion des bénéficiaires
- Pierre PEIX : directeur de la direction réseau administratif et de la contractualisation au sein de la direction déléguée aux opérations

- Florence SALAGNAC : responsable du département pilotage de la performance du réseau
- Pascal GRIMAULT : adjoint du département pilotage de la performance du réseau
- Véronique DUMAS : attachée de direction au cabinet de la direction déléguée aux opérations
- Eric JOUIN : contrôleur de gestion à la direction déléguée aux opérations
- Nadine AGOSTI : responsable du département promotion de la qualité
- Sandrine LORNE : sous directeur responsable du département maîtrise d'ouvrage et outils du service
- Franck FLEURI : chef de projet MOA de la GRC analytique au département maîtrise d'ouvrage et outils du service
- Françoise GRISETI : cheffe de projet outil de la relation client (rattachée à la caisse de l'Isère)
- Geneviève CHAPUIS : directrice de la communication
- François MEURISSE : directeur de la direction de la conciliation

Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Val-de-Marne

- Gilles FILIBERTI : directeur
- Brigitte SOURMAIL : directrice de cabinet, en charge de l'accès aux droits et de la promotion de la santé
- Colette OLLIER : directrice financière et de la communication
- Laurence BERGIER : directrice de la gestion du risque et de la lutte contre la fraude
- Jean-Charles GILLET : directeur adjoint développement et ressources
- Eve-Marie BEZACIER : directrice qualité : développement durable et informatique
- Amélie COL : chargée de mission auprès du directeur
- Philippe DUFRENE : responsable du département organisation et informatique
- Eric PAVY : directeur de la relation client et des prestations
- Sopha DANG : responsable du processus Gestion des bénéficiaires et coordinatrice du pôle accès aux droits
- Marie-Hélène BANGUIO : correspondante relation client
- Muriel ETHEVE : cadre de proximité en accueil

CPAM de l'Artois

- Jean-Luc BOCQUET : directeur
- Jean-Luc LOTTEGIER : directeur de la relation aux assurés
- Sylvie TAQUET : responsable du service aux assurés
- Christel DELOURME : responsable de la PFS
- Jean-Luc LEMIERE : responsable du budget et du contrôle de gestion
- Pierre HORVATH : responsable de l'accueil sur Lens
- Janique SOKOLOWSKI : responsable de l'accueil sur Arras
- Patricia DELBECQ : conciliatrice et responsable de l'action sanitaire et sociale
- Martine LEPREUX : téléconseillère Eptica
- Madame TOURTELOT : déléguée sociale

CPAM de la Sarthe

- Jean-Joseph ROBINEAU : directeur
- Maud BOSSER : directrice adjointe
- Philippe LATOURNERIE : directeur financier
- Jean-Luc WITVITZKY : directeur des prestations
- Emmanuelle BOUCHER : responsable du département relation de service
- Anita LE-BLEVEC : responsable du département études et gestion
- Mathieu RICHER : responsable du service marketing et multimédia
- Elodie DUPONT : chargée de marketing et responsable écoute client : pilote du processus réclamations
- Christine TROADEC : responsable du service prestations en espèces
- Chantal LEGER : responsable du pôle professionnel de santé
- Jean-Luc WITVITZKY : directeur des prestations
- Nathalie PIRON : responsable du pôle Assurés
- Monsieur CUBEAU : animateur d'équipe à l'accueil

CPAM du Gard

- Christian FATOUX : directeur
- Aurélie BONCHE : directrice adjointe
- Paul CLEREN : agent comptable
- Michel SABOURET : contrôle de gestion
- Aurore CROUZET : responsable du département Prestations et Accueil
- Lionel CORDILLAC : responsable de l'accueil sur le site de Nîmes et pilote du processus accueil
- Anne-Laure HERMAND : responsable de la gestion des bénéficiaires « volet assurés » : pilote du processus écoute client
- Christophe REMY : responsable adjoint du département Prestations et Accueil
- Annie CAUSSE : conseillère
- Madame SASTRES : conseillère

Pôle Emploi

- Audrey PEROCHEAU : directrice Organisation du travail et canaux de délivrance des services

Caisse nationale d'allocations familiales

- Yves HIRRIEN : responsable du département Développement de la qualité de service
- Bernard PELAMOURGUES : responsable du pôle de statistiques de gestion et d'action sociale

Personnalité qualifiée

- Dominique GIORGI, inspecteur général des affaires sociales

SIGLES UTILISES

AAT	Avis d'arrêt de travail
ACS	Aide à la complémentaire santé
ALD	Affection de longue durée
AMD	Aide Médicale Départementale
AME	Aide Médicale d'Etat
AMELI	Assurance maladie en ligne
ANPE	Agence Nationale Pour l'Emploi
API	Allocation de Parent Isolé
ASSEDIC	Association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
AT-MP	Accident du travail – Maladie professionnelle
BDO	Base de données des bénéficiaires
BIT	Bureau International du Travail
BNC	Bibliothèque Nationale des Courriers
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CEAM	Carte européenne d'assurance maladie
CES	Centre d'examen de santé
CESU	Chèque Emploi-Service Universel
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CLOE	Courrier Local Orienté Editique
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaires
CNAF	Caisse national d'allocations familiales
Cnamts	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAVTS	Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés
CNCESU	Centre National du Chèque Emploi-Service Universel
CNG	Comité national de gestion

CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COG	Convention d'objectifs et de gestion
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPG	Contrat pluriannuel de gestion
CREDOC	Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie
CSP	Catégorie socioprofessionnelle
CSS	Code de la sécurité sociale
CTI	Centre de Traitement Informatique
DAT	Déclaration d'Arrêt de Travail
DATAR	Délégation interministérielle à l'Aménagement du Territoire et à l'Attractivité Régionale
DC	Direction de la Communication de la Cnamts
DDO	Direction Déléguée aux Opérations de la Cnamts
DOM	Département d'Outre-Mer
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRSM	Direction Régionale du Service Médical
DSIJ	Déclaration de salaires pour les indemnités journalières
DSN	Déclaration sociale nominative
DSP	Délégation de Service Public
DSS	Direction de la sécurité sociale
EDI	Echange de données informatisé
ELSM	Echelon local du service médical
EN3S	Ecole Nationale Supérieure de la Sécurité Sociale
ERASME	Extraction, Recherche, Analyse, Suivi Médico-Economique
ETP	Equivalent temps plein
FNASS	Fonds National d'Action Sanitaire et Social
FSE	Feuille de soins électronique
GAAM	Guichet Automatique de l'Assurance Maladie
GDR	Gestion du risque
GOA	Gestion Opérationnelle des Activités

GRC	Gestion de la relation client
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IJ	Indemnité journalière
INES	Modèle de micro-simulation de l'INsee et DreES
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
LR	Lettre réseau
MNC	Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale
MSA	Mutualité sociale agricole
MSP	Maison de Service Public
NIR	Numéro d'inscription au répertoire
NPAI	N'habite pas à l'adresse indiquée
OMAR	Outil de Micro-simulation pour l'Analyse des Restes à charge
PAJE	Prestation d'Accueil du Jeune Enfant
PE	Prestations en espèces
PFS	Plate-forme de service
PLANIR	Plan d'action pluriannuel relatif au non-recours, aux incompréhensions et aux ruptures
PLFSS	Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
PN	Prestations en nature
PS	Professionnel de santé
PSE	Protocole de soins électronique
RH	Ressources Humaines
RIB	Relevé d'identité bancaire
RMI	Revenu minimum d'insertion
RNIAM	Répertoire National Interrégimes des bénéficiaires de l'Assurance Maladie
RSA	Revenu de solidarité active
RSI	Régime Sociale des Indépendants
RSP	Réseau de Service Public
SGMAP	Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique
SIAM	Système d'information de l'assurance maladie

SLM	Section Locale Mutualiste
SMI	Système de management intégré
SMIC	Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance
SMS	Short Message Service
SNIIRAM	Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie
SNS	Stratégie nationale de santé

REPONSE CNAMTS

SÉCURITÉ SOCIALE
l'Assurance Maladie
Caisse Nationale
Le Directeur Général

Date : 26 MAI 2014

Monsieur Pierre BOISSIER
Chef de l'Inspection générale des affaires sociales
39-43 quai André Citroën
75739 PARIS CEDEX 15

N/Réf. : DIR-CABDIR-D-2014- 3395

Objet : Rapport provisoire sur « la qualité de service aux usagers de l'Assurance Maladie »

Monsieur le Chef de l'Inspection,

Je vous remercie de nous avoir adressé le rapport provisoire sur « la qualité de service aux usagers de l'Assurance Maladie » établis par Frédéric SALAS, Jérôme VERRONEAU, Bruno VINCENT et Ihssane SLIMANI HOUTI.

En effet, à l'instar du rapport provisoire sur l'évaluation de la gestion du risque maladie, les recommandations proposées par l'inspection générale pourront enrichir utilement les travaux techniques en cours entre l'Etat et l'Assurance Maladie, notamment dans la définition des indicateurs qui seront retenus dans le cadre du suivi de la qualité de service de l'Assurance Maladie.

Comme l'a noté la mission, l'Assurance Maladie a confirmé sa capacité à maintenir dans la durée un service de base performant et de qualité tout en modernisant son offre de service. A cet égard, la promotion du compte assuré a produit des résultats importants puisque le nombre d'assurés adhérents a dépassé les 14.5 millions et atteindra fin 2014, 15.5 millions pour 120 millions de contacts par an. Un des principaux enjeux de la prochaine période COG sera ainsi pour l'Assurance Maladie de développer une stratégie multicanal tant au niveau des outils disponibles (fiche client, base de données multicanal, outils de contacts sortants) que de la connaissance des comportements des assurés pour améliorer leur recours aux différents canaux de contacts.

En revanche, la proposition de la mission de privilégier, voire de substituer, dans la future COG les indicateurs relatifs à la qualité de service perçue plutôt que ceux relatifs à la qualité du service rendu me semble prématurée. En effet, la COG et les CPG comprennent déjà des indicateurs de qualité perçue au travers du taux de satisfaction des assurés, des professionnels de santé et des employeurs.

Bien évidemment, des améliorations peuvent être apportées à la fois sur la méthodologie de l'enquête ainsi que sur la fixation des objectifs fixés aux organismes. A cet égard, la prise en compte spécifique des « très satisfaits » a été intégrée dans les objectifs assignés aux caisses pour 2014. De la même façon, l'Assurance Maladie renforcera au cours de la prochaine COG ses dispositifs d'écoute de ses

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
50, avenue du Professeur André Lemierre - 75986 Paris Cedex 20
Tél. : 01 72 60 10 00 - Fax : 01 72 60 10 10 - www.ameli.fr

publics pour mieux répondre à toutes les dimensions de la boucle d'amélioration continue de la qualité.

Du reste, si le rapport indique que la CNAMTS *« peut se prévaloir d'un bilan satisfaisant »* quant aux objectifs qui lui ont été fixés, certains objectifs restent à améliorer (délai de paiement IJ, taux de décroché des PFS) ou demandent un investissement constant pour être maîtrisés (taux d'usagers reçus en moins de 20 minutes, taux de FSE/EDI, taux d'assurés sans droits, ...). Le maintien d'indicateurs objectifs de qualité m'apparaît donc nécessaire dans la COG et dans les CPG qui en découlent, notamment comme leviers de mobilisation des organismes du réseau.

Par ailleurs, la mission relève des écarts de coûts unitaires importants entre caisses primaires sur les différents canaux de contact. Comme la CNAMTS vous l'a indiqué, la comptabilité analytique de l'Assurance maladie a été construite historiquement autour des « processus » et non autour des « produits ». Cette modalité de construction sur les « processus » rend dès lors plus complexe l'analyse des écarts entre organismes sur le coût de revient des unités d'oeuvre dans la mesure où sa détermination n'existe pas nativement dans la comptabilité analytique de l'Assurance Maladie.

Ainsi, pour évaluer le coût unitaire de l'accueil téléphonique, la mission a comparé le coût budgétaire de gestion de la totalité des appels reçus au seul volume d'appel reçus en niveau 1 sur les plates-formes de service. De la même façon, les pratiques relatives au dénombrement des courriers reçus dans l'outil Medialog peuvent être différentes d'une caisse à l'autre, expliquant ainsi en partie les écarts de coûts.

C'est la raison pour laquelle la CNAMTS a initié un projet de refonte de sa comptabilité analytique pour lui permettre de mesure finement le coût de chaque unité d'œuvre et poursuivre les actions de réduction des écarts qu'elle a d'ores et déjà engagées sur un certain nombre de processus.

Vous trouverez enfin en annexe un certain nombre d'observations sur les autres recommandations établies par la mission.

Je vous prie d'agréer Monsieur le Chef de l'Inspection, l'expression de ma considération distinguée.

Frédéric van ROEKEGHEM

Observations de la CNAMTS sur le rapport provisoire relatif à la qualité de service aux usagers de l'Assurance Maladie

- **<u>Recommandation n°1</u> : Fixer dans la COG un objectif global d'atteinte de chaque indicateur d'objectif par un nombre minimal de caisses afin de garantir une homogénéité du service sur le territoire**

La CNAMTS reconnaît l'intérêt de cette proposition mais souhaite aller au-delà afin de garantir davantage une qualité homogène du service de base sur l'ensemble du réseau. A cet égard, le déploiement du dispositif d'entraide (PHARE) sur les services fondamentaux (accueil téléphonique, versement 1ère IJ, versement PN) prévue sur la prochaine période COG, vise précisément à répondre collectivement à cet objectif.

- **<u>Recommandation n°2</u> : Inclure une définition claire et précise de tous les indicateurs dans la COG empêchant des modifications de périmètre ou de calcul non conventionnelles**

La CNAMTS partage l'analyse de la mission IGAS et souhaite également que les indicateurs de la prochaine COG soient davantage explicités. Il convient toutefois de noter que ce travail de documentation est plus difficile sur les nouveaux projets qui sont élaborés au cours de la COG elle-même.

- **<u>Recommandation n°3</u> : Poursuivre le projet de refonte de la comptabilité analytique de la CNAMTS pour obtenir des données plus fiables**

La CNAMTS estime que ce n'est pas tant la fiabilité de sa comptabilité analytique qui doit être améliorée que sa capacité à descendre plus finement dans le coût de traitement des différentes unités d'œuvre des processus métier. En effet, la comptabilité analytique de l'Assurance maladie a été construite historiquement autour des « processus » et non autour des « produits ». Cette modalité de construction sur les « processus » rend dès lors plus complexe l'analyse des écarts entre organismes sur le coût de revient des « produit » dans la mesure où sa détermination n'existe pas nativement dans la comptabilité analytique de l'Assurance Maladie.

- **<u>Recommandation n°5</u> : Développer la capacité de la CNAMTS à identifier les déterminants des différentiels de coûts unitaire des processus de la relation clients pour définir précisément les marges de progression en termes de réduction des écarts de coûts unitaires**

Comme indiqué précédemment, la CNAMTS partage la recommandation de la mission IGAS sur la nécessité de mieux mesurer les déterminants des coûts unitaires des différents services rendus. Cette dimension sera amplifiée lors de l'actualisation du schéma directeur du contrôle de gestion au cours de la prochaine COG.

- **<u>Recommandation n°7</u> : Expérimenter la mise en place de conseiller référent pour l'accompagnement des publics considérés comme les plus fragiles**

Certaines caisses (ex. : Artois) expérimentent d'ores et déjà cette démarche qui permet un premier niveau immédiat de prise en charge sociale. Cependant, au-delà de l'articulation à trouver avec le service social, une généralisation de cette démarche est étroitement liée aux moyens qui seront alloués à l'Assurance Maladie par l'Etat au cours de la prochaine COG.

- **<u>Recommandation n°8</u> : Se fonder par défaut sur le revenu fiscal de référence pour apprécier les plafonds de ressources ouvrant droit au bénéfice de la CMUC et de l'ACS.**

Comme les rapporteurs le soulignent, la CNAMTS porte depuis longtemps le projet d'évolution de la base de référence utilisée pour l'examen des ressources au profit de l'année fiscale, dans un souci à la fois de simplification pour les assurés dans la constitution de leurs dossiers de demandes, et de gains de gestion pour les organismes. Afin de tenir compte des changements de situations économiques intervenues entre l'exercice de référence et la date de la demande, un mécanisme de rattrapage pourrait être envisagé pour tenir compte des situations de perte d'emploi par exemple, ou lors du passage au RSA.

- **<u>Recommandation n°9</u> : Appliquer la disposition de la loi de 1999 ouvrant de droit la CMU-C aux bénéficiaires du RMI/RSA en faisant par défaut gérer la part complémentaire par l'assurance maladie sauf demande contraire de l'assuré.**

Les bénéficiaires de la CMU-C choisissent dans 86% des cas leur caisse d'assurance maladie pour la gestion de la part complémentaire. Pour la catégorie des bénéficiaires du RSA socle, le taux peut être estimé à 91,5% (taux mesuré pour la catégorie des bénéficiaires de la CMU de base couverts par la CMUC et bénéficiant du RSA socle). Si la proposition de la mission peut effectivement accélérer l'ouverture de la CMU-C, les modalités doivent toutefois être précisément étudiées pour éviter de créer de nouvelles pesanteurs administratives (délai accordé au bénéficiaire pour formuler une demande contraire, gestion des assurés déjà couverts par un organisme complémentaire…).

- **<u>Recommandation n°10</u> : Ouvrir les droits à la CMU-C au premier jour de la demande.**

La CNAMTS rappelle à la mission que des dispositions permettent aujourd'hui d'ouvrir des droits de façon immédiate, notamment pour :

- les situations d'urgence

La circulaire DSS 2A 99/701 du 17 décembre 1999 prévoit l'attribution immédiate de la CMU-C en cas de soins immédiats ou programmés ou lorsque la situation sociale des demandeurs nécessite un accès aux soins sans délais. Lorsque le demandeur séjournant dans l'établissement de santé n'est pas en mesure de déposer sa demande de CMU-C, l'établissement établit le formulaire pour le compte de l'assuré et le transmet dans les plus brefs délais à la CPAM.

- Les demandeurs et bénéficiaires du RSA socle

La circulaire interministérielle DSS/2A/2009/181 du 30 juin 2009 relative à la couverture maladie des demandeurs et bénéficiaires du RSA rappelle que non seulement les bénéficiaires mais également les demandeurs de RSA dont les ressources sont a priori inférieures au montant forfaitaire du RSA bénéficient de la CMU-C dans les meilleurs délais. A ce titre, les demandeurs de RSA, dont les ressources sont a priori inférieures au montant forfaitaire du RSA, doivent pouvoir bénéficier immédiatement de la CMU-C, sur la base de la présomption de conditions d'accès (résidence et ressources) posée par l'article L.861-2 du code de la sécurité sociale. Le droit prend alors effet au premier jour du mois du dépôt de la demande. A noter que le renouvellement du droit intervient à compter du lendemain de la date d'échéance initiale.

- **<u>Recommandation n°13</u> : Suivre le délai de paiement des IJ du 9ème décile**

La COG 2010-1013 a vu l'indicateur sur le délai de paiement des IJ fondé sur le délai moyen alors qu'il était axé sur le 9ème décile lors de la COG précédente.

Cette évolution, en rendant l'objectif plus accessible aux caisses, a permis de créer une dynamique favorisant une amélioration significative du résultat et donc du service rendu aux assurés. Le maintien de cet objectif permettra de maintenir la mobilisation du réseau pour atteindre les 30 jours (objectif non encore atteint). La contrepartie est d'auditer les pratiques pour rester vigilant concernant les IJ payées plus tardivement.

- **<u>Recommandation n°14</u> : Instaurer un mécanisme expérimental d'acompte provisionnel d'IJ pour les dossiers complexes**

La mise en œuvre d'acomptes prévisionnels d'IJ peut être envisagée dans des cas très précis pour prévenir certaines situations de rupture. Le conseil de la CNAMTS l'a d'ailleurs souligné dans ses orientations pour la prochaine COG. Son usage doit être clairement délimité au regard de la complexité des opérations de reprise des IJ en liquidation définitive.

- **<u>Recommandation n°15</u> : Mettre en place un objectif de signature de convention dans lesquels les employeurs s'engagent sur le délai d'envoi des attestations de salaires et des déclaration d'arrêts de travail, dématérialisées ou papier, en ciblant ceux d'entre eux ayant le délais les plus longs**

A ce-jour l'objectif est de faire adhérer le plus grand nombre d'employeurs aux mécanismes de dématérialisation d'envoi des éléments de salaire pour leur faciliter la tâche et obtenir un retour rapide d'informations.

- **<u>Recommandation n°16</u> : Instituer un taux de réitération pour un même motif tout canal confondu**
- **<u>Recommandation n°17</u> : Créer un indicateur suivant la proportion de personnes étant parvenues à constituer un dossier de CMUC ou ACS en trois contacts ou moins, tout canal confondu**

La CNAMTS souscrit à ces deux propositions d'indicateurs mais ne pourra les suivre qu'à compter de l'exercice 2016 à l'occasion du déploiement de l'outil de suivi des contacts multicanal.

- **<u>Recommandation n°21</u> : Faire de la prise en compte de la réitération de contacts, non seulement par canal mais surtout tous canaux confondus, un axe majeur de la qualité de service aux assurés et de l'efficience dans la COG 2014 – 2017**

L'Assurance Maladie s'attachera au cours de la prochaine COG à développer les dispositifs de réassurance pour éviter précisément les réitérations de contacts. A ce titre, des informations sur l'état d'avancement du traitement des dossiers IJ seront progressivement mises en ligne sur le compte assuré :

- information sur la réception de l'avis d'arrêt de travail en 2014 ;
- information sur la réception des éléments de salaire (DSIJ) et information sur le paiement en 2015.

- **<u>Recommandation n°24</u> : Systématiser l'évaluation de l'efficacité des parcours attentionnés par une prise en compte accrue du point de vue des bénéficiaires, notamment au moyen de méthodes qualitatives**

Une évaluation qualitative serait intéressante mais relativement coûteuse à mettre en œuvre. C'est pourquoi si la CNAMTS souscrit à cette proposition, elle devra en limiter la mise en œuvre à quelques parcours.

REPONSE DE LA MISSION

[161] La mission prend acte des observations de la CNAMTS ainsi que de l'absence de remarque de la DSS. La mission maintient son souhait de voir monter en puissance les indicateurs de satisfaction mesurée au travers de la qualité perçue par l'usager.

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Inspection générale
des affaires sociales

La qualité de service aux usagers de l'Assurance maladie : contribution au bilan de la COG 2010-2013 de la Cnamts et à la future convention

RAPPORT DEFINITIF
ANNEXES

Établi par

Frédéric SALAS
Membre de l'IGAS

Ihssane SLIMANI HOUTI
Administratrice stagiaire de l'INSEE

Jérôme VERONNEAU
Membre de l'IGAS

Bruno VINCENT
Membre de l'IGAS

- Juin 2014 -

2013-164R

Sommaire

ANNEXE 1 : EVALUATION DES INDICATEURS COG « AXE SERVICE » 5

ANNEXE 2 : LES COUTS DE GESTION DE LA RELATION CLIENTS 101

ANNEXE 3 : PUBLICS FRAGILES 133

ANNEXE 4 : L'AMELIORATION DU SERVICE RENDU EN TERMES DE VERSEMENT DES INDEMNITES JOURNALIERES 151

ANNEXE 5 : LES ASSURES SOCIAUX ET L'OFFRE MULTICANAL DE L'ASSURANCE MALADIE 169

ANNEXE 6 : L'EVALUATION DES SITUATIONS DE DEMENAGEMENT PAR LE RECOURS AUX METHODES QUALITATIVES 249

ANNEXE 7: ÉCOUTE CLIENTS DES ASSURES SOCIAUX DE L'ASSURANCE MALADIE 351

ANNEXE 8 : ÉCOUTE CLIENTS ET STRATEGIE DE CONTACTS DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF) 411

ANNEXE 9 : LA STRATEGIE MULTICANAL DE POLE EMPLOI 433

ANNEXE 1 : EVALUATION DES INDICATEURS COG « AXE SERVICE »

Sommaire

ANNEXE 1 : EVALUATION DES INDICATEURS COG « AXE SERVICE » 5

1 UNE AUGMENTATION DES « INDICATEURS COG », UNE COUVERTURE SATISFAISANTE DE LA PROBLEMATIQUE DE LA QUALITE DE SERVICE 13

1.1 La COG est au sommet d'un système contractuel tourné vers l'amélioration de la performance 13

1.2 La qualité de service dans la COG retient une approche par catégories d'usagers et par canal 14

1.3 Le dispositif de suivi de la COG repose sur des tableaux de suivi des engagements et un système d'indicateurs définis conventionnellement 15

1.3.1 Un suivi des engagements au moyen de tableaux tenus par la CNAMTS 15

1.3.2 Le suivi de la COG au travers des indicateurs 16

1.4 La déclinaison de la qualité de service dans les contrats pluriannuels de gestion 18

1.4.1 L'architecture des CPG n'est pas identique à celle de la COG 18

1.4.2 Une similarité forte entre les indicateurs CPG et COG en début de période conventionnelle 19

1.4.3 Une similarité moindre entre les indicateurs CPG et COG en fin de période conventionnelle 20

1.5 La hausse du nombre d'indicateurs s'accompagne fréquemment d'une dégradation des objectifs 23

2 DES RESULTATS APPAREMMENT POSITIFS MAIS LE CALCUL DE CERTAINS INDICATEURS CRITIQUABLE 24

2.1 Un bilan positif en apparence 24

2.2 Un bilan effectif plus contrasté 26

2.2.1 Des indicateurs aménagés pour rendre les objectifs plus facilement atteignables 26

2.2.2 Des modes de décompte parfois peu rigoureux 26

3 LES INDICATEURS DE LA COG 2014-2017 DEVRAIENT ETRE RECENTRES SUR LA QUALITE DE SERVICE PERÇUE PAR LES USAGERS 26

3.1 Les éléments structurants : stabiliser le nombre d'indicateurs et les recentrer sur la satisfaction des usagers 27

3.1.1 Le nombre des indicateurs de l'axe service de la future COG ne doit pas augmenter 27

3.1.2 Renforcer la place de la qualité de service perçue au moyen d'une robustesse accrue de la mesure des taux de satisfaction 27

3.1.3 Créer un indicateur suivant le taux de dématérialisation des procédures de la CNAMTS en remplacement des indicateurs dédiés à des procédures spécifiques 30

3.1.4 Adopter une démarche multi-canal et introduire la thématique de la réitération 30

3.1.5 Renforcer l'homogénéité sur le territoire de la qualité de service aux usagers 31

3.2 Tableau résumé des indicateurs 31

3.3 Proposition de la mission pour chaque indicateur 33

3.3.1 Taux de courriels traités en moins de 48h ouvrées 33

3.3.2 Taux d'appels aboutis 33

3.3.3 Délai d'attente à l'accueil 34

3.3.4 Taux de réclamations traitées en moins de 21 jours 35

3.3.5 Taux de FSE et EDI dans les feuilles de soins 35

3.3.6 Délai de remboursement des FSE 35

3.3.7 Taux de mise en œuvre des parcours attentionnés 36

3.3.8 Taux de fiabilité des paiements PN et PE 36

3.3.9 Délai moyen de règlement de la première IJ non subrogée 36
3.3.10 Taux d'assurés satisfaits ou très satisfaits 36
3.3.11 Taux de certification des bénéficiaires (assurés et ayants droits) 37
3.3.12 Délai moyen de délivrance de la carte vitale 37
3.3.13 Nombre d'adhérents au compte assuré 38
3.3.14 Accueil multi-niveaux 38
3.3.15 Taux des assurés dont les droits sont à justifier 38
3.3.16 Taux de montée en charge des services PSE et AAT 38
3.3.17 Nombre de PS adhérents à AMELI PS 38
3.3.18 Nombre de PS adhérents à Espace Pro 39
3.3.19 Taux de satisfaction des professionnels de santé 39
3.3.20 Taux de satisfaction des employeurs 39
3.3.21 Taux des déclarations de salaires en ligne pour le paiement des indemnités journalières (DSIJ) 40

PIECE JOINTE : SUIVI DSS DES INDICATEURS COG CNAMTS 41

INDICATEUR D'OBJECTIF N°1 : TAUX DE COURRIELS TRAITES EN MOINS DE 48H OUVREES 45

1 DEFINITION DE L'INDICATEUR 45

2 RESULTATS 46

2.1 Résultats nationaux 46

2.2 Résultats par caisse 46

2.2.1 Année 2011 46
2.2.2 Année 2012 47
2.2.3 Année 2013 47

3 CONCLUSION 48

INDICATEUR D'OBJECTIF N°2 : TAUX D'APPELS ABOUTIS 49

1 DEFINITION DE L'INDICATEUR 49

2 RESULTATS 49

3 FONCTIONNEMENT 51

4 CONCLUSION 51

INDICATEUR D'OBJECTIF N°3 : TAUX D'USAGERS REÇUS EN MOINS DE 20 MINUTES DANS LES ACCUEILS PHYSIQUES 53

1 DEFINITION DE L'INDICATEUR 53

2 LES INSUFFISANCES DE L'INDICATEUR 53

3 RESULTATS 54

4 CONCLUSION 55

INDICATEUR D'OBJECTIF N°4 : RECLAMATIONS TRAITEES EN 21 JOURS MAXIMUM 57

1 DEFINITION DE L'INDICATEUR 57

2 RESULTATS 58

3 ANALYSE CRITIQUE DE L'INDICATEUR 59

4 CONCLUSION 61

INDICATEUR D'OBJECTIF N°5 : TAUX DE FSE ET EDI DANS L'ENSEMBLE DES FEUILLES DE SOINS 62

1 NATURE DE L'INDICATEUR 62

2 CONCLUSION 63

INDICATEUR D'OBJECTIF N°6 : DELAI DE REMBOURSEMENT DES FSE ASSURES POUR LE 9EME DECILE 64

1 DEFINITION DE L'INDICATEUR 64

2 CONCLUSION 64

INDICATEUR D'OBJECTIF N°7 : TAUX DE MISE EN ŒUVRE DES PARCOURS ATTENTIONNES 65

1 DEFINITION DE L'INDICATEUR 65

2 RESULTATS 66

3 CONCLUSION 68

INDICATEUR D'OBJECTIF N°8 : TAUX DE FIABILITE DU PAIEMENT DES PRESTATIONS EN NATURE ET EN ESPECES 69

1 NATURE DE L'INDICATEUR 69

2 DEFINITION ET CALCUL DE L'INDICATEUR 69

3 CONCLUSION 70

INDICATEUR D'OBJECTIF N°9 : DELAI DE PAIEMENT DES INDEMNITES JOURNALIERES 71

1 DEFINITION DE L'INDICATEUR 71

2 PRECISIONS METHODOLOGIQUES 71

3 RESULTATS 72

4 CONCLUSION 75

INDICATEUR D'OBJECTIF N°10 : TAUX DE SATISFACTION DES ASSURES 76

1 DEFINITION DE L'INDICATEUR 76

2 RESULTATS 78

3 REMARQUES SUR LA METHODOLOGIE D'ENQUETE CONDITIONNANT LES RESULTATS DE L'INDICATEUR 78

4 RECOMMANDATIONS 81

INDICATEUR D'OBJECTIF N°11 / INDICATEUR DE SUIVI N°2 : TAUX DE CERTIFICATION DES BENEFICIAIRES 82

1 DEFINITION DE L'INDICATEUR 82

2 RESULTATS 82

3 CONCLUSION 82

INDICATEUR D'OBJECTIF N°12 : DELAI MOYEN DE DELIVRANCE DE LA CARTE VITALE 84

1 NATURE DE L'INDICATEUR 84

2 RESULTATS 84

3 CONCLUSION 84

INDICATEUR D'OBJECTIF N°13 : NOMBRE D'ADHERENTS AU COMPTE ASSURE ET INDICATEUR DE SUIVI N° 3 AMELI ASSURES : NOMBRE MOYEN DE CONNEXIONS PAR ADHERENT ET PAR AN 86

1 DEFINITION DE L'INDICATEUR 86

2 RESULTATS 86

3 CONCLUSION 86

INDICATEUR DE SUIVI N°1 : TAUX DE SITES D'ACCUEIL DES SIEGES CONFORMES AUX TROIS NIVEAUX 87

1 NATURE DE L'INDICATEUR 87

2 RESULTATS 87

3 ANALYSE CRITIQUE ET CONCLUSION 87

INDICATEUR DE SUIVI N°4 : TAUX DE MONTEE EN CHARGE DES SERVICES « PROTOCOLE DE SOINS ELECTRONIQUES » (PSE) ET « AVIS D'ARRETS DE TRAVAIL » (AAT) 88

1 DEFINITION DE L'INDICATEUR 88

2 RESULTATS 89

3 CONCLUSION 89

INDICATEUR D'OBJECTIF N°14 : NOMBRE DE PROFESSIONNELS DE SANTE (PS) ADHERENTS A AMELI PS ET INDICATEUR DE SUIVI N°5 NOMBRE DE PS ADHERENTS A ESPACE PRO 91

1 DEFINITION DE L'INDICATEUR 91

2 RESULTATS 92

3 CONCLUSION 92

INDICATEUR D'OBJECTIF N°15 : TAUX DE SATISFACTION DES PROFESSIONNELS DE SANTE (PS) 93

1 DEFINITION DE L'INDICATEUR 93

2 RESULTATS 94

3 CONCLUSION 94

INDICATEUR D'OBJECTIF N°16 : TAUX DE SATISFACTION DES EMPLOYEURS 95

1 NATURE DE L'INDICATEUR 95

2 RESULTATS 96

3 CONCLUSION 96

INDICATEUR D'OBJECTIF N°17 : TAUX DES DECLARATIONS DE SALAIRES POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITES JOURNALIERES (DSIJ) 98

1 DEFINITION DE L'INDICATEUR 98

2 RESULTATS 99

3 CONCLUSION 99

[1] Cette annexe a pour objet d'évaluer les indicateurs d'objectif et de suivi afférents à l'axe service de la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2010-2013 de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). En particulier, elle examine la valeur intrinsèque des différents indicateurs, leur capacité à rendre compte de la performance de la CNAMTS en termes de qualité du service rendu à ses différents publics (assurés sociaux, professionnels de santé et employeurs) et leur cohérence d'ensemble au sein du dispositif liant la COG aux contrats pluriannuels de gestion (CPG).

[2] La mission a examiné chacun des indicateurs COG relatifs à la qualité de service identifiés dans le chapitre « Offrir à nos assurés un service de qualité et homogène sur tout le territoire » et l'annexe « Indicateurs de réalisation des objectifs » partie « Service » en prenant pour grille de lecture les fiches méthodologiques[1] de l'IGAS. Elle a rapproché ces indicateurs COG du guide de définition et de calcul des indicateurs CPG et de l'intéressement 2013 des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM), des tableaux de bord de suivi de la direction déléguée aux opérations (DDO) de la CNAMTS et du guide de définition et de calcul des indicateurs de la COG 2010-2013.

[3] Elle s'est appuyée sur le référentiel d'audit de la fiabilité des indicateurs COG de qualité de service aux assurés du régime général[2], sur les déclinaisons par indicateur qu'en a fait la mission nationale de contrôle (MNC) et sur des déplacements dans quatre CPAM : celles du Val de Marne, de la Sarthe, de l'Artois et du Gard. Elle a, lors de ces déplacements, pris connaissance des tableaux de bord de suivi des indicateurs et fait des observations directes en accueil physique, en plate-forme téléphonique et courriels de niveau 1.

1 UNE AUGMENTATION DES « INDICATEURS COG », UNE COUVERTURE SATISFAISANTE DE LA PROBLEMATIQUE DE LA QUALITE DE SERVICE

1.1 La COG est au sommet d'un système contractuel tourné vers l'amélioration de la performance

[4] La COG constitue l'étage le plus élevé de contrats déclinés ensuite entre la tête de réseau et les caisses, CPG et indicateurs d'intéressement pour la caisse, mais aussi indicateurs d'intéressement pour le directeur de l'organisme.

[5] Chacun de ces outils ne recoupe que pour partie les autres instruments, ne retenant que les indicateurs sur lesquels est portée une attention particulière mais en ajoutant aussi de nouveaux. Ainsi, le score de la part variable des directeurs retient sur la partie téléservices aux assurés les indicateurs suivants : taux d'attestations de droits téléchargés en ligne, taux d'attestations d'indemnités journalières en ligne, taux de déclarations de perte, de vol et de dysfonctionnement de la carte vitale en ligne. Si la COG aborde ces thématiques, elle ne retient pas exactement les mêmes indicateurs (*cf.* partie 3 de la présente annexe).

[6] En réaction à la multiplication des normes et des référentiels, l'Assurance maladie a entamé la construction d'un un système de management intégré (SMI) des processus associant les objectifs de qualité de service, de maîtrise des risques et d'efficience[3]. Ce système doit intégrer l'ensemble des organismes du réseau et la CNAMTS dans une démarche commune.

[1] Rapport MA du Mesnil juillet 2010.
[2] Guide méthodologique IGAS MNC juillet 2011.
[3] LR-DDO-133/2013.

[7] Les principaux objectifs de la mis en place du SMI sont de :

- produire un référentiel général spécifique à l'Assurance maladie en substitution de la norme ISO ;
- concevoir un dispositif de pilotage plus fortement tourné vers une logique de performance ;
- proposer des nouveaux référentiels de processus ;
- impliquer, outre les caisses, la CNAMTS elle-même, alors qu'elle n'était pas partie prenante des démarches de certification ISO antérieures.

[8] Pour la phase de transition 2013-2014, deux solutions ont été proposées aux organismes : le maintien dans le système de certification ISO ou la réalisation d'audits croisés.

[9] Lors de ses visites la mission a constaté une certaine incompréhension s'agissant du nouvel outil SMI même si l'orientation plus accentuée vers la performance est bien admise, ainsi qu'une absence de visibilité sur son calendrier de déploiement. Outre le faible nombre d'agents comprenant les tenants et aboutissants de la démarche, beaucoup craignent d'avoir à gérer un nouveau processus redondant, au moins partiellement, avec les anciens.

[10] La place dévolue à ce nouvel outil dans la prochaine COG constitue une problématique que devront intégrer les parties signataires.

1.2 La qualité de service dans la COG retient une approche par catégories d'usagers et par canal

[11] La qualité de service constitue le second axe de la COG ; elle est abordée au sein de la partie « Offrir à nos assurés un service homogène et de qualité sur tout le territoire ». Le titre de cette partie est libellé de façon trop restreinte puisqu'il n'évoque que les assurés, alors que ladite partie comporte des développements relatifs aux professionnels de santé (PS) et aux employeurs.

[12] L'axe « qualité de service aux usagers » compte six programmes[4] associés (*i.e.* les programmes n°8 à 13), qui correspondent approximativement à chacun des chapitres de la partie « Offrir à nos assurés un service homogène et de qualité sur tout le territoire », à l'exception du programme n°11, qui correspond à un sous-chapitre (*cf.* tableau n°1).

[13] Les programmes sont conçus selon une approche usager : le programme n°8 est transverse aux usagers de la CNAMTS ; les n°9 à 11 concernent exclusivement les assurés ; le n°12 concerne les PS ; le n°13 est relatif aux employeurs.

[14] La cohérence entre le contenu des chapitres de la COG et celui des programmes est forte sans être complète (*cf.* tableau ci-dessous), la problématique de l'homogénéité de la qualité du service rendu aux usagers étant peu abordée dans les programmes.

[4] La COG ne donne pas de définition de ce qu'est un programme, cependant leur lecture permet de constater qu'il s'agit de plans d'actions opérationnels des différentes ambitions conventionnelles.

Tableau 1 : Table de correspondance chapitre de la programmes / COG

Chapitres de la partie « Offrir à nos assurés un service homogène et de qualité sur tout le territoire » de la COG	**Programme**	**Commentaire**
Chapitre 1 : S'engager sur une offre de service accessible, homogène et de qualité sur tout le territoire	N°8 : S'engager sur une offre accessible et de qualité	Le programme 8 ne fait pas référence dans son libellé et peu dans son contenu à la notion d'homogénéité de l'offre de service
Chapitre 2 : Simplifier et fluidifier la relation avec l'assuré	N°9 : Simplifier la relation avec les assurés	Le programme 9 ne fait pas référence dans son libellé et peu dans son contenu à la notion de fluidification de la relation de l'Assurance maladie avec les assurés
Chapitre 3 : Accompagner proactivement l'assuré tout au long de sa vie par des services en santé intégrés et efficients	N°10 : Améliorer l'accompagnement de l'assuré pour garantir l'accès aux droits	Le libellé du programme n°10 est plus restrictif que celui de chapitre 3 de l'axe service de la COG. Ne sont plus visés des services de santé intégrés et efficients.
Chapitre 2.3 : Enrichir les services en ligne	N°11 : Enrichir l'offre en ligne - compte assure	Le programme n°11 est le seul de l'axe service de la COG à être calé sur un sous-chapitre.
Chapitre 4 : Assurer une relation de service de professionnel à professionnel avec les professionnels de santé	N°12 : Structurer notre relation et enrichir l'offre en ligne pour les professionnels de santé et établissements de santé	Le libellé du programme n°12 est plus précis que celui de chapitre 4 de l'axe service de la COG. En pratique, le libellé du programme n°12 correspond aux 2 sous-chapitres composant le chapitre 4 de l'axe service de la COG
Chapitre 1 : Structurer la relation avec les employeurs	N°13 : Structurer notre relation et enrichir l'offre en ligne pour les employeurs	Le libellé du programme n°13 est plus précis que celui du chapitre 5 de l'axe service de la COG. En pratique, le libellé du programme n°13 correspond aux 4 sous-chapitres composant le chapitre 5 de l'axe service de la COG

Source : Mission IGAS d'après COG CNAMTS 2010-2013

1.3 Le dispositif de suivi de la COG repose sur des tableaux de suivi des engagements et un système d'indicateurs définis conventionnellement

[15] Le suivi de la COG est réalisé au travers des programmes. Sont suivis la réalisation des engagements de la CNAMTS (pas ceux de l'Etat), et les indicateurs de suivi et d'objectif appariés aux programmes, arrêtés dans la COG.

1.3.1 Un suivi des engagements au moyen de tableaux tenus par la CNAMTS

[16] Les engagements de la CNAMTS sont suivis au même titre que les indicateurs, sous la forme de tableaux indiquant si les projets sont réalisés ou non, et en distinguant parmi les engagements ceux qui couvrent toute la période conventionnelle de ceux qui sont réalisés par étape.

[17] Les tableaux, qui sont par ailleurs précis, ne consolident pas le nombre et le taux d'engagement atteints pour les objectifs ne faisant par l'objet d'un indicateur d'objectif ou de suivi. Cette consolidation serait cependant possible à partir des tableaux déjà existants.

[18] Ni l'Etat ni la CNAMTS ne suivent les engagements de l'Etat.

1.3.2 Le suivi de la COG au travers des indicateurs

1.3.2.1 Un nombre croissant d'indicateurs

[19] La COG distingue deux catégories d'indicateurs : des indicateurs de suivi ; des indicateurs de résultats ou encore de réalisation des objectifs[5]. En pratique, les indicateurs de suivi sont des indicateurs de moyens pour de nouveaux dispositifs permettant ainsi de donner une vision de leur montée en charge, alors que les indicateurs d'objectif suivent des dispositifs plus matures.

[20] Contrairement aux indicateurs d'objectif, les cibles associées aux indicateurs de suivi ne sont pas arrêtées dans la COG, mais définies par la CNAMTS postérieurement à la signature du document conventionnel. Aussi, la CNAMTS ne s'engage, en termes de cible à atteindre, que sur les seuls indicateurs d'objectifs. Cette configuration interroge quant à la pertinence de fixer des indicateurs de suivi dans la COG, document par nature bilatéral.

[21] En revanche, cette distinction n'a pas de portée pratique en termes de suivi des deux catégories d'indicateurs.

[22] La COG 2006-2009 comptait 45 indicateurs (34 indicateurs d'objectif et 11 indicateurs de suivi), dont 18 indicateurs au sein de l'axe « service » (12 indicateurs d'objectif et 6 indicateurs de suivi).

[23] La COG 2010-2013 a retenu un nombre plus élevé d'indicateurs (59 indicateurs), qui se traduit par :

- un accroissement du nombre d'indicateurs d'objectif (45 au lieu de 34), mais qui représentent toujours environ 76% des indicateurs ;
- une augmentation du nombre d'indicateurs de suivi (14 au lieu de 11), représentant 24% des indicateurs ;
- pour l'axe service un nombre total d'indicateurs en augmentation (22 au lieu de 6), mais dont la part relative parmi l'ensemble des indicateurs est stable (37% des indicateurs au lieu de 40%) ;
- au sein de l'axe service, un accroissement du nombre et de la part des indicateurs d'objectif (17 au lieu de 12, soit 77% des indicateurs de l'axe service au lieu de 66%) et une baisse des indicateurs de suivi (5 au lieu de 6),

[24] Enfin, au sein de l'axe service, la répartition entre indicateurs d'objectif et de suivi est quasiment la même qu'au sein de la COG prise dans son ensemble.

1.3.2.2 La « couverture » par les indicateurs de la qualité du service rendu est satisfaisante

[25] La mission a cherché à déterminer si la batterie d'indicateurs de l'axe « service » de la COG couvrait, de façon pertinente, les différents aspects de la « relation client ».

[5] La terminologie retenue dans le présent rapport est celle d'indicateur d'objectif, conformément à ce qui figure dans le dictionnaire des indicateurs.

[26] Selon une approche par famille d'usagers de la CNAMTS, les indicateurs se répartissent comme suit :

- 4 sont transverses (1 indicateur de suivi, 3 indicateurs d'objectif), soit 18% ;
- 12 concernent les assurés (2 indicateurs de suivi, 10 indicateurs d'objectif), soit 55% ;
- 4 concernent les PS (2 indicateurs de suivi, 2 indicateurs d'objectif), soit 18% ;
- 2 concernent les employeurs (2 indicateurs d'objectif), soit 9%.

[27] Selon une approche par canal des relations avec la CNAMTS qui recouvrent 14 indicateurs sur les 22, la mission dénombre que :

- 3 ont trait à l'accueil physique ;
- 2 ont trait aux courriels ;
- 2 ont trait aux appels téléphoniques.
- 7 ont trait aux télé-services ;

Outre les indicateurs définis dans l'axe « service », la mission relève que dix indicateurs afférents aux autres axes de la COG (gestion des risques et efficience) peuvent relever, directement ou indirectement, de la qualité du service à l'usager.

Sur l'axe GDR, les indicateurs suivants reflètent une démarche qualité de service rendu aux assurés de l'Assurance maladie :

- taux des caisses d'Assurance maladie mettant en place des actions pour les enfants de CP en zones défavorisées (au moins 2 classes) ;
- part des personnes en précarité parmi les bénéficiaires d'offres de services dans les CES ;
- taux de bénéficiaires d'une aide complémentaire à l'ACS (dispositifs de complément à l'ACS et/ou d'effet de seuil ACS) par rapport à la population du régime général ayant un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté monétaire ;
- nombre de bénéficiaires d'une attestation ACS ;
- délai de traitement pour 90 % des dossiers CMUC ;
- délai de traitement pour 90 % des dossiers AME.

[28] Sur l'axe efficience des systèmes d'information, 4 indicateurs ont des répercussions en termes de qualité de service :

- taux de projets à gains rapides mis en œuvre dans les délais (quick wins) ;
- taux d'exécution dans les délais des programmes du SDSI sur période COG ;
- taux de disponibilité des applications de production ;
- taux de disponibilité des téléservices assurés, PS et employeurs.

[29] Sur ce point, il convient de noter que des indicateurs qui étaient considérés comme relevant de l'axe qualité de service dans la COG 2006-2009 ont été transférés dans la partie gestion des risques (GDR) de la COG 2010-2013 ; c'est le cas notamment de l'indicateur délai de traitement des dossiers CMUC, sans que la mission puisse identifier la justification et la pertinence d'une telle modification.

[30] Par conséquent, si l'on somme les indicateurs afférents de l'axe service avec ceux pouvant s'y rattacher directement ou indirectement, plus de la moitié des indicateurs de la COG relève plus ou moins directement de la qualité de service.

[31] Les indicateurs abordent donc en nombre suffisant la qualité de service. En outre, toutes les familles d'usagers sont couvertes par les indicateurs, de même que les différents canaux et principales procédures. En revanche, ils ont essentiellement trait à la performance de la CNAMTS sur un service rendu et non à la qualité du service rendu tel qu'elle est perçue par les usagers.

[32] En revanche, (*cf.* fiches détaillées), peu nombreux sont les indicateurs COG abordant directement l'homogénéité de la qualité du service rendu, qui constitue pourtant un objectif affirmée par la COG.

[33] Afin de respecter l'ordonnancement de la COG sous revue, les indicateurs de qualité de service intégrés aux axes GDR et efficience ne seront pas examinés dans la présente annexe.

1.4 La déclinaison de la qualité de service dans les contrats pluriannuels de gestion

[34] En application de l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, la mise en œuvre des COG fait l'objet de CPG entre la CNAMTS et les organismes régionaux et locaux. Les indicateurs COG sont déclinés et adaptés au réseau ; en conséquence, les indicateurs CPG ne sont pas identiques à ceux de la COG. Les objectifs CPG sont adaptés chaque année et quelques indicateurs sont individualisés. Certains objectifs ne font pas l'objet d'un suivi dans les CPG. Par exemple, l'indicateur de délai d'attente en accueil physique n'est pas repris dans les indicateurs CPG.

1.4.1 L'architecture des CPG n'est pas identique à celle de la COG

[35] Les CPG des CPAM sont, à l'instar de la COG, divisés en trois axes, mais la terminologie et le contenu diffèrent : l'axe « service » reste présent auquel on ajoute un axe « régulation » et un axe « management et pilotage ».

[36] Les CPG ne distinguent pas entre indicateurs de suivi et indicateurs d'objectif : ils ne connaissent que ces derniers. En pratique, cela signifie qu'un indicateur de suivi de la COG (qui n'engage pas la CNAMTS vis-à-vis de l'Etat) peut être un indicateur d'objectif dans les CPG (engageant ainsi les CPAM vis-à-vis de la CNAMTS).

[37] Pour évaluer globalement l'atteinte des objectifs, il est attribué à chaque partie du CPG un poids relatif aux trois axes repris de la COG : l'axe « régulation » totalise 400 points, l'axe « service » également 400 points et l'axe « management et pilotage » 200 points.

[38] L'axe « service » d'un CPG se décompose en 5 chapitres, auxquels on rajoute un chapitre relevant de la COG AT/MP, le CPG des CPAM étant le réceptacle des COG CNAMTS et AT/MP. Contrairement à la COG CNAMTS, l'architecture de l'axe « service » du CPG n'est pas bâtie autour des usagers des CPAM. Les cinq chapitres du CPG relevant de l'axe service de la COG CNAMTS sont :

- le règlement des prestations ;
- la gestion du dossier assuré ;
- l'accueil et les relations avec les publics ;
- l'offre de téléservices ;
- la satisfaction des usagers.

[39] Cette construction différente des deux documents contractuels n'emporte pas de conséquence négative identifiée par la mission.

1.4.2 Une similarité forte entre les indicateurs CPG et COG en début de période conventionnelle

[40] De même que la COG, les CPG comptent 59 indicateurs, dont 22 pour l'axe « service ». Les proportions observées dans la COG se retrouvent dans les CPG. Les indicateurs sont répartis comme suit :

- 5 indicateurs concernent le règlement des prestations ;
- 3 indicateurs concernent la gestion du dossier assuré ;
- 5 indicateurs sont afférents à l'accueil et les relations avec les publics ;
- 5 indicateurs font référence à l'offre de téléservices ;
- enfin, 4 indicateurs concernent la satisfaction des usagers ;

[41] En revanche, si les CPG comptent autant d'indicateurs que la COG, ce ne sont pas nécessairement les mêmes.

[42] En particulier, certains indicateurs COG ne sont pas présents dans les CPG, à savoir les indicateurs suivants :

- taux de sites d'accueil des sièges conformes aux 3 niveaux préconisés ;
- taux des assurés dont les droits sont à justifier ;
- nombre moyen de connexions par adhérent et par an au compte AMELI Assurés ;
- taux d'usagers reçus en moins de 20 minutes dans les accueils physiques ;
- professionnels de santé (PS) ayant adhérés à AMELI PS.

[43] *A contrario*, des indicateurs ont été créés et introduits dans les CPG, mais pas dans la COG notamment :

- taux de fiabilité des réponses téléphoniques ;
- taux de fiabilité des réponses aux courriels ;
- délai de saisie de l'arrêt de travail ;
- taux de qualité des fichiers.

[44] Par ailleurs, un indicateur COG, le taux de montée en charge des services PSE et des services avis d'arrêt de travail (AAT) dématérialisés, a donné lieu à deux indicateurs CPG distincts, à savoir :

- le taux des protocoles de soins électroniques (PSE) ;
- le taux AAT dématérialisés.

[45] Enfin, un indicateur, celui du délai de réponse aux courriels, est calculé différemment entre la COG et les CPG en raison de l'introduction par la CNAMTS de la notion de courriels de niveau 1 et de niveau 2, qui est une distinction absente de la COG.

[46] Au final, le taux d'identité entre indicateurs COG et CPG de l'axe service est de l'ordre des deux tiers.

[47] Selon une approche par famille d'usagers de la CNAMTS, les indicateurs CPG se répartissent comme suit :

- 5 sont transverses, soit 23 % (contre 18 % dans la COG) ;
- 11 concernent les assurés, soit 50 % (contre 18 % dans la COG) ;
- 4 concernent les PS, soit 18 % (*idem* COG) ;
- 2 concernent les employeurs, soit 9 % (*idem* COG).

[48] Les proportions dans les CPG sont donc à peu près celles de la COG.

[49] Toujours selon une approche par famille d'usagers de la CNAMTS, le *scoring* 2012 se réparti comme suit :

- les indicateurs transverses, représentent 70 points sur 400, soit 17 % des points ;
- les indicateurs assurés représentent 240 points sur 400, soit 60 % des points ;
- les indicateurs PS, représentent 55 points sur 400, soit 14 % des points ;
- les indicateurs employeurs, représentent 35 points sur 400, soit 9 % des points.

[50] Là encore, on n'observe pas de déformation majeure entre la COG et les CPG. On relève cependant que les PS tendent à être sous-pondérés dans les CPG par rapport à la COG. Le *scoring* qui leur est attribué est très proche de celui des employeurs, alors même que les PS sont une population d'usagers avec laquelle l'Assurance maladie a plus de relations de service.

1.4.3 Une similarité moindre entre les indicateurs CPG et COG en fin de période conventionnelle

[51] L'avenant n°2 au CPG 2010-2013 comporte des ajustements visant, sur l'axe service, à tenir compte des remarques et difficultés des caisses. Les principaux aménagements sont :

- s'agissant du règlement des prestations, la suppression de l'indicateur sur le délai de remboursement des feuilles de soins électroniques (FSE) et sur le délai de saisie des AAT ;
- concernant la gestion du dossier assuré, la suppression de l'indicateur sur le taux d'assurés sans droits ;
- dans le cadre des relations avec les publics, la suppression de l'indicateur portant sur la mise en œuvre des parcours attentionnés, ainsi que le regroupement des indicateurs de délai et de fiabilité en matière de réponse téléphonique et de réponse aux courriels ;
- du point de vue des téléservices, le remplacement de l'indicateur sur le taux d'officines utilisant Scan Ordo par un objectif sur l'outil SCOR (pharmacie et laboratoires d'analyses médicales), ainsi que le regroupement des indicateurs sur la montée en charge des téléservices destinés aux professionnels de santé ;
- enfin, le maintien d'indicateurs de satisfaction pour les seuls publics assurés et professionnels de santé.

[52] La division Pilotage de la Performance du Réseau (PPR) de la CNAMTS suit les indicateurs CPG des différentes CPAM, puis les transmet à la DDO, qui les agrège et alimente l'outil de suivi des objectifs (OSO) avec les pondérations par axe suivantes :

- 40 % pour la gestion des risques ;
- 40 % pour la qualité de service, dont 35 % pour la maladie et 5 % pour les AT/MP ;
- 20 % pour l'efficience.

Au total, entre 2010 et 2013, les indicateurs CPG sont passés de 22 à 20 indicateurs (cf. tableau 2) répartis comme suit :

- le règlement des prestations : 3 indicateurs (- 2 indicateurs) ;
- la gestion du dossier assuré : 2 indicateurs (- 1 indicateur) ;
- l'accueil et les relations avec les publics : 6 indicateurs (+ 1 indicateur) ;
- l'offre de téléservices : 6 indicateurs (+ 1 indicateur) ;
- la satisfaction des usagers : 3 indicateurs (- 1 indicateur).

[53] En fin de COG, le taux de similitude entre indicateurs COG et CPG (*cf*. tableau n°2) a baissé pour se situer à moins de 50%, les indicateurs « employeurs » disparaissant. Cette situation s'explique pour partie par l'obsolescence de certains indicateurs COG qui ont été supprimés des CPG, mais aussi par l'insertion d'indicateurs suivant de nouvelles procédures (ainsi, l'indicateur « Taux d'officines numérisant et télétransmettant les ordonnances »).

[54] La mission n'a pas identifié de conséquences négatives à cette divergence des indicateurs, les CPG continuant de décliner les priorités de l'axe service de la COG, à l'exception toutefois de celles relatives aux employeurs.

Tableau 2 : Répartition des points pour l'atteinte des objectifs du CPG en 2013

Axe Service (400 points)	**2013**
Indicateurs COG repris dans les CPG	
Le règlement des prestations (100 points)	
Taux de FSE + EDI	40 points
Délai de règlement 1ère IJ non subrogée	40 points
Fiabilité des prestations	20 points
La gestion du dossier assuré (35 points)	
Taux de réduction des dossiers en anomalie de gestion/ taux de certification des bénéficiaires (COG)	20 points
Délai moyen de délivrance de la carte vitale	15 points
L'accueil et les relations avec les publics (70 points)	
Réponse téléphonique	45 points
Gestion des courriels	25 points
L'offre de téléservices (60 points)	
Adhérents au compte assuré	30 points
Taux d'utilisation des téléservices PS (AAT, PSE, DMT)	20 points
Taux d'officines numérisant et télétransmettant les ordonnances (SCOR)	10 points
La satisfaction (85 points)	
Taux de satisfaction des assurés	35 points
Taux de satisfaction des professionnels de santé	35 points
Délai de réponse aux réclamations	15 points
Les spécificités de la branche AT/MP (dans COG AT/MP)(50 points)	
Taux de déclarations AT dématérialisées	10 points
Taux de sinistres rendus inopposables à l'employeur pour non respect du contradictoire	20 points
Taux de reprise en charge des sinistres rejetés	20 points
Indicateurs COG non repris dans les CPG	
Taux d'usagers reçus en moins de 20mn à l'accueil	X
Délai de remboursement des FSE aux assurés	X
Taux de mise en œuvre des parcours attentionnés	X

Source : CNAMTS avenant n°2 aux CPG, mise en forme de la mission

[55] Selon les scores attribués, la réponse téléphonique, c'est-à-dire le taux de décroché, apparaît la question prioritaire devant la dématérialisation et le délai de règlement de la 1ère IJ non subrogée.

[56] Sur les 400 points attribués aux CPAM en fonction de l'atteinte des objectifs de l'axe service, certains sujets traitent moins directement de l'axe relation avec les assurés. Ainsi, le taux de télétransmission comporte une connotation productive forte et influe autant, si ce n'est plus, sur la qualité du service offert que sur la qualité du service perçue par l'assuré ou le professionnel de santé.

1.5 La hausse du nombre d'indicateurs s'accompagne fréquemment d'une dégradation des objectifs

[57] Comme vu précédemment, le nombre d'indicateurs de la COG a eu tendance à s'accroître sensiblement passant de 45 sur la COG 2006-2009 à 59 sur la COG 2010-2013. Cette hausse se répercute sur l'axe service, le nombre d'indicateurs s'y référant passant de 18 à 22.

[58] Le tableau ci-dessous rapproche les indicateurs « assurés » des COG précédentes 2000-2003 et 2006-2009 de ceux de la COG 2010-2013.

Tableau 3 : Evolution des indicateurs d'objectifs « assurés » entre les COG 2000-2003, 2006-2009 et 2010-2013

		COG2010-2013	COG 2006-2009	COG 2000-2003
1	Taux de courriels traités dans les 48h ouvrées	75%		
2	Taux d'appels aboutis	90%	90%	90% en moins de 30 secondes en 2001, 95 % en 2003
3	Taux d'usagers reçus en moins de 20 mn dans les accueils physiques	85%		90% en 2001 95% en 2003
4	Taux de réclamations traitées en 21 jours	90%	90%	100% pour toutes les demandes
5	Taux de FSE EDI dans l'ensemble des feuilles de soins	92,1%	85% en 2009	
6	Délai de remboursement des FSE assurés pour le 9ème décile	7j	90% des FSE dans un délai de 7 jours	PN hors télétransmission 6 jours en 2003
7	Taux de mise en œuvre des parcours attentionnés	90% des CPAM ont mis en œuvre les 11 parcours		
8	Taux de fiabilité des paiements des PN et PE	99,30%	>98% pour les PE et moins de 2,5% rejets PN	
9	Délai de règlement de la 1ère IJ non subrogée	30 j	90% dans les 30 jours en 2009	20 jours en 2003 pour 90% des dossiers
10	Taux d'assurés assez satisfaits ou très satisfaits	80%	7,3 indice de satisfaction du client mystère	
11	Taux de certification des bénéficiaires (assurés + ayants droits)	99,50%	98% des ayants-droits	
12	Délai moyen de délivrance de la carte vitale	19 j	<ou=21 j en moyenne	
13	Nombre d'adhérents au compte assuré	11 millions		

Source : COG CNAMTS, traitement mission

[59] Pour s'en tenir aux 13 premiers indicateurs de l'axe « service », huit n'existaient pas dans la première COG, trois n'existaient pas dans la COG 2006-2009. Même en rajoutant les objectifs relatifs à l'amplitude horaire d'ouverture des accueils physiques et téléphoniques de 40h par semaine présents dans la première COG, on constate une augmentation du nombre des indicateurs au fil des années.

[60] Le tableau ci-dessus révèle à la fois la meilleure appropriation par les parties prenantes du pilotage par indicateurs, mais aussi un ajustement à la baisse des ambitions en matière de qualité de service entre la COG 2000-2003 et la COG 2010-2013 (délai d'attente de 20 minutes maximum pour 95 % des relations à l'accueil en 2003, contre 85 % pour 2013, ou encore 100 % des demandes traitées en 21 jours en 2003, contre 90 % des réclamations traitées en 21 jours en 2013).

2 DES RESULTATS APPAREMMENT POSITIFS MAIS LE CALCUL DE CERTAINS INDICATEURS CRITIQUABLE

2.1 Un bilan positif en apparence

[61] Le tableau ci-dessous récapitule, indicateur par indicateur, les résultats nationaux et ceux des CPAM sur le volet assurés, tels qu'ils sont connus et déclarés par la CNAMTS à la fin octobre 2013[6]. Les CGSS, en raison de résultats s'écartant excessivement de ceux de métropole, ont été retirés de l'analyse.

[62] Les moyennes nationales sont les moyennes transmises par la CNAMTS à la mission. Chaque moyenne est calculée sur les flux réellement observés.

[63] Les *minima* et *maxima* doivent être lus, respectivement, comme la CPAM la plus en deçà et la CPAM la plus au-delà de la cible. La médiane distribue les caisses et non les assurés. Ces *maxima* et *minima* ainsi que la médiane sont ceux de l'année 2012 en raison du caractère partiel des résultats 2013 à la date où la mission a conduit ses travaux.

[64] L'atteinte de l'objectif, calculée par rapport à l'objectif 2013, est évaluée sur les résultats provisoires de 2013. On constate toutefois que les résultats provisoires de 2013 ne vont pas dans un sens différent de ceux de l'année 2012 : quand un objectif est atteint en 2013, il l'était déjà en 2012 et lorsqu'il n'est pas atteint en 2013, il ne l'était pas non plus en 2012.

[6] La mission n'a pu obtenir le même type de données pour les PS et les employeurs.

Tableau 4 : Résultats agrégés des indicateurs de mesure de la qualité de service aux assurés

	COG objectif 2013	moyenne 2011	moyenne 2012	moyenne 2013 (p)	mini 2012	maxi 2012	médiane des caisses en 2012	objectif
Taux de courriels traités dans les 48h ouvrées	75%	79%	80%	75%	29%	90%	79%	atteint
Taux d'appels aboutis	90%	85%	87%	83%	52%	99%	91%	
Taux d'usagers reçus en moins de 20 mn dans les accueils physiques	85%	88%	89%	87%	68%	99%	92%	atteint
Taux de réclamations traitées en 21 jours	90%	88%	91%	90%	64%	100%	96%	atteint
Taux de FSE EDI dans l'ensemble des feuilles de soins	92,1%	89%	90%	90%	84%	94%	90%	
Délai de remboursement des FSE assurés pour le 9ème décile	7j	6,58j	6,67j	6,59j	5,70j	7,80j	6,60j	atteint
Taux de mise en œuvre des parcours attentionnés	90% des cpam ont mis en œuvre les 11 parcours		83%		25 % mis en oeuvre (2011)	100 % mis en oeuvre(2011)	75% mis en oeuvre (2011)	
Taux de fiabilité des paiements des PN et PE	99,30%	99%	99%		97 % PN et 98% PE	100% PN et PE	100% PN et PE	
Délai de règlement de la 1ère IJ non subrogée	30 j	39,23j	35,84j	36,16j	24,81j	55,42j	31,82j	
Taux d'assurés satisfaits ou très satisfaits	80%	92%	93%	93%	84%	97%	94%	atteint
Taux de certification des bénéficiaires (assurés + ayants droits)	99,50%	99,59%	99,52%					
Délai moyen de délivrance de la carte vitale	19 j	20,8	19,94					
Nombre d'adhérents au compte assuré	11M	8,4M	10,7M					

Source : CNAMTS traitement mission

[65] Le tableau ci-dessus suggère une situation plutôt satisfaisante, à l'exception toutefois de ce que notait la DSS à l'issue du bilan d'exécution pour l'année 2012 (lettre du 2 août 2013). Deux sujets étaient en effet identifiés comme méritant une attention particulière, l'accueil téléphonique et le traitement des indemnités journalières.

[66] Néanmoins, à l'issue de ses travaux, la mission considère qu'il convient d'être plus circonspect s'agissant du résultat atteint en termes de qualité de service (*cf. infra* 2.2.).

[67] Par ailleurs, s'agissant des professionnels de santé et des employeurs, toutes les cibles (au nombre de six) ont été atteintes, souvent très vite et largement, à l'exception du taux de montée en charge des PSE et des AAT, dont l'objectif n'a été atteint qu'en fin de période conventionnelle.

2.2 Un bilan effectif plus contrasté

2.2.1 Des indicateurs aménagés pour rendre les objectifs plus facilement atteignables

[68] Pour la mesure des taux de satisfaction des usagers, la COG prévoyait un taux englobant les usagers satisfaits et très satisfaits[7], et non, comme cela a été formulé dans les enquêtes de la CNAMTS, un taux regroupant les usagers **assez** satisfaits et très satisfaits. Cet ajout a tendance à faciliter l'atteinte de l'objectif de l'indicateur par l'Assurance maladie et son inertie dans le temps.

[69] Alors que la COG prévoit un traitement de 80 % des courriels dans les 48h, la CNAMTS a procédé dans son dictionnaire des indicateurs a une distinction entre courriels de niveau 1 (courriels simples) et de niveau 2 (courriels complexes nécessitant une expertise) ; l'indicateur COG est calculé sur les seuls courriels de niveau 1 à objectif inchangé. La DSS n'a pas réagi à cet aménagement réalisé par la CNAMTS.

[70] Par ailleurs, le calcul de l'indicateur relatif au taux des DSIJ pour les arrêts de travail, intègre au numérateur les DSIJ utilisées pour la reprise de travail des salariés arrêtés ainsi que pour l'attestation de droits pour les arrêts de plus de six mois, faute de pouvoir relier une DSIJ à l'un de ces trois évènements. Ceci a pour conséquence d'améliorer le score de la CNAMTS sur cet indicateur.

[71] Enfin, s'agissant de la qualité de la liquidation, la CNAMTS l'a limité dans son dictionnaire des indicateurs aux seuls trop perçus sans que la DSS réagisse, alors que la qualité de service pour l'assuré est au moins autant dans une prestation justement remboursée. La CNAMTS aurait à compter de 2011 modifié le calcul pour y intégrer les moins perçus sans toutefois modifier le dictionnaire des indicateurs et sans que la DSS ne se préoccupe de cette évolution.

2.2.2 Des modes de décompte parfois peu rigoureux

[72] Les écarts sur les modes de décompte des temps d'attente à l'accueil pouvaient échapper à la DSS en l'absence de déplacement dans les CPAM. Toutefois, en s'appuyant mieux sur la MNC, la DSS aurait été en mesure de questionner la fiabilité des chiffres produits. Au regard de ses observations sur le terrain et de la grande variabilité des modalités de comptage, la mission doute fortement du fait que cet indicateur reflète une réalité fiable.

3 LES INDICATEURS DE LA COG 2014-2017 DEVRAIENT ETRE RECENTRES SUR LA QUALITE DE SERVICE PERÇUE PAR LES USAGERS

[73] Chaque indicateur a fait l'objet d'une fiche jointe. Au vu des travaux qu'elle a menés, si la mission propose de maintenir la distinction entre indicateur de suivi et d'objectif, elle propose de donner aux indicateurs de suivi un contenu élargi dans son champ mais plus précis dans ses modalités de fixation : ces derniers ne seraient plus cantonnés à certains dispositifs montant en charge, mais correspondraient à tout processus ou dispositif identifié comme important dans la COG dont la cible serait fixée par la CNAMTS. Une telle évolution irait dans le sens de ce qui a déjà été négocié dernièrement dans la COG liant l'Etat et la CNAF.

[74] En sus de l'analyse spécifique relative à chaque indicateur (*cf.* chapitre 3.3 de la présente annexe), la mission développe ci-après les points qu'elle estime les plus structurants.

[7] Cf. tableau de synthèse des indicateurs d'objectif de l'axe service de la Convention d'objectifs et de gestion.

3.1 Les éléments structurants : stabiliser le nombre d'indicateurs et les recentrer sur la satisfaction des usagers

3.1.1 Le nombre des indicateurs de l'axe service de la future COG ne doit pas augmenter

[75] Il n'existe pas un nombre optimal d'indicateurs par COG, mais l'idée qu'ils ne doivent pas être trop nombreux est largement partagée. Par comparaison, la COG CNAV 2009-2013 compte 27 indicateurs, la COG CNAF en compte 68.

[76] La COG CNAMTS 2006-2009 comptait 45 indicateurs, la COG actuelle 59.

Recommandation n°1 : Ne pas augmenter le nombre d'indicateurs d'objectif appariés à l'axe « service » dans la prochaine COG

[77] En outre, contrairement à d'autres COG, les modalités de calcul des indicateurs d'objectifs ne sont pas conventionnelles, mais fixées par la CNAMTS après signature de la COG, ce qui n'assure pas une transparence satisfaisante à ces indicateurs et à leur degré de validité.

Recommandation n°2 : Définir au sein d'une fiche indicateur les modalités de calcul et la cible de chaque indicateur d'objectif, à l'instar de ce qui a été fait pour la COG CNAF

3.1.2 Renforcer la place de la qualité de service perçue au moyen d'une robustesse accrue de la mesure des taux de satisfaction

[78] La mission recommande, lorsque cela est possible, de davantage mettre en avant les indicateurs de qualité perçue par les usagers (taux de satisfaction par exemple), plus que des indicateurs de performance relatifs à la production du service (délai d'attente des usagers à l'accueil), *etc*.) ou à la qualité du service offert par les CPAM (délai de temps d'attente à l'accueil, *etc*.).

[79] Le tableau ci-dessous illustre le fait que les indicateurs d'activité pris en compte dans la COG sont très largement déconnectés de la qualité de service perçue par les usagers. Ainsi, alors que le délai d'attente en accueil physique de moins de 20 minutes est un indicateur dépassé, le taux de satisfaction des assurés n'est que de 63% ce qui est particulièrement bas.

Tableau 5 : Comparaison de l'atteinte des indicateurs COG et de la satisfaction des usagers en 2012

Indicateur d'activité COG	Indicateur de satisfaction associé	Objectif 2012	Résultat 2012	Satisfaction 2012
Courriels traités en moins de 48h	Assurés: Délai de réponse aux demandes écrites (courriels)	75%	80%	77,2%
Taux de décrochés des appels téléphoniques	Temps d'attente avant d'avoir un interlocuteur	90%	87%	Assurés: 53,8%
				PS: 66,9%
				Employeurs: 62%
Délai d'attente en accueil physique de moins de 20 minutes	Assurés: Temps d'attente global lors de votre visite	85%	89%	Assurés: 63%
	PS: temps d'attente avant d'avoir un interlocuteur			PS: 70%
	Employeurs : temps d'attente avant d'être reçu			Employeurs: N/A
Délai de traitement des réclamations en 21 jours	Délai de réponse de la dernière réclamation	90%	91%	Assurés 69,7%
				PS: 68,1%
				Employeurs: 64,6%
Assurés: délai de remboursement (FSE)	Assurés: délai avant le remboursement de soins (FSE ou papier)	7 jours	6,7 jours	86,9%
Assurés : délai de paiement des indemnités journalières	Assurés: délai de paiement des revenus de remplacement	30 jours	35,8 jours	65,4%
PS:	PS: délai de règlement			94%
Employeurs:	Employeurs: délai de règlement des subrogations			77%
Assurés: Délai moyen de délivrance de la carte vitale	Assurés : délai pour obtenir la carte vitale	19 jours	19,9 jours	79,2%

Source : CNAMTS, retraitement mission

[80] Les taux de satisfaction des assurés sociaux, des professionnels de santé et des employeurs sont mesurés par le biais d'enquêtes annuelles nationales déployées au niveau local, puis consolidées par la CNAMTS. Des progrès ont été réalisés avec la construction d'un nouveau dispositif d'enquête avec une plus grande fréquence (périodicité mensuelle), et l'établissement d'un questionnaire exhaustif retraçant l'ensemble des thématiques de la relation de l'usager avec sa CPAM. Cependant, plusieurs points méthodologiques importants restent problématiques :

- ***le taux d'usagers satisfaits inclut la proportion d'individus « assez satisfaits » et « très satisfaits ».*** Cette agrégation a pour conséquence de donner une grande inertie à cet indicateur en raison du poids très élevé des « assez satisfaits » au regard des autres appréciations (« très satisfaits », « peu satisfaits » et « pas du tout satisfaits »). Dès lors, l'objectif d'usagers satisfaits ne correspond plus à un véritable enjeu et il serait plus intéressant de se pencher sur l'analyse des catégories extrêmes, *i.e.* les individus « très satisfaits » et « pas du tout satisfaits ». *A minima*, la modalité de réponse intermédiaire ne devrait pas être « assez satisfait » mais « satisfait », ce qui éviterait de créer artificiellement une modalité de réponse refuge pour les répondants ;
- ***le taux de participation à l'enquête est particulièrement bas*** (moins de 20%), ce qui représente un biais dont aucune analyse ne permet aujourd'hui de mesurer l'ampleur et qui est d'autant plus problématique qu'aucune action de repondération n'est apportée sur les répondants. En ne corrigeant pas le biais, la CNAMTS fait l'hypothèse implicite que les caractéristiques des non-répondants sont identiques à celles des répondants, ce qui n'est pas nécessairement, voire rarement, le cas. Ainsi, l'absence de pondération donne un poids trop important aux populations plus enclines à participer à l'enquête, comme par exemple les personnes âgées. Or il se trouve justement que certaines de ces populations ont des comportements de santé et des attentes en termes de qualité de service sans doute différentes du reste de la population des consommants qui constituent la base d'échantillon de l'enquête. Le mode de collecte de l'enquête (par voie postale et non dématérialisée) joue également sur le taux de non-réponse totale. Concernant les employeurs et professionnels de santé, la CNAMTS envisage déjà une bascule d'une enquête papier vers une enquête dématérialisée ce qui sera de nature à accroître la participation ;
- ***parmi les participants à l'enquête, le taux de non-réponse partielle est particulièrement élevé***. Parmi les personnes qui participent à l'enquête, à peine une sur dix répond à la totalité des questions normalement prévues dans l'enquête. Or, aucune technique d'imputation pour traiter la non-réponse n'est à ce jour mise en œuvre par la CNAMTS ;
- ***le champ de l'enquête est centré sur les consommants dans les trois dernier mois.*** Cette cible inclut à la fois des personnes n'ayant eu aucune relation directe avec la CPAM et ceux ayant effectivement eu des interactions avec elle (*cf*. courriel, téléphone, accueil, *etc*.). Or, cette première catégorie de population n'est pas la mieux placée pour avoir une opinion sur sa relation avec l'Assurance maladie, il s'agirait plutôt d'un degré de satisfaction vis-à-vis d'une absence de relation. Si l'enquête de satisfaction vise à définir les points saillants dans la relation directe avec l'Assurance maladie et les pistes d'amélioration de la qualité de service, il serait pertinent de se concentrer davantage sur les personnes ayant des relations effectives avec leur CPAM.

Recommandation n°3 : Renforcer la fiabilité des indicateurs de taux de satisfaction

Recommandation n°4 : Suivre comme indicateur d'objectifs de façon prioritaire la satisfaction, en particulier la très grande satisfaction

Recommandation n°5 : Privilégier des indicateurs d'objectif relatifs à la qualité de service perçue plutôt que des indicateurs relatifs à la qualité de service offerte

3.1.3 Créer un indicateur suivant le taux de dématérialisation des procédures de la CNAMTS en remplacement des indicateurs dédiés à des procédures spécifiques

[81] Le suivi de la montée en charge ou de l'atteinte de niveaux élevés de taux de dématérialisation est justifié dès lors qu'il s'agit de processus innovants.

[82] Cependant, la CNAMTS, à l'instar de ce qui est prévu dans la COG actuelle de la CNAF, devrait désormais suivre le taux global de dématérialisation de ses procédures et non certaines d'entre elles. Serait ainsi suivie la somme des flux en procédures dématérialisées sur la somme des flux pour l'ensemble des usagers.

[83] Un suivi spécifique ne peut être justifié que pour une procédure dont les gains attendus sont particulièrement importants.

Recommandation n°6 : Mettre en place un indicateur mesurant le taux de dématérialisation de l'ensemble des procédures à partir d'une moyenne pondérée des différents flux.

3.1.4 Adopter une démarche multi-canal et introduire la thématique de la réitération

[84] Dans son rapport d'évaluation de la COG CNAV 2009-2013, l'IGAS propose qu'un indicateur de taux de réitération des contacts (nombre de contacts réitérés / nombre total de contacts) soit inclus dans la nouvelle COG et suggère une déclinaison par canal pour mieux orienter les assurés vers les canaux les plus adaptés à leurs besoins. La présente mission propose qu'un tel indicateur de réitération soit également mis en place dans la COG CNAMTS. Il est en effet contre-productif de développer des pratiques sur des canaux qui n'ont pour conséquence que d'amener un nouveau contact ou de le reporter sur un autre canal. A titre d'exemple, une réponse sur une plate-forme téléphonique qui serait mal formulée ou insuffisante pour l'assuré se reportera très probablement sur d'autres canaux de contacts. La réitération englobera alors deux dimensions, la multiplicité de contacts dus à une absence de réponse et celle de contacts suite à une réponse jugée insatisfaisante ou imprécise.

[85] Au regard de la complexité des dossiers de CMUC et d'ACS et de la vulnérabilité fréquente des publics bénéficiaires, la mission considère qu'il est souhaitable de créer un indicateur spécifique aux démarches de ces assurés.

Recommandation n°7 : Instituer un taux de réitération pour un même motif tout canal confondu

[86] Le déploiement progressif du nouvel outil de GRC Medialog+ rendra possible le calcul d'un tel indicateur.

Recommandation n°8 : Créer un indicateur suivant la proportion de personnes étant parvenues à constituer un dossier de CMUC ou ACS en trois contacts ou moins, tout canal confondu

3.1.5 Renforcer l'homogénéité sur le territoire de la qualité de service aux usagers

[87] L'axe service de la COG s'intitule « Offrir à nos assurés un service homogène et de qualité sur tout le territoire ». Cependant, au delà de cet affichage en préambule, l'objectif d'homogénéité du service ne se traduit dans la COG par aucun engagement conventionnel. Cela ne signifie certes pas que ce n'est pas aujourd'hui un point d'attention pour l'assurance maladie. En effet, la Cnamts suit les résultats des différentes caisses au moyen d'un dispositif d'alerte structuré en 2011 et généralisé en 2012 : ainsi, sauf exception, le seuil d'alerte correspond au socle de performance des indicateurs indiqués dans les CPG (ex. délai de réponse aux courriels de niveau supérieur à 67 %). Le suivi du niveau d'alerte se fait généralement sur une période de deux mois. Le dispositif est structuré en trois niveaux graduels de réponse : le premier temps consiste en une alerte à la caisse par le département pilotage et performance du réseau (N-2). Si cette alerte ne donne lieu à aucune réaction de la caisse ou que le plan d'actions que la caisse met en place ne s'avère pas efficace, l'alerte suivante est émise par la direction du réseau (N-1). De la même façon, si cela ne s'avère pas concluant, l'alerte passe au niveau supérieur avec un courriel à la caisse adressé par le directeur délégué aux opérations (N). En 2012, ce dispositif d'alerte a concerné 16 CPAM (dont 6 au niveau N-2 d'alerte et 2 en niveau N-1), la majorité des alertes portant sur le délai moyen de règlement des IJ et les taux d'AAT, PSE et DSIJ.

[88] Cependant, dans la COG, l'homogénéité du service n'est pas a priori assurée car elle n'est pas suivie. En effet, rien ne garantit par exemple à l'Etat qu'un indicateur atteint en moyenne nationale ne le soit pas uniquement grâce à des excellents résultats obtenus dans les plus grosses caisses tandis que les résultats dans les plus petites puissent être très mauvais (un exemple inverse pourrait aussi être possible). C'est ainsi en quelque sorte ce qui s'observe pour l'indicateur relatif à la proportion de réclamations traitées en moins de 21 jours. Alors que la cible COG est fixé à 90 %, elle est atteinte en 2013 en moyenne nationale. Cependant, 29 caisses ne l'atteignent pas, parmi lesquelles en premier lieu les caisses de petite et de moyenne taille (ex. Evreux, Tours, Bastia, Ardèche, Annecy, Le Puy en Velay).

[89] Il apparaît donc souhaitable que l'objectif d'homogénéité du service sur le territoire se traduise dans la COG par un engagement à ce qu'un nombre minimal de caisses atteignent la cible associée à chaque indicateur d'objectif. On pourrait ainsi considérer que 90 % des caisses couvrant 90% des usagers doivent avoir atteint la cible de l'indicateur avant de considérer que l'objectif national est atteint.

Recommandation n°9 : Fixer dans la COG un objectif global d'atteinte de chaque indicateur d'objectif par un nombre minimal de caisses afin de garantir une homogénéité du service sur le territoire

3.2 Tableau résumé des indicateurs

[90] Au total, la mission propose que :

- parmi les indicateurs d'objectif de la COG 2010-2013, 7 indicateurs soient conservés mais que leur périmètre soit revu, 4 repris mais comme indicateurs de suivi et non d'objectifs, et les 6 autres soient abandonnés ;
- 5 indicateurs d'objectif soient créés : taux de réitération de contacts ; proportion de CMUC/ACS en moins de 3 contacts ; taux de flux dématérialisés ; taux de satisfaits quant au délai de traitement des réclamations ; taux de très satisfaits à l'accueil ;
- De telles propositions conduisent la mission à proposer que figurent dans l'axe service de la prochaine COG 18 indicateurs, soit (*cf. infra* tableau 5) :11 indicateurs d'objectif ;
- 7 indicateurs de suivi.

[91] Ce nombre d'indicateurs constitue une baisse du nombre d'indicateurs pour l'axe service par rapport à la précédente COG.

Tableau 6 : Bilan comparatif des propositions d'indicateurs de la mission IGAS

	COG 2010-2013		Proposition mission		
Libellé	Indicateur d'objectif	Indicateur de suivi	Indicateur d'objectif	Indicateur de suivi	Suppression
Taux de courriels traités en moins 48h	1			1	
Taux d'appels aboutis	1			1	
Taux d'usagers reçus en moins de 20 minutes	1				1
Taux de réitération			1		
Proportion de CMUC/ACS en moins de 3 contacts			1		
Taux de très satisfaits à l'accueil				1	
Réclamations traitées en 21 jours	1			1	
Taux satisfaits quant au délai de traitement des réclamations			1		
Taux de flux dématérialisés			1		
Taux de FSE et EDI	1				1
Délai de remboursement des FSE	1		1		
Taux de mise en œuvre des parcours attentionnés	1				1
Taux de fiabilité du paiement PN et PE	1		1		
Objectif de délai de paiement des IJ	1		1		
Taux d'assurés satisfaits	1		1		
Taux de PS satisfaits	1		1		
Taux d'employeurs satisfaits	1				1
Taux de certification des bénéficiaires	1		1		
Taux des assurés dont les droits sont à justifier		1			1
Délai moyen de délivrance de la carte vitale	1			1	
Taux de très satisfaits délai de délivrance de la carte vitale			1		
Nombre d'adhérents au compte assuré	1			1	
Nombre moyen de connexion par adhérent et par an		1		1	
Taux de sites d'accueil conformes aux trois niveaux		1			1
Taux PSE et AAT		1			1
PS Sur Améli PS	1				1
PS sur Espace pro		1			1
DSIJ	1				1
TOTAL	**17**	**5**	**11**	**7**	**10**

Source : Mission IGAS

3.3 Proposition de la mission pour chaque indicateur

3.3.1 Taux de courriels traités en moins de 48h ouvrées

[92] L'écart temporel entre le fonctionnement des plates-formes de courriels et le calcul de l'indicateur (15 jours) ne fait pas de cet indicateur un outil de gestion de la production pour les CPAM et les oblige à suivre d'autres indicateurs, par exemple celui relatif à la file d'attente de courriels.

[93] En opérant une distinction entre courriels de niveau 1 et courriels de niveau 2, l'Assurance maladie a modifié unilatéralement l'indicateur en le concentrant sur les courriels présentant le moins de difficultés.

[94] Enfin, l'indicateur ne traduit en rien la qualité de la réponse. Pour pallier ce manque, un indicateur supplémentaire a été introduit dans les CPG pour appréhender la qualité de la réponse au-travers d'enquêtes mystères ou de sondage.

[95] Tel qu'il a été défini par la CNAMTS, l'indicateur taux de courriels traités en 48h manque de pertinence. Il conviendrait à tout le moins de revenir à un indicateur reflétant la réalité du traitement de tous les courriels, tel que la COG 2010-2013 le prévoyait.

[96] D'autre part, un indicateur d'objectif COG centré uniquement sur le délai de réponse sans préoccupation de la qualité de réponse ne peut servir d'objectif à lui seul et peut même avoir des effets pervers (cf. par exemple privilégier une réponse rapide à une réponse de qualité, quitte à ce que la réponse en génère une autre par la suite).

[97] Dans une stratégie multi-canal, il conviendrait en conséquence d'appréhender les courriels au regard d'un parcours des contacts avec l'assurance maladie avec un indicateur de type moins de X % des courriels donnant lieu à une réitération, c'est-à-dire à un nouveau contact sur le même sujet et sur le même canal ou un autre canal (accueil, téléphone…), ou plus largement par la problématique des réitérations de contact pour un même motif tout canal confondu (cf. taux de réitération).

[98] Il est proposé que l'indicateur d'objectif, 75 % de l'ensemble des courriels traités en 48h, devienne un indicateur de suivi.

3.3.2 Taux d'appels aboutis

[99] L'indicateur taux d'appels aboutis est un indicateur qui reflète incomplètement la qualité de service des plates-formes téléphoniques.

[100] Il traduit rapidement les évènements mettant en difficulté la relation client, épisode de grippe, ou dysfonctionnement du processus « carte vitale », une plate-forme correctement dimensionnée ne pouvant faire face à des pics d'activité trop importants.

[101] En revanche, cet indicateur ne renseigne que marginalement sur la qualité de service, cette qualité pouvant être jugée au sens strict du point de vue de la réponse à la question posée par l'usager ou au sens plus large dans l'analyse plus globale de sa situation permettant par exemple de caractériser un point de difficultés de sa situation que l'usager pourrait ne pas avoir identifié. L'absence d'indicateur relatif à la qualité de la réponse téléphonique dans la COG[8] et le poids quatre fois plus faible dans les indicateurs CPG de fin de période interpellent.

[8] A noter, il existe dans les CPG un indicateur relatif à la fiabilité de la réponse téléphonique.

[102] Il est à noter que le taux d'appels aboutis ne permet par ailleurs pas de prendre en compte la complexification progressive des appels téléphoniques que connaissent les téléconseillers (cf. demandes complexes ou appels multi-motifs). Ce phénomène qui se traduit par une durée de communication plus longue et par la nécessité de compétences plus vastes pour répondre aux demandes des usagers tient au fait qu'avec le développement d'Internet un certain nombre de demandes simples ne passent plus par le canal téléphonique.

[103] Il est proposé que l'indicateur d'objectif, 90 % de taux de décroché, devienne un indicateur de suivi.

3.3.3 Délai d'attente à l'accueil

[104] L'indicateur de temps d'attente à l'accueil est soumis à trop de biais différents pour qu'il puisse être considéré comme fiable. Même le calcul d'un indice de dispersion entre les CPAM ne donnerait qu'une information inexacte. Par ailleurs, l'enquête de satisfaction montre que le public n'est pas satisfait des temps d'attente : 62,5 % de satisfaits en 2011, et 63,10 % en 2012.

[105] La mission est consciente que la rapidité et la qualité de l'accueil physique conditionnent en partie le flux d'assurés, l'offre déterminant pour partie la demande. Or l'accueil physique est le canal de contact le plus onéreux pour l'assurance maladie en comparaison du courriel, du téléphone ou du web. La qualité de l'accueil physique doit donc viser un équilibre entre qualité de la réponse aux assurés qui se déplacent et incitations pour ces derniers à utiliser d'autres canaux de contact dès lors que cela leur est possible.

[106] Cependant, les observations faites par la mission de personnes venant en accueil montrent qu'étant donné le coût que représente pour les personnes le fait de venir en accueil (frais de déplacement, temps d'attente,…), de surcroît parfois pour des assurés ayant des difficultés, voire des contre indications médicales, à se déplacer[9], la venue en accueil s'explique par de multiples raisons : publics précaires ayant des difficultés à comprendre les modalités de traitement de leur situation, situations objectivement complexes ne pouvant que difficilement être traitées par le biais d'autres canaux de contacts, besoin de réassurance des personnes posant question quant à la confiance qu'ils ont dans l'institution…

[107] La mission propose d'envisager un indicateur reflétant mieux la perception qu'a le public de l'accueil et du temps d'attente adapté aux diversités des pratiques des caisses, notamment l'accueil sur rendez vous. Un taux de satisfaction de 90 % des usagers satisfaits lors de leur visite pourrait constituer un enjeu de la qualité perçue. Il est en revanche proposé d'abandonner l'indicateur de délai existant au regard de son absence de fiabilité. Même si la Cnamts venait à déployer son nouvel outil national de gestion de l'accueil en 2015, comme elle le prévoit aujourd'hui, cet outil se substituant à l'outil local Sirius, la mission considère qu'un tel indicateur n'est pas pertinent dans le cadre de la COG. La mission estime néanmoins qu'un indicateur de suivi relatif au délai d'attente avant d'obtenir un rendez vous serait plus pertinent, au regard de l'enjeu actuel de développement d'une politique de rendez-vous efficiente.

[9] Constat fait par la mission à plusieurs reprises.

3.3.4 Taux de réclamations traitées en moins de 21 jours

[108] La principale limite de cet indicateur tient à la définition retenue par la CNAMTS pour déterminer ce qu'est une réclamation. Si le mécontentement de l'usager est pris en compte, il n'est pas le seul paramètre à entrer en ligne de compte. La capacité de la CNAMTS a répondre immédiatement (cf. en niveau 1) à la demande de l'usager est un paramètre qui influence aussi la qualification ou non d'une demande en réclamation.

[109] L'indicateur COG, que la CNAMTS peine à satisfaire malgré des objectifs peu ambitieux, présente de nombreuses limites. Il a toutefois pour qualité de placer la réponse aux réclamations comme un enjeu important pour l'assurance maladie et a amené la CNAMTS à développer une stratégie de traitement des réclamations. Pour l'avenir, il conviendrait tout à la fois d'abaisser sensiblement le nombre de réclamations en traitant mieux les motifs et de fixer des objectifs de délais de réponse plus proche du seuil de la satisfaction « client » de l'ordre de 10 jours ce qui amènera à diminuer le nombre de réclamations pour les traiter en temps voulu.

[110] Dès lors que ce n'est plus l'avis de l'usager qui prévaut pour déterminer ce qu'est ou non une réclamation, l'harmonisation sur le territoire de ce qui est effectivement considérée comme une réclamation pourrait passer par des tests mystères, comme cela existe par exemple pour évaluer la fiabilité de la réponse au téléphone des téléconseillers. La définition actuelle de la réclamation est utile à l'assurance maladie pour identifier les disfonctionnements mais ne se substitue pas à la vision « client » en dehors de toute référence à l'organisation administrative. En conséquence la mission propose de conserver l'indicateur actuel mais de définir la réclamation en se plaçant uniquement du point de vue de l'usager.

[111] L'indicateur d'objectif serait le taux de satisfaction du délai de traitement de la réclamation. L'indicateur de suivi serait l'indicateur actuel avec une définition recentrée sur la perception de l'usager.

3.3.5 Taux de FSE et EDI dans les feuilles de soins

[112] A l'instar d'autres COG, il conviendrait de remplacer cette approche segmentée par une approche globale de la dématérialisation en créant un indicateur composite de la dématérialisation : flux totaux par voies dématérialisées rapportés au nombre total de flux.

3.3.6 Délai de remboursement des FSE

[113] Les baromètres de satisfaction des assurés sociaux 2010, 2011 et 2012 montrent que sur les 60 000 assurés ayant répondu aux questions relatives aux délais de demandes de remboursement, 20 % estiment avoir été remboursés en plus de 3 semaines et qu'alors, l'indice de satisfaction se dégrade. Un indicateur sur les délais de remboursement feuilles de soins papiers et feuilles de soins électroniques confondues traduirait mieux la perception du service par l'assuré, sachant que les flux PSE représentent plus de 92 % de l'ensemble et devrait continuer de croître dans les années à venir, même si la progression sera nettement moindre qu'elle ne le fut dans le passé.

[114] Il est donc proposé de remplacer l'indicateur actuel par un indicateur de délai de remboursement tous supports confondus décompté à la date de réception de la feuille de soins ou du flux.

3.3.7 Taux de mise en œuvre des parcours attentionnés

[115] En dépit de l'intérêt de la mise en place de parcours attentionnés, la mission doute de la pertinence pour l'Etat de suivre un indicateur ne reflétant que le volume de parcours mis en place, sans s'attacher aux conditions de mise en œuvre ni à l'efficacité de ces dispositifs. Un indicateur centré sur le nombre de bénéficiaires touchés serait certes plus instructif mais en resterait à une vision de l'effort réalisé par la Cnamts et ne reflèterait pas la qualité effectivement perçue par les assurés. La mission propose de retirer cet indicateur de la prochaine COG. Cette suppression est d'autant plus justifiée que la CNAMTS considère que la quasi-totalité des CPAM a mis en œuvre les parcours attentionnés et que les différences entre CPAM sont marginales (absence d'ateliers collectifs dans certaines caisses compte tenu du contexte local – manque de réponses aux invitations, zone rural où difficulté de transport ; difficulté de mobilisation de partenaires locaux).

3.3.8 Taux de fiabilité des paiements PN et PE

[116] Cet indicateur doit être maintenu dans la prochaine COG. Cependant, pour être pleinement pertinent, son mode de calcul doit prendre en compte l'ensemble des erreurs, en positif mais également en négatif le taux étant alors calculé par sommation des valeurs absolues des erreurs.

3.3.9 Délai moyen de règlement de la première IJ non subrogée

[117] Il s'agit d'un indicateur essentiel pour lequel la cible fixé semble pourtant inaccessible sans modification des pratiques. La DSN devrait, à terme, modifier sensiblement le contexte. Toutefois, compte tenu de la sensibilité de la question il convient de le maintenir tout en favorisant les bonnes pratiques.

[118] Pour la COG à venir, la mission estime nécessaire de mieux définir le périmètre de l'indicateur en précisant qu'il s'agit de l'ensemble des IJ maladie et AT/MP.

3.3.10 Taux d'assurés satisfaits ou très satisfaits

[119] Un rapport de l'IGAS de 2011[10] a analysé les méthodes d'enquête utilisées pour connaître la satisfaction des assurés sociaux du régime général de sécurité sociale et l'utilisation concrète de ces enquêtes pour améliorer la qualité des services rendus.

[120] Parmi les principaux enseignements tirés de ses travaux, la mission notait « en soi, l'analyse de taux de satisfaction n'a que peu d'intérêt. L'analyse des extrêmes (répondants très satisfaits et très insatisfaits), celles des causes de satisfaction et surtout d'insatisfaction, réalisées par certaines institutions, paraissent plus riches d'enseignement ».

[121] La mission s'inscrit dans le cadre des observations du rapport de 2011. Elle propose en conséquence d'amender l'indicateur actuel pour a minima le concentrer sur le taux d'assurés « très satisfaits »[11].

---

[10] Vingt recommandations sur les enquêtes de satisfaction et l'amélioration de la qualité de service aux assurés du régime général de sécurité sociale Rapport IGAS RM2011-098P Dominique GIORGI

[11] La mission ne préconise pas de se concentrer aussi sur les « très insatisfaits » : cela serait intéressant d'un point de vue théorique afin de mieux comprendre ce que sont les irritants impactant la satisfaction pour agir dessus, cependant, en l'état actuel de l'enquête de satisfaction, cette catégorie représente moins de 1 % des répondants, ce qui n'en fait donc pas une catégorie à enjeu.

[122] De multiples améliorations méthodologiques devraient de plus être apportées au dispositif d'enquête et d'exploitation des données. En particulier, afin d'améliorer la qualité de la mesure du taux de satisfaction par le biais de l'enquête nationale, la mission recommande de mettre en place des procédures de relance afin d'augmenter le taux de retour des questionnaires et de corriger systématiquement la non-réponse par des mécanismes de repondération ou d'imputation. L'objectif est d'améliorer la significativité des résultats statistiques affichés, qui pour le moment sont entachés par une déformation de la représentativité de l'échantillon, et qui ont pourtant un impact non négligeable en termes de stratégie de la qualité de service. Pour faciliter la gestion, la périodicité de l'enquête pourrait être modifiée en faveur d'une base trimestrielle. Les bienfaits de la mensualisation en termes de lissage et de suivi seraient ainsi conservés et cela permettrait de développer des leviers d'actions afin d'éviter de distordre l'échantillon de départ et de perdre de la représentativité.

3.3.11 Taux de certification des bénéficiaires (assurés et ayants droits)

[123] En raison notamment de l'automatisation des procédures de délivrance du NIR, l'indicateur initial de la COG apparait daté. Son abandon sous cette forme dans les CPG est le reflet de l'absence d'enjeu opérationnel sur cet indicateur.

[124] Plusieurs options sont envisageables pour la COG à venir.

[125] La première option est de supprimer les deux indicateurs d'objectif et de suivi pour rattacher l'ensemble du processus au plan de maitrise socle R41 de gestion des bénéficiaires, le suivi de la qualité étant alors déporté sur le processus de certification.

[126] La seconde option est le maintient l'indicateur dans la prochaine COG. Dans ce cas, il conviendrait alors de fusionner l'indicateur de suivi et l'indicateur d'objectif dans un seul indicateur d'objectif de taux de dossiers en anomalie de gestion en reprenant la définition de l'indicateur composite du CPG 2013 à savoir :

- Les dossiers d'ouvreurs de droits où un bénéficiaire est non certifié
- Les dossiers d'ouvreurs de droits où un bénéficiaire est en doublon de rattachement sur la caisse
- Les dossiers d'ouvreurs de droits non rattachés pour la maladie
- Les dossiers contenant un bénéficiaire enfant de plus de 21 ans
- Les étudiants sans droits.

[127] Dans une optique strictement COG, la mission privilégie la deuxième option.

3.3.12 Délai moyen de délivrance de la carte vitale

[128] La question de ce qu'on l'on souhaite mesurer au travers de ce délai de délivrance de la carte vitale doit être posée.

[129] Si l'objectif est d'accélérer les remplacements de cartes perdues, le délai pourrait être fixé pour les seules cartes ayant fait l'objet d'une déclaration de perte, le délai commençant à courir au moment de la déclaration.

[130] Tel que défini actuellement dans la COG, le délai de délivrance de la carte vitale n'apparait pas indispensable comme indicateur d'objectif mais pourrait être un indicateur de suivi. L'indicateur d'objectif pourrait être le taux de satisfaction (cf. « très satisfait ») à l'égard du délai de délivrance de la carte sachant qu'il n'est aujourd'hui que de 73 %.

3.3.13 Nombre d'adhérents au compte assuré

[131] L'indicateur nombre d'adhérents au compte assuré correspond indirectement aux engagements de la CNAMTS de développement de prestations en ligne. Ces engagements ont fait l'objet de bilan dans le cadre des bilans détaillés que la CNAMTS fournit annuellement à la DSS.

[132] Cependant, cet indicateur ne donne aucune vision du taux de couverture sur la population assurée. La mission propose de lui substituer comme indicateur d'objectif un taux d'assurés ayant un compte AMELI. Un tel indicateur existe d'ores et déjà dans les CPG.

[133] Elle propose également de conserver l'indicateur de suivi relatif au nombre de connexions par adhérent et par an.

3.3.14 Accueil multi-niveaux

[134] La mission lors de ses déplacements a constaté la multiplicité des formes de l'accueil tenant tant à des contraintes physiques de taille des locaux qu'à des volontés managériales. Elle a aussi constaté la mutualisation des accueils, notamment avec le service médical, qui amène également à des pratiques spécifiques.

[135] En l'absence de politique d'unification systématique de l'accueil, notamment avec le développement d'une organisation et d'une signalétique fortement structurées, cet indicateur peu rigoureux ne parait pas devoir être prolongé au delà de la COG actuelle.

3.3.15 Taux des assurés dont les droits sont à justifier

[136] Le taux des assurés dont les droits sont à justifier est un indicateur à supprimer dès lors que l'indicateur sur les anomalies de gestion est adopté.

3.3.16 Taux de montée en charge des services PSE et AAT

[137] L'indicateur « taux de montée en charge des services PSE et AAT » est pertinent :

- car le développement des télé-services est une source majeure de gains de productivité et de qualité ;
- le taux actuel de dématérialisation de ces procédures étant relativement faible, des marges de progression significatives existent pouvant rendre utile la fixation d'un objectif ambitieux dans la prochaine COG.

[138] Cependant, selon la mission, ce que doit viser la CNAMTS, c'est un taux de dématérialisation de ses procédures, davantage que des taux de dématérialisation par procédure, autrement dit elle doit adopter un approche globale du niveau de dématérialisation de ses procédures.

[139] A l'instar d'autres COG, il conviendrait de remplacer cette approche segmentée par une approche globale de la dématérialisation en créant un indicateur composite de la dématérialisation qui intégrerait les flux totaux transitant par voies dématérialisées rapporté au nombre total de flux.

3.3.17 Nombre de PS adhérents à AMELI PS

[140] Voir ci-dessous adhérents Espace Pro.

3.3.18 Nombre de PS adhérents à Espace Pro

[141] L'indicateur « Nombre de PS adhérents à Espace PRO » est un indicateur d'étape (ou intermédiaire) dont la pertinence est discutable dans la mesure où, dans la COG, sont inscrits plusieurs indicateurs relatifs aux taux des télé-procédures dont l'atteinte des cibles implique que les PS aient adhéré à Espace PRO et l'utilisent. Cet indicateur fait en quelque sorte « double emploi ».

[142] Le maintien de l'indicateur « Nombre de PS adhérents à Espace PRO » dans la prochaine COG ne présente qu'un intérêt limité ; la mission propose donc de le supprimer.

[143] S'il était jugé nécessaire de maintenir un indicateur associé à Espace PRO, celui-ci devrait nécessairement mesurer son degré d'utilisation par les PS et non le seul nombre d'adhérents.

3.3.19 Taux de satisfaction des professionnels de santé

[144] Un rapport IGAS de 2011[12] a analysé les méthodes d'enquête utilisées pour connaître la satisfaction des assurés sociaux du régime général de sécurité sociale et l'utilisation concrète de ces enquêtes pour améliorer la qualité des services rendus.

[145] Parmi les principaux enseignements tirés de ses travaux, la mission notait « en soi, l'analyse de taux de satisfaction n'a que peu d'intérêt. L'analyse des extrêmes (répondants très satisfaits et très insatisfaits), celles des causes de satisfaction et surtout d'insatisfaction, réalisées par certaines institutions, paraissent plus riches d'enseignement ».

[146] Au-delà de ces considérations méthodologiques, la mesure du taux de satisfaction de cette population est pour partie ambigüe. En effet, au-delà du rôle de client consommateur de services offerts par l'assurance maladie, les professionnels de santé remplissent d'autres fonctions vis-à-vis d'elle : fournisseurs de données, partenaires dans des actions de GDR et prestataires dans la mesure où les tarifs conventionnels sont négociés avec l'assurance maladie.

[147] Cependant, la mission considère que l'enquête de satisfaction actuellement menée est largement tournée vers leur appréciation des services de l'assurance maladie et des contacts qu'ils ont avec elle. Elle recommande le maintien d'un taux de satisfaction PS comme indicateur d'objectif.

[148] Dans la même logique que pour les assurés, la mission propose de retenir un indicateur relatif aux très satisfaits uniquement. Il faudra néanmoins être vigilant à améliorer la participation à l'enquête pour accroître la robustesse des résultats et corriger les biais méthodologiques pointés par la mission.

3.3.20 Taux de satisfaction des employeurs

[149] Un rapport IGAS de 2011[13] a analysé les méthodes d'enquête utilisées pour connaître la satisfaction des assurés sociaux du régime général de sécurité sociale et l'utilisation concrète de ces enquêtes pour améliorer la qualité des services rendus.

---

[12] Vingt recommandations sur les enquêtes de satisfaction et l'amélioration de la qualité de service aux assurés du régime général de sécurité sociale Rapport IGAS RM2011-098P Dominique GIORGI

[13] Vingt recommandations sur les enquêtes de satisfaction et l'amélioration de la qualité de service aux assurés du régime général de sécurité sociale Rapport IGAS RM2011-098P Dominique GIORGI.

[150] Parmi les principaux enseignements tirés de ses travaux la mission notait « en soi, l'analyse de taux de satisfaction n'a que peu d'intérêt. L'analyse des extrêmes (répondants très satisfaits et très insatisfaits), celles des causes de satisfaction et surtout d'insatisfaction, réalisées par certaines institutions, paraissent plus riches d'enseignement ».

[151] Au-delà de ces considérations méthodologiques, une véritable question se pose quant à l'institution en indicateur COG d'un taux de satisfaction des employeurs, sachant que ces derniers sont plus des fournisseurs de données que des clients pour l'assurance maladie.

[152] Deux options sont dès lors possibles pour la COG :

- soit le maintien d'un indicateur d'objectif sur la satisfaction qui ne porterait alors plus que sur les très satisfaits. Il faudrait dans ce cas mener un travail méthodologique pour améliorer la robustesse des résultats issus de l'enquête.
- soit la suppression de l'indicateur.

[153] La mission privilégie la deuxième option. Cependant, une telle option ne doit pas dispenser l'Assurance maladie de continuer à réaliser des enquêtes de satisfaction en direction des employeurs.

3.3.21 Taux des déclarations de salaires en ligne pour le paiement des indemnités journalières (DSIJ)

[154] Si l'indicateur « taux de DSIJ » a été conservé dans la COG, il a été supprimé dans les CPG en 2013, en raison des taux atteints. Il n'en demeure pas moins qu'à l'instar des autres indicateurs de dématérialisation de processus, il est pertinent :

- car le développement des téléservices est une source majeure de gains de productivité et de qualité ;
- si le taux actuel de dématérialisation de ces procédures est relativement haut, des marges de progression existent encore rendant utile la fixation d'un objectif ambitieux dans la prochaine COG.

[155] Dans le même temps, si la dématérialisation des DSIJ diminue le risque d'erreur de liquidation, son impact sur les délais de liquidation est marginal. Par conséquent, pour l'assuré, un haut niveau de dématérialisation des DSIJ, n'améliore que faiblement la qualité du service (selon l'enquête de satisfaction « assurés » de 2012, la satisfaction à l'égard des délais de versement des IJ est 65,7% contre un taux de satisfaction globale de 92,7%).

[156] En outre, selon la mission, ce que doit viser la CNAMTS, c'est un taux de dématérialisation de ses procédures, davantage que des taux de dématérialisation par procédure, autrement dit elle doit adopter un approche globale du niveau de dématérialisation de ses procédures.

[157] Par conséquent, la mission recommande de ne pas maintenir cet indicateur, en tant que tel, dans la prochaine COG.

PIECE JOINTE : SUIVI DSS DES INDICATEURS COG CNAMTS

Direction de la sécurité sociale

mercredi 23 octobre 2013

Suivi annuel des indicateurs

CNAMTS 2010-2013

Service

	*	2010	2011	2012	2013	Cible fin de COG
08. S'engager sur une offre accessible et de qualité						
S01 - Taux de sites d'accueil des sièges conformes à l'organisation à trois niveaux préconisée	+		95%	95%		
S02 - Taux de courriels traités en 48 heures	+	65,4%	92,86%	81,24%		75% traités en deux jours ouvrés en 2013
S03 - Taux d'appels aboutis	+	85,57%	85%	86,03%		90% de 2010 à 2013
S04 - Taux d'usagers reçus à l'accueil dans un délai inférieur à 20 mn	+	92%	87,69%	88,89%		85% de 2010 à 2013
S05 - Délai de traitement des réclamations	+	96%	90,19%	94,69%		90% des dossiers traités en 21 jours calendaires de 2010 à 2013
09. Simplifier la relation avec les assurés						
S06 - Taux de flux externes (FSE+EDI)	+	88%	90,3%	92,55%		4ème trimestre 2013 : 92,1 %
S07 - Délai de remboursement des feuilles de soins électroniques (FSE) aux assurés	-	6,7	6,3	6,61		7 jours calendaires de 2010 à 2013
S08 - Taux de mise en oeuvre des parcours attentionnés	+	95,96%	94%	92%		Fin 2013 : 90 % ont mis en place 11 parcours
S09 - Taux de fiabilité des paiements (TIF) des prestations en nature (PN) et des prestations en espèces (PE)	+		99,22%	99,35%		Taux de fiabilité à 99,3%
S10 - Délai moyen de règlement de la 1ère indemnité journalière (IJ) non subrogée	-	38,66	39,23	35,84		30 jours en 2013
S11 - Taux de satisfaction - assurés	+	92,2%	76,5%	92,7%		80% en 2013
10. Améliorer l'accompagnement de l'assuré						
S12 - Taux de certification des bénéficiaires de plus de 16 ans (assurés + ayants-droit)	+	99,46%	99,59%	99,52%		99,5 % de 2010 à 2013
S13 - Taux des assurés dont les droits sont à justifier	-	5,92%				
S14 - Délai moyen de délivrance de la Carte Vitale	-	25,3	20,8	19,94		2013: délai moyen de 19 jours calendaires
11. Enrichir l'offre en ligne - Compte Assuré						
S15 - Nombre d'adhérents au compte assuré	+	6271008	8386447	10752346		2013 : 11 millions
12. Structurer notre relation et enrichir l'offre en ligne pour les professionnels de santé et les établissements de santé						
S16 - Taux de montée en charge des services protocoles de soins électroniques (PSE) et avis d'arrêt de travail dématérialisé (AAT) en maladie	+					
S17 - Nombre de professionnels de santé (PS) adhérents à AMELI PS	+	293336	335640	377366		296 000 en 2013

* Evolution souhaitée

Non renseigné | Objectif atteint | Objectif non atteint | Cible non définie

Direction de la sécurité sociale — mercredi 23 octobre 2013

Suivi annuel des indicateurs — CNAMTS 2010-2013

Service	*	2010	2011	2012	2013	Cible fin de COG
S18 - Nombre de professionnels de santé (PS) adhérents à espace pro	+	43070				
S19 - Taux de satisfaction - professionnels de santé	+	82,3%	71%	87,7%		72% en 2013
13. Structurer notre relation et enrichir l'offre en ligne pour les employeurs						
S20 - Taux de satisfaction - employeurs	+	84,7%	72%	87,7%		75% en 2013
S21 - Taux de pénétration des attestations de salaires IJ (DSIJ) dématérialisées	+	46,11%	57,25%	70,98%		48% en 2013

Source : DSS

INDICATEUR D'OBJECTIF N°1 : TAUX DE COURRIELS TRAITES EN MOINS DE 48H OUVREES

[158] La CNAMTS souhaite faire des courriels un outil privilégié de contacts en raison de sa souplesse et des faibles coûts de gestion associés. L'utilisation du courriel est toutefois conditionnée à l'adhésion au compte AMELI : l'envoi d'un courrier électronique ne peut se faire que par le biais du site ameli.fr. L'objectif de la CNAMTS est ainsi à la fois d'accroître la fréquence d'utilisation des courriels dans l'utilisation du compte AMELI et de minimiser le temps de réponse à l'usager. Pour optimiser le traitement des courriels, l'Assurance maladie s'est dotée d'un outil national spécifique (EPTICA) et a mis en place une organisation structurée sur la base de 23 centres régionaux ou interrégionaux qui mutualisent le traitement des courriels de niveau 1 entre les caisses, tandis que les courriels plus complexes, dits de « niveau 2 », sont traités par le back office de chaque caisse.

1 DEFINITION DE L'INDICATEUR

[159] Le taux de courriels traités en moins de 48h ouvrées est un indicateur d'objectif, rattaché au programme n°8 de la COG « s'engager sur une offre accessible, homogène et de qualité sur tout le territoire » et au sous-objectif « s'engager sur une offre de service accessible et de qualité ».

[160] L'indicateur est défini dans la COG 2010-2013 comme « le taux de courriels traités en moins de 48 heures ouvrées, avec une montée en charge progressive de ce taux de 66 % en 2010 à 75 % en 2013 ».

[161] Ce souci d'amélioration de la performance de l'Assurance maladie en termes de délai de réponse aux courriels se traduit pour chaque caisse par la définition d'un objectif CPG. Ainsi sur un score total de 400 points pour l'ensemble de l'axe service, l'atteinte de l'objectif CPG relatif au délai de traitement des courriels permet d'obtenir un maximum de 20 points en 2010, 15 points en 2011 et 10 points pour 2012 et 2013. Par ailleurs, un indicateur de fiabilité des réponses aux courriels doté également de 10 points a été créé pour 2012 et 2013. Cette combinaison permet d'assurer que la tenue du délai de réponse n'est pas réalisée aux dépens de la qualité de ladite réponse.

[162] Toutefois, et sans que la COG ait été modifiée, les CPG signés en 2011 pour la période 2010-2013 ont distingué dès 2011 les courriels de niveau 1, les plus simples à traiter, et les courriels de niveau 2 plus complexes.

[163] La distinction courriel de niveau 1 et courriel de niveau 2 manque de précision ce qui conduit à une hétérogénéité des pratiques. Par exemple, s'agissant de la perte de carte vitale, question bien identifiée bien encadrée et peu susceptible d'interprétation, alors même qu'il existe des scripts et que la Cnamts a indiqué au réseau que la déclaration de perte doit être traitée en niveau 1, parmi les CPAM visitées certaines considèrent qu'une telle demande nécessite un traitement de niveau 2.

[164] Cet aménagement unilatéral de l'indicateur par la CNAMTS en deux niveaux s'est apparemment réalisé sans concertation avec la DSS. Dès lors que la distinction niveau 1 et niveau 2 ne concerne que le pilotage du réseau, il appartient à la CNAMTS de prendre les décisions lui apparaissant les mieux adaptées. En revanche, il ne lui appartient pas de redéfinir unilatéralement les termes de la COG.

2 RESULTATS

2.1 Résultats nationaux

[165] Le bilan que la DSS a transmis à la mission fait état d'un taux de réalisation de 92,86 % au 31 décembre 2011 et de 81,24 % au 31 décembre 2012, donc au-delà de l'objectif de la COG mais sur un objectif restreint aux courriels de niveau 1.

[166] Toutefois le tableau de bord transmis par la Cnamts à la demande de la mission fait apparaitre un bilan moins favorable puisque le taux de réponses aux courriels en 48h serait de 78,6 % en 2011[14] (cf. tableau ci-dessous), de 80,1 % en 2012[15] et de 75,2 % sur la période de janvier à août 2013[16].

Tableau 7 : Résultats de l'indicateur suivi des courriels

	2010	2011	2012	2013
Objectif COG	66%	70%	75%	75%
Résultat national		79%	80%	78%
Nombre de CPAM n'atteignant pas l'objectif de l'année		6	8	17
Nombre de CPAM atteignant l'objectif de l'année		98	96	87
Nombre de CPAM atteignant l'objectif de fin de COG		82		

Source : CNAMTS

[167] La mission ne s'explique pas cet écart qui donne à la DSS une vision trop optimiste des résultats obtenus par l'assurance maladie.

2.2 Résultats par caisse

2.2.1 Année 2011

- Six caisses hors CGSS (Paris 29 % réalisé, Ardèche, Chambéry, Isère, Rhône et Valence) se situent largement au dessous de l'objectif ;
- 14 caisses sont dans l'objectif de 2011 mais en dessous de l'objectif de fin de COG de 75 % des courriels traités en moins de 24h ;

[14] Source : Tableau de bord GRC télé-services du 12 janvier 2012
[15] Source : Tableau de bord CPG GRC du 22 janvier 2013
[16] Source : Tableau de bord CPG GRC du 9 octobre 2013

- En conséquence 82 caisses, soit plus de 80 % des CPAM ont, dès 2011, atteint l'objectif de fin de COG (*cf.* tableau ci-dessus), dont 31 avec une avance de plus de 10 points.

2.2.2 Année 2012

[168] Trois caisses, situées en région parisienne, sont en dessous de l'objectif. La CPAM de Paris est la plus éloignée avec 58 % des courriels traités dans les 48h ouvrables, mais Bobigny et Créteil en sont proches (73 %). 86 caisses dépassent l'objectif de plus de 3 points.

2.2.3 Année 2013

[169] En 2013, avec un objectif fixé à 75 % comme en 2012, la situation se dégrade sensiblement puisque 35 CPAM n'atteignent plus l'objectif. Le nombre de contacts par courriel a été très stable sur la période 2010-2013 (cf. entre 240 000 et 270 000 courriels en moyenne mensuelle) mais les courriels à traiter se sont compliqués. Du fait de l'automatisation dans le compte assuré, les demandes les plus simples (ex. édition d'une attestation de droit, webformulaire pour une demande de CEAM), ne passent plus par le canal courriel. Les courriels traités sont donc désormais plus complexes en moyenne ce qui allonge les délais de traitement.

Tableau 8 : CPAM ayant atteint l'objectif de 75 % de courriels traités en 48h en 2012 et ne l'atteignant plus en 2013

	N_CAISSE	CPAM	RÉGION	COL_COURRIEL_2011	COURRIEL_2012	COURRIEL_2013
1	841	AVIGNON	PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	0,99	0,84	0,29
2	41	DIGNE-LES-BAINS	PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	0,99	0,84	0,29
3	51	GAP	PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	0,99	0,84	0,29
4	131	MARSEILLE	PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	0,99	0,84	0,29
5	21	AISNE	PICARDIE	0,98	0,85	0,60
6	801	AMIENS	PICARDIE	0,98	0,85	0,60
7	601	OISE	PICARDIE	0,98	0,85	0,60
8	811	ALBI	MIDI-PYRÉNÉES	0,82	0,82	0,65
9	321	AUCH	MIDI-PYRÉNÉES	0,82	0,82	0,65
10	461	CAHORS	MIDI-PYRÉNÉES	0,82	0,82	0,65
11	91	FOIX	MIDI-PYRÉNÉES	0,82	0,82	0,65
12	821	MONTAUBAN	MIDI-PYRÉNÉES	0,82	0,82	0,65
13	121	RODEZ	MIDI-PYRÉNÉES	0,82	0,82	0,65
14	651	TARBES	MIDI-PYRÉNÉES	0,82	0,82	0,65
15	311	TOULOUSE	MIDI-PYRÉNÉES	0,82	0,82	0,65
16	594	FLANDRES	NORD-PAS-DE-CALAIS	0,85	0,78	0,72
17	599	HAINAUT	NORD-PAS-DE-CALAIS	0,85	0,78	0,72
18	595	LILLE-DOUAI	NORD-PAS-DE-CALAIS	0,85	0,78	0,72
19	597	ROUBAIX-TOURCOING	NORD-PAS-DE-CALAIS	0,85	0,78	0,72
20	851	LA ROCHE-SUR-YON	PAYS DE LA LOIRE	0,73	0,80	0,73
21	531	LAVAL	PAYS DE LA LOIRE	0,73	0,80	0,73
22	721	LE MANS	PAYS DE LA LOIRE	0,73	0,80	0,73
23	441	LOIRE-ATLANTIQUE	PAYS DE LA LOIRE	0,73	0,80	0,73
24	491	MAINE-ET-LOIRE	PAYS DE LA LOIRE	0,73	0,80	0,73
25	624	ARTOIS	NORD-PAS-DE-CALAIS	0,95	0,82	0,74
26	551	BAR-LE-DUC	LORRAINE	0,92	0,84	0,74
27	81	CHARLEVILLE	CHAMPAGNE-ARDENNE	0,92	0,84	0,74
28	521	CHAUMONT	CHAMPAGNE-ARDENNE	0,92	0,84	0,74
29	623	COTE OPALE	NORD-PAS-DE-CALAIS	0,95	0,82	0,74
30	881	EPINAL	LORRAINE	0,92	0,84	0,74
31	542	MEURTHE-ET-MOSELLE	LORRAINE	0,92	0,84	0,74
32	571	MOSELLE	LORRAINE	0,92	0,84	0,74
33	511	REIMS	CHAMPAGNE-ARDENNE	0,92	0,84	0,74
34	101	TROYES	CHAMPAGNE-ARDENNE	0,92	0,84	0,74

Source : CNAMTS traitement mission

3 CONCLUSION

[170] L'écart temporel entre le fonctionnement des plates-formes de courriels et le calcul de l'indicateur (15 jours) ne fait pas de cet indicateur un outil de gestion de la production pour les CPAM et les oblige à suivre d'autres indicateurs, par exemple celui relatif à la file d'attente de courriels.

[171] En opérant une distinction entre courriels de niveau 1 et courriels de niveau 2, l'Assurance maladie a modifié unilatéralement l'indicateur en le concentrant sur les courriels présentant le moins de difficultés.

[172] Enfin, l'indicateur ne traduit en rien la qualité de la réponse. Pour pallier ce manque, un indicateur supplémentaire a été introduit dans les CPG pour appréhender la qualité de la réponse au-travers d'enquêtes mystères ou de sondage.

[173] Tel qu'il a été défini par la CNAMTS, l'indicateur taux de courriels traités en 48h manque de pertinence. Il conviendrait à tout le moins de revenir à un indicateur reflétant la réalité du traitement de tous les courriels, tel que la COG 2010-2013 le prévoyait.

[174] D'autre part, un indicateur d'objectif COG centré uniquement sur le délai de réponse sans préoccupation de la qualité de réponse ne peut servir d'objectif à lui seul et peut même avoir des effets pervers (cf. par exemple privilégier une réponse rapide à une réponse de qualité, quitte à ce que la réponse en génère une autre par la suite).

[175] Dans une stratégie multi-canal, il conviendrait en conséquence d'appréhender les courriels au regard d'un parcours des contacts avec l'assurance maladie avec un indicateur de type moins de X % des courriels donnant lieu à une réitération, c'est-à-dire à un nouveau contact sur le même sujet et sur le même canal ou un autre canal (accueil, téléphone…), ou plus largement par la problématique des réitérations de contact pour un même motif tout canal confondu (cf. taux de réitération).

[176] Il est proposé que l'indicateur d'objectif, 75 % de l'ensemble des courriels traités en 48h, devienne un indicateur de suivi.

INDICATEUR D'OBJECTIF N°2 : TAUX D'APPELS ABOUTIS

1 DEFINITION DE L'INDICATEUR

[177] Le taux d'appels aboutis est un indicateur d'objectif constitué du nombre d'appels servis sur le nombre d'appels présentés. La cible est de 90 % d'appels décrochés.

[178] Cet indicateur était déjà présent dans la COG 2006-2009 avec le même objectif de 90 %. Il est inclu dans les CPG avec un scoring important de 20 points sur 400 sur l'axe service en première année de CPG et de 33,75 sur 395 points après l'avenant CPG pour 2013. Dans la mesure où les appels sont traités par des plates-formes mutualisées entre caisses, les résultats d'une plate-forme sont réattribués comme score des caisses dont elle assure la gestion, et ce quand bien même les caisses n'auraient pas de prise directe sur l'atteinte des résultats par la plate-forme.

[179] Selon le dictionnaire des indicateurs COG, l'indicateur porte sur l'ensemble des clients et partenaires de l'assurance maladie, assurés mais également professionnels de santé et employeurs. En revanche, selon la définition pour les CPG (version du 11 juillet 2013), seuls les assurés sont concernés.

[180] S'agissant de la COG, le taux d'appels aboutis est le rapport entre le nombre d'appels servis et le nombre d'appels présentés. Les appels présentés correspondent au volume des appels reçus sur la plate-forme après la diffusion du message d'accueil. Les appels servis correspondent au volume des appels ayant donné lieu à une mise en relation avec un conseiller de niveau 1, sachant qu'aucune mise en relation directe ne peut se faire avec un conseiller de niveau 2 sans intermédiation préalable d'un conseiller de niveau 1.

[181] Avant juin 2013, le logiciel de gestion des appels coupait la communication en cas de délai d'attente supérieur à 5 minutes. Un tel dispositif avait donc un effet inflationniste sur le nombre d'appels présentés dans la mesure où un certain nombre des personnes qui avaient vu leur communication coupée rappelaient. Depuis juin 2013 les appels non pris ne sont plus coupés. L'objectif a été en conséquence rendu plus accessible, ce qui de facto facilite l'atteinte de la cible.

2 RESULTATS

[182] Le résultat national du taux de décroché, bien que proche de l'objectif, est toujours resté inférieur à l'objectif de l'année et donc à l'objectif final fixé à 90 % de taux de décroché.

[183] Selon le tableau de bord transmis à la mission, le taux de décroché fixé par la COG n'a jamais été atteint (cf. tableau ci-dessous). Calculé sur le seul périmètre Assurés, il était de 85 % en 2011[17], 87 % en 2012[18] et de 83 % en 2013[19].

[17] Tableau de bord CPG Service du 03/04/2012
[18] Tableau de bord CPG Service du 04/03/2013
[19] Résultat janvier à septembre 2013 – tableau de bord CPG Service du 29/10/2013

Tableau 9 : Résultats du taux de décroché

	2009	2010	2011	2012	2013
Objectif COG	86%	90%	90%	90%	90%
Résultat national		86%	85%	87%	83%
Nombre de CPAM n'atteignant pas l'objectif de l'année		36	49	17	63
Nombre de CPAM atteignant l'objectif de l'année		66	53	85	39

Source : CNAMTS

[184] Les résultats des CPAM ont eu tendance à se dégrader : 66 CPAM atteignaient ou dépassaient l'objectif de 90 % de décroché en 2010 ; elles ne sont plus que 53 en 2011. Leur nombre remonte à 85 en 2012 avant de rechuter à 39 en 2013. Sur les 63 qui n'atteignent pas l'objectif en 2013, 46 l'atteignaient en 2012 (cf. tableau ci-dessous).

[185] Les CPAM du Rhône ainsi que de Melun et de Versailles connaissent les dégradations les plus sensibles.

Tableau 10 : Liste des CPAM ayant atteint l'objectif en 2012 et qui ne l'atteignent pas en 2013

	CPAM	RÉGION	DECROCHE_2010	DECROCHE_2011	DECROCHE_2012	DECROCHE_2013
4	AUXERRE	BOURGOGNE	0,90	0,80	0,90	0,86
5	DIJON	BOURGOGNE	0,91	0,86	0,90	0,87
6	MACON	BOURGOGNE	0,95	0,94	0,93	0,88
7	NEVERS	BOURGOGNE	0,90	0,80	0,90	0,86
8	RENNES	BRETAGNE	0,94	0,93	0,92	0,88
9	SAINT-BRIEUC	BRETAGNE	0,93	0,91	0,90	0,87
10	VANNES	BRETAGNE	0,90	0,92	0,93	0,89
11	BLOIS	CENTRE	0,90	0,88	0,92	0,88
12	BOURGES	CENTRE	0,90	0,88	0,92	0,88
13	CHARTRES	CENTRE	0,90	0,88	0,92	0,88
14	CHATEAUROUX	CENTRE	0,90	0,88	0,92	0,88
15	ORLEANS	CENTRE	0,90	0,88	0,92	0,88
16	TOURS	CENTRE	0,90	0,88	0,92	0,88
17	CHAUMONT	CHAMPAGNE-ARDENNE	0,95	0,91	0,91	0,88
18	REIMS	CHAMPAGNE-ARDENNE	0,90	0,91	0,91	0,88
19	TROYES	CHAMPAGNE-ARDENNE	0,95	0,91	0,91	0,88
20	BELFORT	FRANCHE-COMTÉ	0,91	0,87	0,92	0,84
21	DOUBS	FRANCHE-COMTÉ	0,91	0,87	0,92	0,84
22	LONS-LE-SAUNIER	FRANCHE-COMTÉ	0,91	0,87	0,92	0,84
23	VESOUL	FRANCHE-COMTÉ	0,91	0,87	0,92	0,84
24	EVRY	ILE-DE-FRANCE	0,91	0,92	0,90	0,85
25	MELUN	ILE-DE-FRANCE	0,72	0,83	0,93	0,74
26	VERSAILLES	ILE-DE-FRANCE	0,90	0,90	0,90	0,74
27	BAR-LE-DUC	LORRAINE	0,92	0,91	0,92	0,85
28	EPINAL	LORRAINE	0,92	0,91	0,92	0,85
29	MOSELLE	LORRAINE	0,68	0,72	0,94	0,89
30	FOIX	MIDI-PYRÉNÉES	0,93	0,90	0,91	0,73
31	TOULOUSE	MIDI-PYRÉNÉES	0,93	0,90	0,91	0,73
32	ARTOIS	NORD-PAS-DE-CALAIS	0,76	0,88	0,91	0,84
33	COTE OPALE	NORD-PAS-DE-CALAIS	0,76	0,88	0,91	0,84
34	LAVAL	PAYS DE LA LOIRE	0,90	0,91	0,91	0,89
35	LE MANS	PAYS DE LA LOIRE	0,90	0,89	0,91	0,88
36	AISNE	PICARDIE	0,91	0,92	0,91	0,88
37	AMIENS	PICARDIE	0,91	0,92	0,91	0,88
38	OISE	PICARDIE	0,91	0,92	0,91	0,88
39	AVIGNON	PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	0,81	0,89	0,90	0,83
40	DIGNE-LES-BAINS	PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	0,81	0,89	0,90	0,83
41	GAP	PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	0,81	0,89	0,90	0,83
42	ARDECHE	RHÔNE-ALPES	0,85	0,92	0,91	0,89
43	CHAMBERY	RHÔNE-ALPES	0,85	0,92	0,91	0,89
44	ISERE	RHÔNE-ALPES	0,85	0,92	0,91	0,89
45	RHONE	RHÔNE-ALPES	0,77	0,71	0,91	0,72
46	VALENCE	RHÔNE-ALPES	0,85	0,92	0,91	0,89

Source : CNAMTS

3 FONCTIONNEMENT

[186] Le taux d'appel aboutis peut être mécaniquement modifié en fonction du nombre d'appels transférés en niveau 2. La technique du rappel de l'assuré peut constituer une solution.

[187] L'indicateur taux d'appels décrochés est un indicateur partiel qui peut essentiellement alerter sur une situation particulièrement critique. Il est le premier canal impacté par des difficultés ainsi que l'illustre le début de l'année 2013 : à la suite de dysfonctionnements de Sesam vital, les plates- formes téléphoniques n'ont pas pu faire face au surcroît d'appels au point que la CNAMTS a neutralisé l'indicateur pour le 1er trimestre 203.

[188] Cet indicateur ne dit rien de la qualité de la réponse, ni de la qualité ressentie par l'usager.

[189] Un indicateur supplémentaire a donc été ajouté dans les CPG à compter de 2010 pour tester la qualité de la réponse. L'analyse de la qualité s'appuie sur une grille reprenant la conduite de l'entretien, la qualité de la réponse et l'expression et l'attitude de service au cours d'enquêtes d'appels mystères. En 2010, cette enquête a été menée sur 3 semaines au moyen de 20 appels par plate-forme portant sur les thématiques de mutation intra-régime et de déménagement.

[190] La qualité de la réponse téléphonique telle qu'elle ressort des enquêtes menées en 2009 et 2010 est médiocre, voire mauvaise, évaluée à 58,48 % de réponses fiables en 2009 et 69,7 % en 2010, 71,41 % en 2011. En revanche, selon la lettre réseau 30/2011, 98 % des PFS respectent le temps imparti. La lettre réseau 56/2012 souligne que la qualité prend du temps et que plus les appels sont courts et moins la qualité est au rendez-vous.

[191] Jusqu'à présent, ces enquêtes de fiabilité n'étaient que partiellement satisfaisantes dans la mesure où les informations testées étaient générales et ne nécessitaient pas d'entrer dans le détail du dossier personnel d'un assuré. Cela devrait changer afin de mieux tester la qualité des réponses apportées.

Les déterminants de la satisfaction du médecin appelant

[192] Les services téléphoniques des CPAM ont globalement un taux de décroché satisfaisant mais quelques services téléphoniques obtiennent un taux très bas. Au 1er trimestre 2012, le taux le plus bas se situe à 17,70%, 7 autres CPAM ont un taux moyen autour de 72%.

[193] Les taux de transfert expliquent cette perception. L'objectif fixé était de 90% de prise en charge en niveau 1 (LR DDO 59/2011). Les taux de transfert en niveau 2 sont en moyenne de 24%.

[194] La gestion des rappels est indispensable pour augmenter la satisfaction des médecins lorsqu'il est impossible d'apporter une réponse complète dès le 1er appel. En l'absence de rappel ou de réponse partielle lors du second contact, le degré d'insatisfaction est très élevé avec 36% de personnes insatisfaites contre 7% lorsque le médecin obtient sa réponse au 1er contact.

[195] *Source : LR DDO 124/2012 du 10 août 2012*

4 CONCLUSION

[196] L'indicateur taux d'appels aboutis est un indicateur qui reflète incomplètement la qualité de service des plates-formes téléphoniques.

[197] Il traduit rapidement les évènements mettant en difficulté la relation client, épisode de grippe, ou dysfonctionnement du processus « carte vitale », une plate-forme correctement dimensionnée ne pouvant faire face à des pics d'activité trop importants.

[198] En revanche, cet indicateur ne renseigne que marginalement sur la qualité de service, cette qualité pouvant être jugée au sens strict du point de vue de la réponse à la question posée par l'usager ou au sens plus large dans l'analyse plus globale de sa situation permettant par exemple de caractériser un point de difficultés de sa situation que l'usager pourrait ne pas avoir identifié. L'absence d'indicateur relatif à la qualité de la réponse téléphonique dans la COG[20] et le poids quatre fois plus faible dans les indicateurs CPG de fin de période interpellent.

[199] Il est à noter que le taux d'appels aboutis ne permet par ailleurs pas de prendre en compte la complexification progressive des appels téléphoniques que connaissent les téléconseillers (cf. demandes complexes ou appels multi-motifs). Ce phénomène qui se traduit par une durée de communication plus longue et par la nécessité de compétences plus vastes pour répondre aux demandes des usagers tient au fait qu'avec le développement d'Internet un certain nombre de demandes simples ne passent plus par le canal téléphonique.

[200] Il est proposé que l'indicateur d'objectif, 90 % de taux de décroché, devienne un indicateur de suivi.

[20] A noter, il existe dans les CPG un indicateur relatif à la fiabilité de la réponse téléphonique.

INDICATEUR D'OBJECTIF N°3 : TAUX D'USAGERS REÇUS EN MOINS DE 20 MINUTES DANS LES ACCUEILS PHYSIQUES

[201] L'accueil physique reste l'un des canaux de contact privilégiés avec plus de 33 millions de personnes reçues en 2011, en légère augmentation par rapport à 2010. La présence de l'assurance maladie sur le territoire est dense avec 2 350 points d'accueil physique permanents ou non permanents. Pour assurer cette présence, près de 4 700 agents sont mobilisés dans les organismes.

[202] En 2011, 3 378 660 clients ont eu un temps d'attente supérieur à 20 minutes, soit sur une année 10 % de la population servie ou 13 514 clients par jour. Le temps d'attente lors de la visite continue à rester insatisfaisant pour une forte proportion des assurés malgré une faible croissance des satisfaits : 62,5 % de satisfaits en 2011, et 63,10 % en 2012.

1 DEFINITION DE L'INDICATEUR

[203] Le taux d'usagers reçus en moins de 20 minutes dans les accueils physiques est un indicateur d'objectif. La cible est fixée à 85 % des usagers reçus à l'accueil en moins de 20 minutes.

[204] Cet indicateur n'était pas présent dans la COG antérieure. Il n'est pas repris dans les CPG. En 2010, les données sont déclaratives et reposent sur un sondage réalisé sur une semaine par an. A partir de 2011, le temps d'attente à l'accueil physique est évalué à partir de requêtes Sirius.

[205] L'indicateur se définit comme la part des visiteurs reçus en moins de 20 minutes par rapport à l'ensemble des visiteurs reçus à l'accueil. Le délai d'attente correspond à la période écoulée entre le moment où l'usager prend un ticket d'appel (avec sa carte vitale ou manuellement) et l'appel de son numéro par l'agent chargé de réceptionner le public.

2 LES INSUFFISANCES DE L'INDICATEUR

[206] La MNC dans son audit sur la fiabilité des indicateurs COG a procédé à une critique sévère de cet indicateur. Certains accueils secondaires ne procéderaient pas à la mesure du délai d'attente ce qui nuirait à l'exhaustivité de l'indicateur, constat corroboré par les observations de la mission sur le terrain. Dans certaines agences, seule la fréquentation est mesurée. L'hétérogénéité des pratiques de décompte du temps d'attente entre le pré-accueil et la borne d'identification tend à fausser le résultat.

[207] Les observations faites par la mission au cours de ses déplacements en CPAM tendent à confirmer l'existence de biais dans l'indicateur.

[208] Dans une CPAM, la mission s'est aperçue que les assurés faisaient parfois longuement la queue à l'extérieur avant de pouvoir se procurer le ticket déclenchant le décompte du temps. Le personnel a justifié ces attentes à l'extérieur par l'exigüité des locaux ne permettant pas de recevoir plus de 70 personnes dans des conditions satisfaisantes. Aussi, l'organisation des accueils physiques tant en nombre que du point de vue de leur agencement a un impact sur la satisfaction des usagers et les conditions de travail des agents d'accueil. Un dysfonctionnement dans l'organisation d'une CPAM peut alors conduire à un fort mécontentement voire à des incivilités de la part des usagers et rendre difficile le travail pour les conseillers de la caisse. Par exemple, la mission a appris qu'une grève des agents d'accueil d'une CPAM avait eu lieu une semaine avant son déplacement en raison notamment des incivilités dont ils étaient victimes. La situation de la CPAM concernée apparait donc fort dégradée par rapport aux résultats annoncés (81 % des assurés reçus en moins de 20 minutes).

[209] Plus globalement et ce qui conduit manifestement à douter de la pertinence d'un tel indicateur est l'absence d'homogénéité entre CPAM dans le mode de calcul du délai d'attente. Certaines CPAM établies en trois niveaux d'accueil (pré-accueil/niveau 1/niveau2) ont supprimé le décompte de l'attente avant le pré-accueil et ne le font démarrer qu'à compter de celui-ci alors que d'autres incluent l'attente pour le pré-accueil. Certaines CPAM ont supprimé les bornes à ticket et comptabilisent non pas un délai d'attente mais un délai de traitement[21]. Aussi selon l'organisation choisie par la CPAM, certains résultats peuvent être sous-estimés ou a contrario sur-estimés, sans que cela ne constitue une indication de la qualité effective de prise en charge des assurés.

[210] Enfin, des initiatives de régulation de la file d'attente peuvent se révéler contraires aux attentes de l'assuré. Ainsi une CPAM a-t-elle segmenté ses assurés par code postal pour réguler les accès à ses accueils et éviter l'afflux massif d'assurés venant au siège en croyant que leur situation serait mieux et plus rapidement traitée là plutôt que dans les autres sites.

[211] Dans une logique de meilleure gestion des flux de visite, le développement de l'accueil sur rendez-vous a modifié les pratiques et rend peu pertinent cet indicateur de temps d'attente.

[212] Une enquête a été lancée par la CNAMTS en octobre 2012, afin de vérifier la clarté et la pertinence du processus, et décrire la situation et les pratiques actuelles dans le réseau mais les observations effectuées par la mission dans quatre caisses tendent à montrer que de fortes divergences perdurent.

3 RESULTATS

[213] Si l'objectif COG apparait bien atteint, les résultats du tableau ci-dessous sont donc à considérer avec circonspection en raison des biais méthodologiques rappelés ci-dessus.

Tableau 11 : Tableau récapitulatif de l'indicateur accueil

	2009	2010	2011	2012	2013
Objectif COG	90.8%	85%	85%	85%	85%
Résultat national			88%	89%	87%
Nombre de CPAM n'atteignant pas l'objectif de l'année			16	15	19
Nombre de CPAM atteignant l'objectif de l'année			86	87	83

Source : CNAMTS

[21] Le délai s'enclenche à partir du moment où l'usager se présente au guichet devant l'agent d'accueil de niveau 1 et s'arrête à la fin de l'entretien de niveau 1 si une réponse lui a été apporté ; s'il passe en niveau 2 le décompte s'arrête dès que l'usager se présente devant l'agent de niveau 2 pour certaines CPAM ou dans d'autres CPAM à la fin de l'entretien de niveau 2.

Tableau 12 : Liste des CPAM pour lesquelles le taux des usagers reçus en moins de 20 minutes est inférieur à l'objectif de 85 %

	N_CAISSE	CPAM	RÉGION	COL_2011_GUICHET	COL_2012_GUICHET	COL_2013_GUICHET
1	72	ARDECHE	RHÔNE-ALPES	0,87	0,00	0,00
2	91	FOIX	MIDI-PYRÉNÉES	0,88	0,00	0,00
3	682	HAUT-RHIN	ALSACE	0,72	0,71	0,64
4	131	MARSEILLE	PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	0,66	0,68	0,68
5	491	MAINE-ET-LOIRE	PAYS DE LA LOIRE	0,95	0,73	0,73
6	411	BLOIS	CENTRE	0,95	0,93	0,77
7	951	CERGY PONTOISE	ILE-DE-FRANCE	0,82	0,86	0,78
8	763	LE HAVRE	HAUTE-NORMANDIE	0,90	0,79	0,78
9	941	CRETEIL	ILE-DE-FRANCE	0,00	0,81	0,81
10	211	DIJON	BOURGOGNE	0,91	0,81	0,81
11	271	EVREUX	HAUTE-NORMANDIE	0,90	0,86	0,82
12	51	GAP	PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	0,88	0,91	0,82
13	691	RHONE	RHÔNE-ALPES	0,83	0,89	0,82
14	311	TOULOUSE	MIDI-PYRÉNÉES	0,92	0,88	0,82
15	791	NIORT	POITOU-CHARENTES	0,89	0,82	0,83
16	599	HAINAUT	NORD-PAS-DE-CALAIS	0,81	0,82	0,84
17	531	LAVAL	PAYS DE LA LOIRE	0,92	0,88	0,84
18	721	LE MANS	PAYS DE LA LOIRE	0,91	0,90	0,84
19	861	POITIERS	POITOU-CHARENTES	0,89	0,81	0,84

Source : CNAMTS, traitement mission

4 CONCLUSION

[214] L'indicateur de temps d'attente à l'accueil est soumis à trop de biais différents pour qu'il puisse être considéré comme fiable. Même le calcul d'un indice de dispersion entre les CPAM ne donnerait qu'une information inexacte. Par ailleurs**, l'enquête de satisfaction montre que le public n'est pas satisfait des temps d'attente : 62,5 % de satisfaits en 2011, et 63,10 % en 2012**.

[215] La mission est consciente que la rapidité et la qualité de l'accueil physique conditionnent en partie le flux d'assurés, l'offre déterminant pour partie la demande. Or l'accueil physique est le canal de contact le plus onéreux pour l'assurance maladie en comparaison du courriel, du téléphone ou du web. La qualité de l'accueil physique doit donc viser un équilibre entre qualité de la réponse aux assurés qui se déplacent et incitations pour ces derniers à utiliser d'autres canaux de contact dès lors que cela leur est possible.

[216] Cependant, les observations faites par la mission de personnes venant en accueil montrent qu'étant donné le coût que représente pour les personnes le fait de venir en accueil (frais de déplacement, temps d'attente,…), de surcroît parfois pour des assurés ayant des difficultés, voire des contre indications médicales, à se déplacer[22], la venue en accueil s'explique par de multiples raisons : publics précaires ayant des difficultés à comprendre les modalités de traitement de leur situation, situations objectivement complexes ne pouvant que difficilement être traitées par le biais d'autres canaux de contacts, besoin de réassurance des personnes posant question quant à la confiance qu'ils ont dans l'institution…

[22] Constat fait par la mission à plusieurs reprises.

[217] La mission propose d'envisager un indicateur reflétant mieux la perception qu'a le public de l'accueil et du temps d'attente adapté aux diversités des pratiques des caisses, notamment l'accueil sur rendez vous. Un taux de satisfaction de 90 % des usagers satisfaits lors de leur visite pourrait constituer un enjeu de la qualité perçue. Il est en revanche proposé d'abandonner l'indicateur de délai existant au regard de son absence de fiabilité. Même si la Cnamts venait à déployer son nouvel outil national de gestion de l'accueil en 2015, comme elle le prévoit aujourd'hui, cet outil se substituant à l'outil local Sirius, la mission considère qu'un tel indicateur n'est pas pertinent dans le cadre de la COG. La mission estime néanmoins qu'un indicateur de suivi relatif au délai d'attente avant d'obtenir un rendez vous serait plus pertinent, au regard de l'enjeu actuel de développement d'une politique de rendez-vous efficiente.

INDICATEUR D'OBJECTIF N°4 : RECLAMATIONS TRAITEES EN 21 JOURS MAXIMUM

[218] L'assurance maladie enregistre plus de 2 millions de réclamations chaque année ce qui en fait le premier service administratif en termes de volume de réclamations et justifie qu'une attention particulière soit apportée à cette question.

[219] La majorité des réclamations se concentrent sur un petit nombre d'usagers : près des deux tiers des réclamations proviennent des assurés et 31 % des réclamations des professionnels de santé. Le poids des employeurs dans les réclamations est négligeable.

Tableau 13 : Dénombrement et répartition des réclamations en 2011

	Assurés sociaux	Professionnels de santé	Employeurs	Ensemble
Effectifs	1 383 702	678 071	98 969	2 160 742
Part relative	64%	31%	5%	100%

Source : CNAMTS

[220] En 2011, les assurés pour déposer une réclamation utilisaient principalement le téléphone (50%), puis l'accueil physique (24%). Ils représentaient 99% des contacts en accueil physique et 85% en accueil téléphonique. En effet, les autres usagers (professionnels de santé et employeurs) n'utilisent quasiment pas le canal physique.

[221] L'amélioration du délai de traitement des réclamations figure dans les COG depuis 2006. La COG 2006-2009 prévoit la « maîtrise des délais de traitement des dossiers de réclamations » ; la COG prévoyait un délai de traitement de 90 % des cas dans les 21 jours ; l'indicateur a été mis en place en 2007.

[222] La COG 2010-2013 a prévu la « poursuite de la professionnalisation du traitement des réclamations en lien avec une volonté d'amélioration continue de la qualité des service » et a confirmé l'objectif de traitement de 90 % des cas dans les 21 jours.

1 DEFINITION DE L'INDICATEUR

[223] Il s'agit d'un indicateur d'objectif, fixé à 90 % des réclamations des assurés, professionnels de santé et employeurs traitées dans les 21 jours. L'indicateur est constitué du volume des déclarations, de la date de la réception et de la date de la réponse telles que saisies dans l'outil Medialog. Les remontées se font au travers d'une requête lancée le 5 du mois m+1 pour le mois m et portant sur les données contenues dans l'outil Medialog.

[224] Il s'agit également depuis juillet 2011 d'un indicateur CPG dont le score est fixé à 10 points sur 400 sur l'axe service pour les trois années 2011, 2012 et 2013 pour 90 % des réclamations traitées en 21 jours calendaires. En 2011, la CNAMTS a modifié le périmètre de l'indicateur en révisant la définition de ce qu'est une réclamation, excluant les réclamations traitées en niveau 1 (canal courriel, téléphone ou accueil physique).

[225] Une réclamation est dorénavant définie comme la demande d'un client (bénéficiaire, professionnel de santé, employeur et établissement de santé) exprimant un mécontentement et réceptionnée par courrier, ou via tout canal de front office (téléphone, accueil physique, courriel) dès lors qu'elle ne peut être traitée en direct et nécessite l'intervention d'un service expert (niveau 2).

[226] Cette modification a eu pour effet de rompre la série des résultats existants et de les dégrader puisque les réclamations les plus simples à traiter ne sont plus prises en compte et seules les plus complexes, qui donc prennent plus de temps à traiter, sont comptabilisées. L'effet volume qui permettait auparavant de compenser le temps de traitement de niveau 2 par la rapidité du niveau 1 n'existe plus.

[227] **Fin 2011, l'enquête nationale EQ-DDO-96/2011** a permis de faire un point au bout de 6 mois de mise en œuvre des nouvelles procédures de gestion des réclamations par les CPAM. L'ensemble des CPAM et deux CGSS saisissent leurs réclamations dans l'outil national de GRC. Ceci permet :

[228] - de suivre l'indicateur de délai de traitement des réclamations,

[229] - de suivre la volumétrie des réclamations par typologie de client et par canal d'entrée,

[230] - d'analyser les motifs de ces réclamations,

[231] - d'en identifier les causes pour mettre en place des actions préventives,

[232] - les modalités de recours au conciliateur.

[233] Parmi les points de vigilance qu'identifiait cette enquête, la CNAMTS recensait :

- **Les réclamations reçues par courrier** sont effectivement saisies en réclamation pour 68% d'entre elles seulement.
- **Les réclamations « sensibles »** font l'objet d'un traitement spécifique mais seulement une sur deux est saisie dans le même outil de gestion des réclamations que les autres réclamations.
- **La date de clôture des réclamations :** seul un organisme sur deux respecte la date de clôture de la réclamation comme étant celle de la régularisation effective du dossier.
- **Le traitement des réclamations réitérées** : 75% des organismes n'ont pas de procédure identifiant les réitérations de réclamation.

2 RESULTATS

[234] Après s'être amélioré entre 2011 et 2012, le résultat national se maintient à 91% en 2013 (cf. tableau ci-dessous). Le résultat ne s'est toutefois pas amélioré alors que le nombre de réclamations a diminué entre 2012 et 2013 (près de 150 000 réclamations de moins) pour s'établir à près de 1,95 million de réclamations en 2013. Par ailleurs, si la moyenne nationale est constante, la distribution des résultats locaux est modifiée :

- le nombre de CPAM n'atteignant pas l'objectif de 90% de réclamations traitées en moins de 21 jours augmente passant de 20 à 26 CPAM entre 2012 et 2013 ;
- le nombre de CPAM n'atteignant pas le socle diminue avec 11 CPAM en 2013 contre 15 en 2012 ;
- et donc, le nombre de CPAM dont le résultat se situe entre le socle et l'objectif COG augmente, passant de 15 CPAM en 2013 contre 11 en 2012.

Tableau 14 : Résultats de l'indicateur taux de réclamations traitées en 21 jours

	2009	2010	2011	2012	2013
Objectif COG	92.6%	90%	90%	90%	90%
Résultat national			88%	91%	91%
Nombre de CPAM n'atteignant pas l'objectif de l'année			25	20	26
Nombre de CPAM atteignant l'objectif de l'année			77	82	N/A
Dont CPAM ayant 100% des réclamations traitées en moins de 21 jours			*16*	*16*	*N/A*

Source : CNAMTS

[235] Sur ces 29 caisses, 17 caisses atteignaient l'objectif en 2012 et ne l'atteignent plus en 2013 (cf. tableau ci-dessous). La CPAM d'Evreux connait une dégradation remarquable de son indicateur. Alors qu'elle traitait 97 % des réclamations en moins de 21 jours en 2012, elle n'en traite plus que 43 %.

Tableau 15 : Caisses ayant traitées les réclamations en moins de 21 jours en 2012 et n'atteignant plus l'objectif au premier semestre 2013

	N_CAISSE	CPAM	RÉGION	RECLAM_2011	RECLAM_2012	RECLAM_2013 ▲
1	271	EVREUX	HAUTE-NORMANDIE	0,95	0,97	0,43
2	371	TOURS	CENTRE	0,87	0,94	0,56
3	202	BASTIA	CORSE	0,88	0,95	0,66
4	72	ARDECHE	RHÔNE-ALPES	0,94	0,93	0,68
5	741	ANNECY	RHÔNE-ALPES	1,00	0,97	0,78
6	431	LE PUY-EN-VELAY	AUVERGNE	0,96	0,94	0,78
7	542	MEURTHE-ET-MOSELLE	LORRAINE	0,71	0,90	0,80
8	531	LAVAL	PAYS DE LA LOIRE	0,96	0,95	0,81
9	311	TOULOUSE	MIDI-PYRÉNÉES	0,97	0,93	0,82
10	141	CAEN	BASSE-NORMANDIE	0,97	0,90	0,84
11	571	MOSELLE	LORRAINE	0,85	0,93	0,84
12	597	ROUBAIX-TOURCOING	NORD-PAS-DE-CALAIS	0,93	1,00	0,84
13	401	MONT-DE-MARSAN	AQUITAINE	0,98	0,96	0,85
14	31	MOULINS	AUVERGNE	0,99	0,94	0,85
15	891	AUXERRE	BOURGOGNE	0,98	0,96	0,86
16	861	POITIERS	POITOU-CHARENTES	0,99	0,97	0,87
17	281	CHARTRES	CENTRE	0,99	0,99	0,89

Source : CNAMTS traitement mission

3 ANALYSE CRITIQUE DE L'INDICATEUR

[236] L'indicateur souffre d'une lecture hétérogène de ce qui doit être considéré comme une réclamation malgré les efforts de définition de la CNAMTS. La CNAMTS avait pour objectif de travail pour 2013 d'harmoniser la saisie sous Médialog.

[237] La MNC dans son rapport de février 2012 sur l'audit intermédiaire des indicateurs de la COG souligne les écarts à la norme de calcul de la durée existant au sein des services de la CPAM de Lyon.

Exemple de point de départ de la date de réclamation faussant le calcul des résultats de l'indicateur

[238] A titre d'exemple, un courrier de réclamation réceptionné par la CPAM le 20/10, a été enregistré dans MEDIALOG le jour-même en tant qu'affaire. Une réponse a été adressée à l'assurée le 18/11, soit 29 jours après. Or, dans l'outil, l'historique des statuts de l'affaire montre que celle-ci a été ouverte en tant que réclamation le 21/11 (soit trois jours après la date effective de réponse) et clôturée ce même jour, ce qui donne un délai de traitement issu de l'outil égal à zéro, alors que le délai réel supporté par l'assuré est lui de 29 jours.

[239] Sur les 22 réclamations examinées sur le processus Gestion du dossier client, 16 font apparaitre ce type d'anomalie. En moyenne, sur le total, le délai moyen écoulé s'établit à 24 jours entre réception du courrier par la CPAM et requalification dans MEDIALOG en tant que réclamation, tandis que le délai entre date de création dans MEDIALOG de la réclamation et date de clôture n'est que d'un jour en moyenne sur les 22 réclamations. Or le point de départ du délai de l'indicateur COG est bien calculé sur la base de la date d'enregistrement d'une affaire type « réclamation » et non sur la date d'ouverture de l'affaire initiale dans MEDIALOG.

Source : MNC Rhône Alpes Audit intermédiaires des indicateurs COG à la CPAM de Lyon

[240] L'objectif de l'indicateur apparait dès lors lui-même ambigu ; soit l'on souhaite évaluer le volume des réclamations, et il apparait en ce cas qu'il convient de ne pas les limiter aux réclamations de niveau 2, soit l'on souhaite connaitre la célérité avec laquelle ces réclamations sont traitées, et il apparait alors que l'objectif de 21 jours se situe bien au-delà de ce qu'attends l'usager. D'après la CNAMTS, les enquêtes de satisfaction tendent à montrer que la dégradation de la satisfaction de l'assuré se situerait plutôt vers 10 jours de délai pour une réponse. La dernière enquête sur la satisfaction des assurés montre une stabilité du pourcentage de satisfaits du délai de réponse à moins de 70 % de satisfaits. S'agissant de l'indice global de satisfaction du traitement de la dernière réclamation, seuls 23 % des assurés s'estimaient très satisfaits de ce traitement et 12 % pas du tout satisfaits.

[241] S'agissant des professionnels de santé, la proportion de satisfaits des délais de réponse (68,1 %) est proche de celle des assurés.

[242] Par ailleurs, il existe un décalage fort entre la définition même de la réclamation adoptée par la CNAMTS en 2011 et la définition d'une réclamation aux yeux de l'usager. Ainsi, une réclamation faite par l'usager peut ne pas être considérée comme telle par la CNAMTS dès lors qu'une réponse rapide a pu lui être apportée et ce même si l'usager a exprimé un mécontentement à l'égard du service reçu. Certains agents ont des difficultés d'appréhension du concept même de réclamation qui est très nettement tourné vers l'administration, son organisation et ses éventuels dysfonctionnements, et donc distinct de ce que perçoit l'usager. A titre d'exemple, du fait des différences d'organisation entre caisses ou plateformes ou de l'hétérogénéité des compétences des conseillers, une demande basculera à un endroit en niveau 2 et sera donc considérée comme une réclamation, ce qui pourrait ne pas être le cas ailleurs. L'appréciation de la qualification « réclamation » est donc déportée de l'usager vers l'administration.

4 CONCLUSION

[243] La principale limite de cet indicateur tient à la définition retenue par la CNAMTS pour déterminer ce qu'est une réclamation. Si le mécontentement de l'usager est pris en compte, il n'est pas le seul paramètre à entrer en ligne de compte. La capacité de la CNAMTS a répondre immédiatement (cf. en niveau 1) à la demande de l'usager est un paramètre qui influence aussi la qualification ou non d'une demande en réclamation.

[244] L'indicateur COG, que la CNAMTS peine à satisfaire malgré des objectifs peu ambitieux, présente de nombreuses limites. Il a toutefois pour qualité de placer la réponse aux réclamations comme un enjeu important pour l'assurance maladie et a amené la CNAMTS à développer une stratégie de traitement des réclamations. Pour l'avenir, il conviendrait tout à la fois d'abaisser sensiblement le nombre de réclamations en traitant mieux les motifs et de fixer des objectifs de délais de réponse plus proche du seuil de la satisfaction « client » de l'ordre de 10 jours ce qui amènera à diminuer le nombre de réclamations pour les traiter en temps voulu.

[245] Dès lors que ce n'est plus l'avis de l'usager qui prévaut pour déterminer ce qu'est ou non une réclamation, l'harmonisation sur le territoire de ce qui est effectivement considérée comme une réclamation pourrait passer par des tests mystères, comme cela existe par exemple pour évaluer la fiabilité de la réponse au téléphone des téléconseillers. La définition actuelle de la réclamation est utile à l'assurance maladie pour identifier les disfonctionnements mais ne se substitue pas à la vision « client » en dehors de toute référence à l'organisation administrative. En conséquence la mission propose de conserver l'indicateur actuel mais de définir la réclamation en se plaçant uniquement du point de vue de l'usager.

[246] L'indicateur d'objectif serait le taux de satisfaction du délai de traitement de la réclamation. L'indicateur de suivi serait l'indicateur actuel avec une définition recentrée sur la perception de l'usager.

INDICATEUR D'OBJECTIF N°5 : TAUX DE FSE ET EDI DANS L'ENSEMBLE DES FEUILLES DE SOINS

1 NATURE DE L'INDICATEUR

[247] Le taux de feuilles de soins électroniques (FSE) et d'échanges de données informatisées (EDI) dans l'ensemble des feuilles de soins reçues est un indicateur d'objectif du sous-objectif « développer des services plus intégrés » du programme n°9 de la COG intitulé « simplifier la relation avec les assurés ». L'objectif COG est de 90,6 % pour 2012 et de 92,3 % pour 2013 en augmentation de 1,5 point par an pour les trois dernières années. Cet indicateur était déjà inclus dans la COG 2006-2009 avec un objectif de départ de 79,5 % en 2006 et de fin de cog de 85 % en 2009.

[248] Il s'agit également d'un objectif CPG particulièrement valorisé au titre du scoring des CPG (40 points sur 400 sur l'axe service) et faisant l'objet d'une déclinaison locale.

[249] L'indicateur est calculé par une requête locale écrite au niveau national. Elle consiste en la division du total des décomptes externes FSE et B2 par le total de la production feuilles de soins prestations en nature tous professionnels de santé confondus (y compris les transporteurs), hors prestations en espèces, et rémunérations forfaitaires (rémunération du médecin traitant…). La CPAM a une action à jouer dans le cadre de ses relations avec les professionnels de santé en démarchant les professionnels de santé pour qu'ils améliorent leur taux de télétransmission et en incitant les médecins nouvellement installés à télétransmettre. Le bénéfice pour l'assurance maladie est double, non seulement une automatisation des flux pour les caisses ce qui permet des gains d'ETP mais aussi une amélioration in fine de la qualité de service aux assurés par un service de remboursement plus rapide, moins coûteux (cf. absence de frais d'envoi de fiches papier) et qui limite les erreurs éventuelles inhérentes à toute pratique de ressaisie.

[250] Compte tenu des progrès déjà réalisés, il apparait de plus en plus difficile de fixer des progressions sensibles. L'objectif apparait désormais très ambitieux et la progression asymptotique. Les résultats consolidés 2013 montrent un taux de dématérialisation de 92,3 % au dernier trimestre[23], ce qui correspond juste à l'objectif fixé.

L'objectif est d'encourager à poursuivre la montée en charge de la dématérialisation des prestations en nature. La qualité de service aux usagers, si elle n'est pas absente des buts recherchés n'est toutefois qu'un objectif de second rang. Les assurés ne sont pas interrogés sur leur appréciation de la télétransmission entre les professionnels de santé et l'assurance maladie, et cette question ne fait pas non plus l'objet de réclamations. L'annexe intéressement pour le personnel administratif qui structure en trois pôles les indicateurs servant au calcul de la part nationale ne classe d'ailleurs pas l'indicateur FSE et EDI dans le pôle qualité de service mais dans le pôle performance économique et sociale, et la sous-rubrique « conforter l'efficience du réseau grâce à la dématérialisation » avec un objectif de 92 % (contre 92,3 % pour la COG) pour l'obtention de 100 points.

[23] Source CNAMTS

2 CONCLUSION

[251] A l'instar d'autres COG, il conviendrait de remplacer cette approche segmentée par une approche globale de la dématérialisation en créant un indicateur composite de la dématérialisation : flux totaux par voies dématérialisées rapportés au nombre total de flux.

INDICATEUR D'OBJECTIF N°6 : DELAI DE REMBOURSEMENT DES FSE ASSURES POUR LE 9EME DECILE

1 DEFINITION DE L'INDICATEUR

[252] Le délai de remboursement des feuilles de soins électroniques (FSE) des assurés pour le 9ème décile est un indicateur d'objectif du sous-objectif « développer des services plus intégrés » du programme n°9 de la COG intitulé « simplifier la relation avec les assurés ». L'objectif de délai de 7 jours pour 90 % des assurés n'a pas varié sur toute la durée de la COG ainsi que de la précédente.

[253] Inclus initialement dans les CPG 2010-2013, avec un score de 20 points sur 400 pour 2010, il était prévu de diminuer progressivement la valeur du score pour atteinte de l'objectif. L'avenant n° 2 aux CPG a supprimé cet indicateur.

[254] Le délai de remboursement au neuvième décile est celui s'écoulant entre la date du fait générateur (consultation, prescription…) et la date du mandatement calculé par une requête annuelle nationale sur le SNIIRAM ; les données sont disponibles le 2ème mois de l'année N+1.

[255] Depuis 2010, les résultats nationaux fluctuent entre 6,6 jours et 6,7 jours. Au premier semestre 2013, 17 caisses dépassaient l'objectif de 7 jours, seule la caisse de la Lozère excédant 8 jours (8,1 jours).

[256] Cet indicateur a perdu de son intérêt depuis que tous les flux FSE et B2 sont validés le jour de la réception et que les rejets et signalements sont traités quotidiennement. Il n'a plus pour intérêt que de traduire l'écart entre la date du fait générateur chez le professionnel de santé et la date d'envoi des flux par celui-ci lorsqu'il regroupe ses journées avant leur transmission.

2 CONCLUSION

[257] Les baromètres de satisfaction des assurés sociaux 2010, 2011 et 2012 montrent que sur les 60 000 assurés ayant répondu aux questions relatives aux délais de demandes de remboursement, 20 % estiment avoir été remboursés en plus de 3 semaines et qu'alors, l'indice de satisfaction se dégrade. Un indicateur sur les délais de remboursement feuilles de soins papiers et feuilles de soins électroniques confondues traduirait mieux la perception du service par l'assuré, sachant que les flux PSE représentent plus de 92 % de l'ensemble et devrait continuer de croître dans les années à venir, même si la progression sera nettement moindre qu'elle ne le fut dans le passé.

[258] Il est donc proposé de remplacer l'indicateur actuel par un indicateur de délai de remboursement tous supports confondus décompté à la date de réception de la feuille de soins ou du flux.

INDICATEUR D'OBJECTIF N°7 : TAUX DE MISE EN ŒUVRE DES PARCOURS ATTENTIONNES

[259] La création de parcours attentionnés par la CNAMTS vise à homogénéiser les modalités de prise en charge des assurés et des professionnels de santé dans des moments clés de leur relation avec l'assurance maladie. Aussi, la COG 2006-2009 a défini comme priorité le « développement des offres de service dans une logique de parcours clients et de services dédiés à certaines populations ». Cette politique stratégique se poursuit dans la COG 2010-2013 avec la création de nouvelles offres.

[260] Le concept de ces offres de services s'articule autour de quatre points :

- Il s'agir de mesures d'accompagnement pour les publics confrontés à une situation de vie spécifique ou encore difficile (précarité, situation de santé, situation administrative…).
- Ces offres visent à faciliter l'accès aux services (simplification administrative, développement des téléservices, dispositif d'information) mais aussi à améliorer les circuits de travail internes et optimiser les relations avec les partenaires.
- Ces offres sont un levier essentiel pour appuyer et faciliter la mise en œuvre de la politique de gestion du risque tant auprès des assurés que des professionnels de santé.
- Les résultats sont attendus sur l'ensemble des enjeux de performance : satisfaction des publics, efficience, prévention et maîtrise des risques.

1 DEFINITION DE L'INDICATEUR

[261] Le taux de mise en œuvre des parcours attentionnés est un indicateur d'objectif du sous-objectif « développer des services plus intégrés » du programme n°9 « simplifier la relation avec les assurés ». Il s'agit de déterminer le degré de mise en application au niveau local des parcours existants une année donnée. Ainsi l'indicateur correspond au pourcentage de caisses (90 %) ayant mis en place 4 parcours fin 2010, 7 parcours fin 2011, 9 parcours fin 2012 et 11 parcours fin 2013.

[262] Cet indicateur repris initialement dans les CPG sous l'intitulé « nombre de mise en œuvre des parcours attentionnés » a été supprimé par l'avenant de 2013.

[263] L'évaluation menée à la fin de l'année 2012 a servi à valoriser l'indicateur CPG sur le déploiement de l'ensemble des parcours attentionnés à savoir 9 parcours. L'indicateur CPG est sensiblement différent de l'indicateur COG dans la mesure où il consiste en la construction d'un score au regard de la mise en œuvre totale, partielle ou inexistante des parcours. Cette évaluation a porté, parcours par parcours, sur la mise en œuvre effective de la majorité des actions et notamment des actions proactives. Le résultat global obtenu (maximum 9) par chaque organisme est l'addition des notes obtenues pour chaque parcours. Chaque parcours est valorisé en fonction du nombre et du type d'actions mises en place. Un parcours mis en œuvre avec l'ensemble des actions proactives est valorisé comme déployé et comptabilise 1 point, un parcours mis en œuvre partiellement (peu d'actions ou pas d'actions proactives) est valorisé comme à demi déployé et rapporte ½ point.

[264] Les données sont les données déclaratives des CPAM recueillies en janvier de l'année n+1 au moyen d'une enquête par questionnaire. Trois questionnaires ont été diffusés depuis 2010, l'un en octobre 2010, un en décembre 2011 et un en février 2013.

[265] Depuis 2010, les questions ont été précisées. Toutefois, la caractérisation d'une offre comme étant déployée ou non reste peu rigoureuse. Ainsi le parcours CMUC est considéré comme déployé par 100 % des CPAM en 2011 mais la requête d'identification des bénéficiaires de CMUC est utilisée dans seulement 80 % des CPAM, l'envoi d'un courrier après identification par la requête dans 57 % des CPAM, la diffusion d'une plaquette aux professionnels de santé dans 32 % des CPAM, autant d'éléments qui sont différentes composantes du parcours attentionné CMUC.

[266] L'examen des parcours pour le bilan se révèle hétérogène. La CMUC fait l'objet d'une page et demie de questionnaire alors que le parcours déménagement, plus ancien parcours à avoir été mis en place, fait l'objet des quelques questions ci-dessous :

Le déménagement (LR-DDO-144/2008/LR-DDO-200/2011)

Date de mise en oeuvre de l'offre (si non déployée en 2011)		
	Oui	Non
Suite à la LR-DDO-200/2011, avez-vous été amenés à rappeler les modalités de simplification de la démarche	❒	❒
Si oui, sous quelle forme : réunion de service note de service débriefing équipes	❒ ❒ ❒	
Adressez-vous le nouveau courrier de bienvenue (annexe 2-LR citée ci-dessus)	❒	❒
Si non, pourquoi		

2 RESULTATS

[267] L'objectif du déploiement des actions telles que présentées dans la lettre-réseau DDO-6-2013 est d'obtenir une harmonisation du service sur l'ensemble du territoire. Les actions locales ne sont valorisées que si elles apportent un réel service supplémentaire. Selon le bilan fourni par la CNAMTS à la DSS, le taux de mise en œuvre des parcours attentionnés était, d'après les informations déclaratives des caisses, au niveau national de :

- 96 % en 2010 sur 4 parcours attentionnés,
- 94 % en 2011 sur 7 parcours,
- 92 % en 2012 sur 9 parcours,
- 92 % au 4ème trimestre 2013 sur 11 parcours.

[268] Le tableau ci-dessous récapitule les résultats enregistrés fin 2011 (cf. 7 parcours pris en compte). En 2010, le taux de mise en œuvre des parcours n'a pas été mesuré et n'a donc pas fait l'objet d'une retranscription en termes d'indicateur COG, l'objectif 2011 a été atteint à 77 % et l'objectif 2012 à 83 %

Tableau 16 : Mise en œuvre des parcours attentionnés fin 2011

Parcours attentionnés	Date de diffusion parcours	Pourcentage de caisses ayant déployé le parcours		Cible potentielle nationale	Volumétrie bénéficiaires	
		Total 2007/2010	Total 2011	Annuelle	Total 2007/2010	Total 2011
Installation PS	Juin 2007	92 %	100 %	5000	11 299	12 292
Maternité	Déc.2007/Juil .2008	94 %	100 %	650.000	440 165	511 157
Déménagement	Juillet 2008	94.2 %	99 %	-	*1 283 794*	*1 471 409**
Passage en invalidité	Mars 2009	99.8 %	100 %	73.000	58 815	65 279
Bénéficiaires CMUC	Août 2010	99.8 %	100 %	1 800 000	472 100	714 521
Prévention Désinsertion Professionnelle	Juillet 2010	-	100 %	85 000	-	61 751
Perte d'un Proche	Décembre 2010	-	99 %	545 000**	-	83 749

* Les données permettent de connaître les mutations enregistrées mais pas le nombre de bénéficiaires de l'offre.
** Nombre de décès en une année en France

Source : CNAMTS LR DDO 6-2013.

[269] La CNAMTS, dans sa lettre réseau DDO-131-2013, souligne l'hétérogénéité des conditions de mise en œuvre des parcours attentionnés. De plus, les parcours installation du professionnel de santé, déménagement ou CMUC ont peu de points en commun. Aussi, sommer les résultats des CPAM conduit à additionner des éléments différents.

[270] La mission considère aussi que l'identification de deux parcours dédiés aux professionnels de santé est discutable dès lors que l'offre n'est portée que par une seule lettre réseau (LR 106 2012 du 18 juillet 2012) intitulée « Nouvelle offre de service dédiée à l'installation des médecins avec extension aux médecins remplaçants » et que le questionnaire d'enquête du 20 février 2013 ne comporte qu'une fiche intitulée « l'installation du médecin et offre remplaçant ».

[271] Elle considère que fin 2011, 7 parcours attentionnés, récapitulés dans le tableau ci-dessus étaient en service, qu'un avait été ajouté en 2012, l'aide à la complémentaire santé portant le total à 8, et un en 2013 relatif à la première affiliation portant le total à 9. Ainsi ni l'objectif 2012 ni l'objectif 2013 ne pouvaient être atteints faute d'un nombre suffisant de parcours attentionnés.

3 CONCLUSION

[272] En dépit de l'intérêt de la mise en place de parcours attentionnés, la mission doute de la pertinence pour l'Etat de suivre un indicateur ne reflétant que le volume de parcours mis en place, sans s'attacher aux conditions de mise en œuvre ni à l'efficacité de ces dispositifs. Un indicateur centré sur le nombre de bénéficiaires touchés serait certes plus instructif mais en resterait à une vision de l'effort réalisé par la Cnamts et ne reflèterait pas la qualité effectivement perçue par les assurés. La mission propose de retirer cet indicateur de la prochaine COG. Cette suppression est d'autant plus justifiée que la CNAMTS considère que la quasi-totalité des CPAM a mis en œuvre les parcours attentionnés et que les différences entre CPAM sont marginales (absence d'ateliers collectifs dans certaines caisses compte tenu du contexte local – manque de réponses aux invitations, zone rural où difficulté de transport ; difficulté de mobilisation de partenaires locaux).

INDICATEUR D'OBJECTIF N°8 : TAUX DE FIABILITE DU PAIEMENT DES PRESTATIONS EN NATURE ET EN ESPECES

1 NATURE DE L'INDICATEUR

[273] Le taux de fiabilité du paiement des prestations en nature (PN) et en espèces (PE) est un indicateur d'objectif du sous-objectif « développer des services plus intégrés » du programme n°9 « simplifier la relation avec les assurés ». L'objectif de 99,3 % est resté stable pendant toute la durée de la COG 2010-2013.

[274] Selon la fiche de définition de l'indicateur, sa finalité est de « mesurer l'impact financier des erreurs résiduelles sur la liquidation des prestations PN et PE ».

[275] La COG précédente prévoyait deux indicateurs, l'un pour la fiabilité du règlement des PE, qui devait être supérieure à 98 % et l'autre pour la fiabilité du règlement des PN, calculée par le taux de rejet IRIS sur les flux, qui devait être inférieur à 2,5 %.

[276] Les CPG 2010-2013 ont intégré la fiabilité du traitement des prestations au travers d'un indicateur composite accordant le même poids au taux d'anomalies de liquidation des PN, qui doit être inférieur ou égal à 0,5 % et à celui de la liquidation des PE, qui doit être inférieur ou égal à 2 %. L'objectif PE pour les organismes est passé de 2 % d'erreur à 0,5 %. L'indicateur est la moyenne arithmétique des résultats des deux indicateurs. L'objectif est de fait de 99,5 %.

2 DEFINITION ET CALCUL DE L'INDICATEUR

[277] L'indicateur de fiabilité du processus de liquidation des PN et PE consiste à vérifier la fiabilité globale du produit en analysant un échantillon annuel aléatoire représentatif pour chacune des prestations.

[278] Pour l'indicateur COG, le taux de fiabilité est défini comme le taux d'incidence financière des anomalies égal à 1 moins le taux d'erreurs des PE multiplié par le montant des PE payées auquel s'ajoute le taux des erreurs PN multiplié par le montant des PN payées, le tout divisé par le montant total des prestations payées.

[279] Le prélèvement aléatoire des factures est réalisé quatre fois par an par le truchement d'une requête nationale pour chaque flux.

[280] La fiabilité du paiement est une donnée clé de la qualité du service à l'assuré, cependant la définition de l'indicateur par la CNAMTS s'écarte sensiblement de l'énoncé de la COG. En effet, la CNAMTS dans son dictionnaire des indicateurs précise que **seuls les indus sont pris en considération**. Ainsi seules les sommes payées à tort à l'assuré sont considérées comme dégradant la qualité des paiements, écartant les sommes dues non versées à l'assuré. L'année 2010, seuls les indus ont été pris en compte. La CNAMTS a précisé que les années suivantes les indus et rappels ont été intégrés dans l'indicateur mais le dictionnaire des indicateurs dont a disposé la mission ne précise pas cette évolution qui n'a pas eu de document montrant que la DSS ait eu à se prononcer sur la définition initiale et l'évolution de l'indicateur.

3 CONCLUSION

[281] Cet indicateur doit être maintenu dans la prochaine COG. Cependant, pour être pleinement pertinent, son mode de calcul doit prendre en compte l'ensemble des erreurs, en positif mais également en négatif le taux étant alors calculé par sommation des valeurs absolues des erreurs.

INDICATEUR D'OBJECTIF N°9 : DELAI DE PAIEMENT DES INDEMNITES JOURNALIERES

1 DEFINITION DE L'INDICATEUR

[282] Le délai moyen de règlement de la première indemnité journalière (IJ) non subrogée est un indicateur d'objectif du sous-objectif « développer des services plus intégrés » du programme n°9 « simplifier la relation avec les assurés ».

[283] Les objectifs sont progressifs tout au long de la COG : 46,7 jours en 2009, 40 jours en 2010, 35 jours en 2011, 30 jours en 2012 et 2013, soit une diminution du délai moyen de règlement de la première (IJ) non subrogée de 36% en fin de période conventionnelle.

[284] L'indicateur de délai moyen de règlement de la 1ère IJ non subrogée est également inscrit dans les CPG des CPAM. Les CPG initiaux prévoyaient un score de 20 points sur 400 de l'axe service pour l'atteinte de l'objectif en 2010 et 2011 puis de 15 points pour les années 2012 et 2013.

[285] Le délai est calculé entre la date d'arrêt de travail et la date de mandatement de l'IJ à l'assuré.

[286] L'arrêt initial de travail ou le bulletin d'hospitalisation est saisi dans le logiciel PROGRES. Pour les salariés du secteur privé, la CPAM mandate le paiement des indemnités journalières dès réception de l'attestation de salaire transmise par l'employeur et mentionnant les rémunérations et les heures effectuées lors des trois mois précédant l'arrêt de travail.

[287] L'indicateur concerne les IJ non subrogées maladie ou accident du travail à l'exclusion de la maternité et de la paternité. Toutefois, le dictionnaire des indicateurs DSS élaboré par la CNAMTS ne mentionne que les IJ maladie.

[288] Les résultats de cet indicateur sont pris en compte dans le calcul de l'intéressement.

2 PRECISIONS METHODOLOGIQUES

[289] Dans la COG 2006-2009, l'indicateur était défini en pourcentage des dossiers d'IJ maladie payés en moins de 30 jours (70 % en 2006, 90 % en 2009). L'indicateur de la COG 2010-1013 est calculé en délai moyen sur l'ensemble des dossiers.

[290] Selon que l'on s'intéresse à la COG ou aux CPG, l'alimentation de l'indicateur diffère.

[291] Pour la COG, il s'agit d'une requête nationale réalisée sur le SNIIRAM au 2ème mois de l'année N+1.

[292] Pour les CPG, l'atteinte de l'objectif se mesure sur l'année entière mais le suivi de l'objectif se réalise mensuellement de façon automatique sur le SNIIRAM pour la partie maladie, par requête SIAM sur la base ERASME régionale pour les AT/MP.

3 RESULTATS

[293] Selon les sources, les résultats varient sans que l'objectif de 30 jours soit atteint.

Tableau 17 : Résultats de l'indicateur délai de paiement des IJ

	2009	2010	2011	2012	2013
Objectif COG	46,7 jours	40 jours	35 jours	30 jours	30 jours
Résultat national (moyenne)		68,9 jours	39,23 jours	35,84 jours	36,16 jours
Nombre de CPAM atteignant l'objectif de l'année		4	55	31	31
Nombre de CPAM atteignant l'objectif de fin de COG		2	17	31	31

Source : CNAMTS

[294] En 2010, quatre CPAM règlent les IJ en moyenne en 40 jours maximum ce qui est l'objectif de la COG pour 2010, dont deux en moins de 30 jours ce qui est l'objectif de fin de COG. La moyenne nationale se situe à 68,91 jours. 68 CPAM se situent entre l'objectif et la moyenne nationale, 30 au dessus de la moyenne nationale, dont 6 qui règlent, en moyenne à plus de 3 mois.

Tableau 18 : Délais de paiement des IJ en 2010

Strate #	>= Limite inférieure	< Limite supérieure	# Enregs.	(%) # Enregistrements
1	23,80	31,00	2	1,96
2	31,00	41,00	2	1,96
3	41,00	68,91	68	66,67
4	68,91	90,00	24	23,53
5	90,00	120,00	6	5,88

Source : Tableau de bord détaillé de la CNAMTS, traitement mission
Note de lecture : 2 CPAM, soit 1,96% de l'ensemble des caisses, parviennent à régler les IJ de leurs assurés en 30 jours ou moins.

[295] En 2011, la performance s'améliore sensiblement puisque plus de la moitié des CPAM règlent les IJ en moyenne dans un délai inférieur à l'objectif de 35 jours fixé par la COG pour cette année là, dont 17 dans le délai maximum de 30 jours fixé comme objectif de fin de COG. Toutefois, la moyenne nationale (39,23 jours) continue à dépasser l'objectif de 35 jours et plus de 30 % des CPAM (32) se situent encore au dessus de la moyenne nationale.

Tableau 19 : Délais de paiement des IJ en 2011

Strate #	>= Limite inférieure	< Limite supérieure	# Enregs.	(%) # Enregistrements
1	20,66	30,10	17	16,67
2	30,10	35,10	38	37,25
3	35,10	39,24	15	14,71
4	39,24	60,00	32	31,37

Source : Tableau de bord détaillé de la CNAMTS, traitement mission.

[296] En 2011, les caisses les plus en retard, notamment les caisses d'Ile-de-France, enregistrent une amélioration de leurs délais spectaculaire en divisant par deux leur délai moyen de règlement des IJ non subrogées, phénomène qui, étant donné le poids important de ces caisses, pèse favorablement sur la moyenne nationale de cette année.

Tableau 20 : Liste des 32 CPAM réglant les IJ dans un délai supérieur à la moyenne en 2011

	N_CAISSE	CPAM	RÉGION	DEL_IJ_2010	DEL_IJ_2011	DE_IJ_2012	DEL_IJ2013
1	661	PERPIGNAN	LANGUEDOC-ROUSSILLON	75,70	39,49	36,86	29,27
2	561	VANNES	BRETAGNE	65,40	39,51	37,25	38,05
3	731	CHAMBERY	RHÔNE-ALPES	68,60	39,52	33,89	35,18
4	91	FOIX	MIDI-PYRÉNÉES	92,80	39,92	38,02	33,08
5	781	VERSAILLES	ILE-DE-FRANCE	81,20	39,99	38,01	40,35
6	624	ARTOIS	NORD-PAS-DE-CALAIS	65,90	40,10	36,18	30,54
7	331	BORDEAUX	AQUITAINE	69,00	40,29	34,31	34,15
8	764	ROUEN-ELBEUF-DIEPPE	HAUTE-NORMANDIE	74,60	40,50	31,72	34,66
9	542	MEURTHE-ET-MOSELLE	LORRAINE	75,70	40,62	37,76	34,05
10	721	LE MANS	PAYS DE LA LOIRE	64,30	40,73	36,09	34,72
11	261	VALENCE	RHÔNE-ALPES	77,60	41,12	34,14	33,43
12	861	POITIERS	POITOU-CHARENTES	68,70	41,31	32,27	36,17
13	801	AMIENS	PICARDIE	77,40	41,54	35,70	36,39
14	791	NIORT	POITOU-CHARENTES	62,90	41,55	31,01	31,74
15	491	MAINE-ET-LOIRE	PAYS DE LA LOIRE	62,50	41,68	37,38	33,70
16	631	CLERMONT-FERRAND	AUVERGNE	71,20	42,35	35,04	38,60
17	342	HERAULT	LANGUEDOC-ROUSSILLON	78,10	43,38	38,66	35,75
18	571	MOSELLE	LORRAINE	82,20	43,48	39,91	40,39
19	771	MELUN	ILE-DE-FRANCE	82,70	43,68	39,73	42,10
20	921	NANTERRE	ILE-DE-FRANCE	95,90	44,33	34,55	34,69
21	131	MARSEILLE	PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	86,20	44,79	42,37	40,81
22	682	HAUT-RHIN	ALSACE	77,00	45,09	39,55	45,34
23	673	BAS-RHIN	ALSACE	83,60	45,55	41,68	42,77
24	911	EVRY	ILE-DE-FRANCE	89,10	45,72	38,66	41,27
25	271	EVREUX	HAUTE-NORMANDIE	100,70	46,99	42,86	37,19
26	181	BOURGES	CENTRE	85,90	47,19	28,30	25,91
27	691	RHONE	RHÔNE-ALPES	72,30	47,27	38,57	42,68
28	951	CERGY PONTOISE	ILE-DE-FRANCE	87,80	49,20	44,20	50,68
29	441	LOIRE-ATLANTIQUE	PAYS DE LA LOIRE	77,80	51,65	40,22	36,62
30	941	CRETEIL	ILE-DE-FRANCE	110,60	55,92	55,42	56,11
31	931	BOBIGNY	ILE-DE-FRANCE	114,70	56,84	51,24	49,70
32	751	PARIS	ILE-DE-FRANCE	108,10	59,16	52,90	49,93

Source : CNAMTS, Traitement mission.

[297] En 2012, 31 CPAM règlent les IJ dans un délai inférieur à l'objectif fixé par la COG pour cette année-là ; en revanche, 70 % des CPAM continuent à régler dans un délai supérieur à l'objectif, dont 25 au-delà de la moyenne nationale qui s'établit à 35,84 jours.

Tableau 21 : Délais de paiement des IJ en 2012

Strate #	>= Limite inférieure	< Limite supérieure	# Enregs.	(%) # Enregistrements
1	24,81	30,01	31	30,39
2	30,01	35,85	46	45,10
3	35,85	60,00	25	24,51

Source : Tableau de bord détaillé de la CNAMTS, traitement mission.

[298] En 2013, seules 31 CPAM sur 102 ont réussi à atteindre la cible d'un règlement de la première IJ non subrogée en moins de 30 jours fixée par la COG pour 2013. La moyenne nationale reste encore supérieure de plus de 6 jours à la cible fixée.

Tableau 22 : Délais de paiement des IJ en 2013

Strate #	>= Limite inférieure	< Limite supérieure	# Enregs.	(%) # Enregistrements
1	25,91	30,10	31	30,39
2	30,10	60,00	71	69,61

Source : Tableau de bord détaillé de la CNAMTS, traitement mission.

[299] La CPAM ne maîtrise que partiellement les délais de la liquidation puisqu'elle dépend du délai pris par l'employeur pour transmettre les données de salaire nécessaires au calcul de l'IJ. Même dans le cas de processus automatisés, il est de pratique courante que l'employeur établisse les DSIJ en même temps que la paie du mois, ce qui retarde d'autant le calcul.

[300] La MNC critique les modalités de calcul en notant que certaines CPAM procèdent à des liquidations provisoires. Certaines CPAM procèdent en effet à une liquidation provisoire sur le fondement des trois derniers bulletins de salaire fournis par le salarié et d'une attestation de non subrogation. La mission a effectivement constaté qu'à la CPAM du Gard une première liquidation est réalisée sur la base des trois derniers bulletins de salaires présentés et d'une attestation de non subrogation et que la régularisation intervient après réception de la déclaration de salaires de l'employeur.

[301] Cette pratique présente le désavantage d'un surcroît potentiel de travail si l'attestation transmise par l'employeur conduit à une révision du calcul des IJ. En réalité, une liquidation sur la base des 3 derniers bulletins de salaire est plutôt susceptible de se traduire par des moins perçus que par des trop perçus ; le risque financier pour la CPAM est donc négligeable. Par ailleurs le poids d'une éventuelle double liquidation doit être aussi rapproché d'une part d'une diminution des réclamations et d'autre part d'une meilleure satisfaction client. Compte tenu de l'importance pour l'assuré d'un paiement rapide des IJ comme revenu de remplacement, cette pratique apparait à encourager.

4 CONCLUSION

[302] Il s'agit d'un indicateur essentiel pour lequel la cible fixé semble pourtant inaccessible sans modification des pratiques. La DSN devrait, à terme, modifier sensiblement le contexte. Toutefois, compte tenu de la sensibilité de la question il convient de le maintenir tout en favorisant les bonnes pratiques.

[303] Pour la COG à venir, la mission estime nécessaire de mieux définir le périmètre de l'indicateur en précisant qu'il s'agit de l'ensemble des IJ maladie et AT/MP.

INDICATEUR D'OBJECTIF N°10 : TAUX DE SATISFACTION DES ASSURES

1 DEFINITION DE L'INDICATEUR

[304] Le taux d'assurés satisfaits est un indicateur d'objectif du programme n°9 « simplifier la relation avec les assurés ». Il correspond à la proportion d'assurés sociaux qui ont un niveau de satisfaction globale concernant leur Caisse primaire d'assurance maladie jugé « très satisfaisant » ou « satisfaisant ». Toutefois dans les questionnaires administrés la formulation initiale a été modifiée par la requalification de la modalité « satisfaisant » en « assez satisfaisant ». L'adjonction de l'adverbe « assez » a eu probablement pour effet d'accroître la proportion d'assurés satisfaits.

[305] L'objectif COG 2010-2013 relatif au taux d'assurés satisfaits est fixé à un seuil de 75% en 2010 et 80% en 2013.

[306] Le taux de satisfaction des assurés est également un indicateur CPG et d'intéressement « part nationale ». Il était initialement coté 25 points sur 400 de l'axe service comme l'indice de satisfaction des professionnels de santé d'une part et des employeurs d'autre part. En 2013, le nombre de points attaché à cet indicateur de satisfaction a été porté à 35, l'indice de satisfaction des employeurs ayant été supprimé des CPG.

[307] La satisfaction des assurés était également un indicateur de la COG 2006-2009 mais calculé différemment. En effet, l'indicateur fixé dans la COG 2006-2009 était centré sur une valeur de la satisfaction alors que la COG 2010-2013 définit un volume de personnes satisfaites. Plus précisément, il s'agissait d'obtenir par le truchement de « clients mystères » un indice de satisfaction supérieur à 7[24]. Dans les faits, ces manières différentes de définir l'indicateur de satisfaction des assurés rendent en définitive compte d'une même réalité : une valeur moyenne supérieure à 7 traduit une part élevée d'individus satisfaits de l'Assurance maladie et a contrario une valeur moyenne inférieure à 7 une part élevée d'assurés insatisfaits. L'avantage néanmoins du passage à une étude en volume est qu'elle permet d'identifier clairement les deux catégories de population alors qu'une moyenne détermine seulement une tendance centrale et, qui par un jeu de compensation de valeurs extrêmes, peut cacher la distribution des satisfaits et des insatisfaits. Cette préférence pour l'analyse en termes de taux de satisfaction s'explique d'autant plus que les valeurs affectées aux réponses sont définies de manière totalement arbitraire ; ainsi le chiffre affiché in fine n'a pas véritablement de sens en soi.

[308] Par ailleurs, les signataires de la COG 2010-2013 ont noté dans l'item « faire évoluer la qualité de service » que les outils de mesure de la satisfaction des publics élaborés en 1998 étaient datés et inadaptés à l'évolution de la gamme de services offerts et reflétaient davantage une enquête d'image que la qualité du service. Deux objectifs devaient alors être intégrés :

- lisser sur l'année le dispositif de mesure globale de la satisfaction,
- mesurer la qualité de service dès sa réalisation sur la base d'une segmentation des publics.

[24] L'indice est calculé de la manière suivante : on affecte respectivement les notes de 10, 7, 3 et 0 aux réponses respectivement « très satisfaisant », « assez satisfaisant », « peu satisfaisant », « pas du tout satisfaisant » et l'indice correspond à la moyenne des notes des personnes répondantes.

[309] La première observation a eu une traduction directe dans le mode de mesure de la satisfaction des publics. Le taux de satisfaction est déterminé au moyen d'un questionnaire établi au niveau national par la CNAMTS dont il n'est que l'un des nombreux items. Les enquêtes sont menées auprès des assurés au niveau local et font l'objet ensuite d'une consolidation nationale. Le questionnaire intègre plusieurs questions relatives aux contacts de l'assuré avec l'Assurance maladie et à son niveau de satisfaction sur des thématiques spécifiques (services ou modes de contact). L'appréciation de la satisfaction globale telle qu'elle apparait dans l'indicateur COG fait l'objet d'une question en propre et n'est pas la combinaison des réponses en termes de satisfaction vis-à-vis des services et des modes de contact de l'Assurance maladie, même si certaines variables sont bien corrélées à la satisfaction globale (cf. tableau ci-dessous). En particulier, la satisfaction globale vis-à-vis de la CPAM est fortement corrélée à la satisfaction relative au nombre de contacts que l'individu doit avoir avec sa CPAM pour recevoir une réponse à ses demandes et à l'image de la CPAM, et dans une moindre mesure, aux niveaux de satisfaction vis-à-vis des informations fournies par la CPAM et de la carte vitale.

Tableau 23 : Coefficients de corrélation des variables de satisfaction ciblée à la satisfaction globale

	Satisfaction globale		**Satisfaction globale**
Satisfaction relative aux demandes de remboursement	0,25	Satisfaction relative au traitement des demandes écrites	0,19
Satisfaction relative aux demandes de modifications des données personnelles	0,17	Satisfaction concernant l'accueil téléphonique de la CPAM	0,20
Satisfaction concernant la carte vitale	**0,34**	Satisfaction concernant les visites en accueil	0,18
Satisfaction concernant les revenus de remplacement	0,11	Satisfaction concernant le site ameli.fr	0,26
Satisfaction relative au traitement de la dernière réclamation	0,23	Satisfaction relative au nombre de contacts nécessaires pour une réponse aux demandes	**0,56**
Satisfaction concernant les informations fournies par la CPAM	**0,38**	Image de la CPAM	**0,42**

Source : Echantillon des 72 599 assurés de l'enquête de satisfaction 2012 de la CNAMTS. Calculs mission.

[310] En 2010 et 2011, la périodicité de l'enquête est annuelle. Un questionnaire auto-administré sur papier fut envoyé courant décembre 2010 pour l'indicateur 2010, et durant le second semestre 2011 pour l'indicateur 2011. A partir de 2012, la mesure de l'indicateur COG est lissée sur l'ensemble de l'année avec la mensualisation des enquêtes. La taille de l'échantillon a par ailleurs augmenté, passant de 902 assurés en 2010 (échantillonnage sur une base nationale de 6 000 assurés) à 72 599 en 2012 (échantillonnage sur les bases locales et consolidation nationale), ce qui tend à améliorer la robustesse des résultats.

2 RESULTATS

[311] Sur l'ensemble de la période de la COG, l'objectif fixé a largement été atteint au niveau national. Le taux de satisfaction des assurés augmente au cours du temps avec une proportion d'assurés satisfaits de 92,2% en 2010, 92,5% en 2011 et 92,7% en 2012. Au niveau local, les résultats varient entre 59,7% et 97% d'assurés satisfaits avec une médiane à 93,4%.

Tableau 24 : Taux de satisfaction des assurés en 2012

	Taux d'assurés	Total de satisfaits et d'insatisfaits
« Très satisfaits »	22,17%	92,7%
« Assez satisfaits »	70,56%	
« Peu satisfaits »	6,51	7,3%
« Pas du tout satisfaits »	0,76	

Source : Enquête de satisfaction 2012 de la CNAMTS.

[312] Champ: Individus ayant répondu à la question relative à la satisfaction globale vis-à-vis de la CPAM

[313] L'agrégation des « assez satisfaits » et des « très satisfaits » a pour conséquence de donner une grande inertie à cet indicateur en raison du poids très élevé des « assez satisfaits » (environ 70 %, cf. tableau ci-dessus) au regard des autres appréciations « très satisfaits », « peu satisfaits » et « pas du tout satisfaits ». Dès lors, l'objectif d'assurés assez satisfaits ou très satisfaits de 75 % en 2010 et de 80 % en 2013 ne correspond plus à un véritable enjeu.

[314] La part des assurés « très satisfaits » de leur CPAM passe de 16,4 % en 2010 à 21,4 % en 2011 et 22,2 % en 2012 et celle des assurés insatisfaits, c'est-à-dire à la fois « peu satisfaits » et « pas du tout satisfaits » diminue progressivement de 7,8% en 2010 à 7,5 % en 2011 et 7,3 % en 2012, ce qui est une évolution favorable.

[315] Le traitement de la dernière réclamation constitue la prestation la moins bien perçue (68 % d'assurés satisfaits en 2012 contre plus de 80% pour les autres services). Cependant, il existe un biais méthodologique possible sur cette question dans la mesure où la réponse agrège des éléments de qualité de service sur lesquels l'assurance maladie peut agir (ex. rapidité de la réponse, clarté,…) et d'autres sur lesquels elle ne peut pas agir (ex. critères d'attribution légaux) et qui peuvent générer mécaniquement de l'insatisfaction de l'usager si la réponse finale ne le satisfait pas.

3 REMARQUES SUR LA METHODOLOGIE D'ENQUETE CONDITIONNANT LES RESULTATS DE L'INDICATEUR

[316] Les observations de la mission sur l'enquête de satisfaction des assurés sociaux portent, d'une part, sur la conception de l'enquête et, d'autre part, sur l'exploitation des données collectées.

[317] La mission s'est focalisée sur la méthodologie et les résultats de la dernière enquête nationale disponible, à savoir 2012, et a pu avoir accès à la table de données avec l'ensemble des observations et des variables, à l'exception des verbatim recueillis aux trois questions ouvertes du questionnaire. Le questionnaire de l'enquête a été modifié entre la version 2010 et la version 2011 réutilisée en 2012 mais a priori les modifications apportées n'ont pas d'impact sur l'interprétation des résultats. La mission n'a pas pu vérifier ce point faute d'accès au questionnaire 2010.

[318] Du point de vue de la conception de l'enquête, les orientations prises par la CNAMTS sont les suivantes :

- L'enquête est menée mensuellement auprès d'environ 300 assurés par caisse locale, pour un total annuel de 318 000 questionnaires envoyés par voie postale.

[319] La mensualisation permet à la fois aux CPAM et à la CNAMTS d'avoir un suivi au fil de l'eau de cet indicateur et de pouvoir mettre en œuvre des plans d'actions en cours d'année pour améliorer la satisfaction des assurés.

[320] La mensualisation a, par ailleurs, l'avantage de pouvoir ajuster au dernier semestre/trimestre le nombre de questionnaires à envoyer en fonction du taux de réponse provisoire afin de conserver une bonne représentativité de la population. Toutefois, le taux de non-réponse totale reste trop élevé (77,2% en 2012).

[321] L'équi-répartition géographique permet de suivre les résultats de l'intégralité des implantations territoriales et d'avoir un niveau suffisant d'observations dans chaque CPAM pour en tirer des enseignements. L'inconvénient est que l'on ne tient pas compte de l'effet taille de la CPAM qui peut avoir pourtant des répercussions en termes de gestion des dossiers et par conséquent en termes de satisfaction.

- La population cible est constituée des consommants dans les trois derniers mois.

[322] Cette définition s'explique par la volonté de prendre le champ global de l'assurance maladie et donc d'avoir un échantillon le plus large possible de bénéficiaires du système de sécurité sociale. Le principal écueil est qu'il introduit un trop grand nombre de personnes n'ayant pas eu de contacts avec l'assurance maladie. Or, ces personnes-là sont les moins à même d'exprimer une opinion sur leur relation avec l'assurance maladie compte tenu de l'absence de démarches spécifiques réalisées. Ainsi sur les 72 599 individus interrogés, 13 519 individus (soit 20% de l'échantillon) déclarent n'avoir eu aucun contact direct avec leur CPAM au cours des six derniers mois. La mesure de la satisfaction repose véritablement sur les 80% restants ; en termes de pilotage pour les CPAM l'intérêt porte sur cette population puisque l'amélioration de l'offre à des fins de taux de satisfaction supérieurs est entièrement liée aux besoins de la demande de services de l'assurance maladie. Tel qu'il est conçu actuellement, l'indicateur COG ne porte pas exclusivement sur les 80% pertinents ce qui tend à fausser le niveau de satisfaction de la relation de service et limiter la portée des résultats.

- Le taux d'assurés satisfaits est calculé comme l'agrégation d'individus « assez satisfaits » et « très satisfaits » de leur relation avec la CPAM.

[323] La formulation « assez satisfaisant » donne une vision minimale du degré de satisfaction des individus et peut englober des individus qui n'ont pas réellement d'avis sur la question, d'autant que la case « Ne sait pas/Sans opinion » n'existe pas.

[324] Du point de vue de l'exploitation des données[25], la richesse de l'enquête permet à la CNAMTS ainsi qu'aux CPAM de mettre en évidence les profils de personnes satisfaites et insatisfaites et les leviers à actionner pour réduire l'insatisfaction des assurés.

[325] Cependant, le mode d'exploitation des données appelle plusieurs remarques.

[25] La mission recommande à la CNAMTS d'être plus prudente lors de la saisie informatique des résultats d'enquêtes. Dans l'enquête 2012, cinq individus sont répertoriés plusieurs fois (22 fois). Ce surplus de 17 observations ne modifie toutefois pas les résultats de satisfaction.

[326] Tout d'abord, aucun traitement n'est fait de la non participation totale. Or l'existence de données manquantes détériore la qualité des estimations. La CNAMTS fait implicitement l'hypothèse que les non participants à l'enquête ont les mêmes caractéristiques que les participants. Or, en général, les profils sont différents et les caractéristiques des non-répondants expliquent parfois leur absence de participation à l'enquête. Afin de prendre cela en considération et de corriger les biais qu'induit la non participation, un traitement de la non-réponse totale est nécessaire avec un mécanisme de repondération des individus présents dans l'échantillon, repondération que la CNAMTS n'effectue pas à ce jour même sur l'échantillon des personnes qui participent effectivement à l'enquête. Cette repondération pourrait par exemple tenir compte du profil de la base des consommants initial (cf. âge, milieu, niveau de revenus,…).

[327] Par ailleurs, outre le problème de la non participation à l'enquête, la problématique de la non-réponse partielle est tout aussi préoccupante pour la qualité des données : seuls 5% des assurés ont répondu à l'ensemble des questions pour lesquelles ils étaient concernés. Si on évince les questions pour lesquelles la réponse est conditionnelle à l'expérience de l'assuré et en se concentrant sur les seules questions obligatoires, le taux de réponse complète est de 17%, ce qui reste très faible. Sur la question relative à la satisfaction globale, 6 509 observations sont manquantes, ce qui représente tout de même 9% de valeurs manquantes dans l'échantillon. La CNAMTS, en ne prenant pas en compte la non-réponse partielle dans l'interprétation des résultats, fait l'hypothèse implicite que la répartition de la satisfaction des non-répondants est la même que celle des répondants. Les résultats nationaux affichés par cette dernière peuvent alors être sensiblement différents de ce qui serait observé pour en traitant cette non-réponse.

[328] En l'état, c'est-à-dire sans redressement des valeurs inobservées, ce qui revient à considérer que la modalité de réponse « ne sait pas » ou absence de réponse est une modalité à part entière, le taux de satisfaction calculé sur l'échantillon total est de 84,4% au lieu de 92,7%. Parmi les 84,4% d'assurés satisfaits, 64,2% sont assez satisfaits et 20,1% très satisfaits. 6,6% des assurés sont insatisfaits, dont 0,7% pas du tout satisfaits.

[329] Les résultats obtenus sont synthétisés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 25 : Comparatifs de résultats de taux de satisfaction en tenant ou non compte des non répondants

	Base sans tenir compte des non renseignés (1)	Base en tenant compte des non renseignés (2)
Non renseigné	-	8,97%
Très satisfaits	22,17%	20,18%
Assez satisfaits	70,56%	64,24%
Peu satisfaits	6,51%	5,92%
Pas du tout satisfaits	0,76%	0,69%
Total Satisfaits	**92,7%**	**84,4%**
Total Insatisfaits	**7,3%**	**6,6%**

Source : Enquête de satisfaction 2012 CNAMTS
Champ : (1) Echantillon des répondants à la question de satisfaction globale ; (2) Echantillon des 72 599 observations.

[330] La mise en œuvre de techniques d'imputation permettant de traiter la non-réponse apparaît donc indispensable pour consolider les différentes mesures de la satisfaction. Au-delà de ces méthodes statistiques, il serait nécessaire de limiter au maximum, au moment même de la passation du questionnaire aux assurés, la non réponse partielle.

4 RECOMMANDATIONS

[331] Un rapport de l'IGAS de 2011[26] a analysé les méthodes d'enquête utilisées pour connaître la satisfaction des assurés sociaux du régime général de sécurité sociale et l'utilisation concrète de ces enquêtes pour améliorer la qualité des services rendus.

[332] Parmi les principaux enseignements tirés de ses travaux, la mission notait « en soi, l'analyse de taux de satisfaction n'a que peu d'intérêt. L'analyse des extrêmes (répondants très satisfaits et très insatisfaits), celles des causes de satisfaction et surtout d'insatisfaction, réalisées par certaines institutions, paraissent plus riches d'enseignement ».

[333] La mission s'inscrit dans le cadre des observations du rapport de 2011. Elle propose en conséquence d'amender l'indicateur actuel pour a minima le concentrer sur le taux d'assurés « très satisfaits ».

[334] De multiples améliorations méthodologiques devraient de plus être apportées au dispositif d'enquête et d'exploitation des données. En particulier, afin d'améliorer la qualité de la mesure du taux de satisfaction par le biais de l'enquête nationale, la mission recommande de mettre en place des procédures de relance afin d'augmenter le taux de retour des questionnaires et de corriger systématiquement la non-réponse par des mécanismes de repondération ou d'imputation. L'objectif est d'améliorer la significativité des résultats statistiques affichés, qui pour le moment sont entachés par une déformation de la représentativité de l'échantillon, et qui ont pourtant un impact non négligeable en termes de stratégie de la qualité de service. Pour faciliter la gestion, la périodicité de l'enquête pourrait être modifiée en faveur d'une base trimestrielle. Les bienfaits de la mensualisation en termes de lissage et de suivi seraient ainsi conservés et cela permettrait de développer des leviers d'actions afin d'éviter de distordre l'échantillon de départ et de perdre de la représentativité.

[26] Vingt recommandations sur les enquêtes de satisfaction et l'amélioration de la qualité de service aux assurés du régime général de sécurité sociale Rapport IGAS RM2011-098P Dominique GIORGI

INDICATEUR D'OBJECTIF N°11 / INDICATEUR DE SUIVI N°2 : TAUX DE CERTIFICATION DES BENEFICIAIRES

1 DEFINITION DE L'INDICATEUR

[335] Le taux de certification des bénéficiaires (assuré et ayants droits) est un indicateur d'objectif du programme n°10 « améliorer l'accompagnement de l'assuré pour garantir l'accès aux droits ». L'objectif est un taux de certification des bénéficiaires de plus de 16 ans de 99,5 % dès 2010.

[336] La COG comprend également un indicateur de suivi, c'est-à-dire sans objectif chiffré, qualifié de « taux des assurés dont les droits sont à justifier ».

[337] Le taux de certification des NIR des bénéficiaires est également un indicateur CPG en début de COG, évalué à 25 points pour 2010 puis 10 points pour 2011. A compter de 2012, il était prévu initialement un taux de qualité des fichiers valant également 10 points. Le premier avenant signé en 2012 a supprimé l'indicateur sur le taux de certification au RNIAM et l'a remplacé par un indicateur sur le taux des assurés sans droits évalué à 10 points. Ce dernier, calculé automatiquement à la fin de chaque trimestre par une requête SIAM sur les bases ERASME régionales, correspond au nombre total d'assurés sans droits divisé par le nombre total d'assurés enregistrés dans la base de données des bénéficiaires (BDO). Le deuxième avenant en 2013 supprime l'indicateur sur le taux d'assurés sans droits pour ne garder qu'un seul indicateur sur le taux de dossiers en anomalie de gestion coté 20 points, ce qui est un indicateur plus large que le taux de certification.

[338] Il existe également dans les objectifs pour la part variable du directeur un indicateur relatif au taux d'assurés sans droits représentant 10 % de la part variable.

[339] L'importance de ces indicateurs relatifs à la qualité de la base de données des bénéficiaires dont dispose la CNAMTS est forte car c'est de la fiabilité de la base que dépend pour une large part la qualité des traitements ultérieurs qui peuvent en être fait et donc la bonne gestion des bénéficiaires.

2 RESULTATS

[340] Depuis 2011, les résultats pour l'indicateur d'objectif sont supérieurs à 99,5 %.

3 CONCLUSION

[341] En raison notamment de l'automatisation des procédures de délivrance du NIR, l'indicateur initial de la COG apparait daté. Son abandon sous cette forme dans les CPG est le reflet de l'absence d'enjeu opérationnel sur cet indicateur.

[342] Plusieurs options sont envisageables pour la COG à venir.

[343] La première option est de supprimer les deux indicateurs d'objectif et de suivi pour rattacher l'ensemble du processus au plan de maitrise socle R41 de gestion des bénéficiaires, le suivi de la qualité étant alors déporté sur le processus de certification.

[344] La seconde option est le maintient l'indicateur dans la prochaine COG. Dans ce cas, il conviendrait alors de fusionner l'indicateur de suivi et l'indicateur d'objectif dans un seul indicateur d'objectif de taux de dossiers en anomalie de gestion en reprenant la définition de l'indicateur composite du CPG 2013 à savoir :

- Les dossiers d'ouvreurs de droits où un bénéficiaire est non certifié
- Les dossiers d'ouvreurs de droits où un bénéficiaire est en doublon de rattachement sur la caisse
- Les dossiers d'ouvreurs de droits non rattachés pour la maladie
- Les dossiers contenant un bénéficiaire enfant de plus de 21 ans
- Les étudiants sans droits.

INDICATEUR D'OBJECTIF N°12 : DELAI MOYEN DE DELIVRANCE DE LA CARTE VITALE

1 NATURE DE L'INDICATEUR

[345] Le délai moyen de délivrance de la carte vitale est un indicateur d'objectif du programme n°10 « améliorer l'accompagnement de l'assuré pour garantir l'accès aux droits ».

[346] Il s'agit également d'un indicateur des CPG 2010-2013, dont la valeur a été portée de 10 points initialement à 15 points par l'avenant n°2 de 2013.

[347] La COG 2006-2009 comportait également cet indicateur et excluait également du périmètre le délai de collecte de la photo nécessaire pour la carte vitale 2.

[348] Le délai est calculé par des requêtes régionales SIAM sur ERASME.

[349] Le délai moyen fixé était de 22 jours pour 2010 ramené progressivement à 19 jours en 2013.

2 RESULTATS

[350] Le délai atteint est passé de 25,3 jours en 2010 à 19,94 jours en 2012.

[351] En septembre 2013, la moyenne était de 19,92 jours (20,28 en septembre 2012). 93 caisses atteignaient l'objectif socle[27] fixé à 22 jours.

[352] Toutes les CPAM visitées critiquent cet indicateur qu'elles considèrent comme un indicateur subi par la CPAM qui n'intervient que marginalement dans le processus et qui reflète essentiellement la célérité de la numérisation et de la production sur lesquelles elles estiment n'avoir que peu de prise du fait de l'intervention d'un prestataire.

[353] On soulignera que la « carte vitale » est la prestation la mieux perçue dans les enquêtes de satisfaction mais que la satisfaction pour le délai d'obtention a baissé de près de 4 points entre 2010 et 2012 passant de 76,4 % de satisfaits à 72,7 % à rebours des délais calculés. Toutefois, l'action de commander une carte vitale 2 reste exceptionnelle. En 2012, 69 % des personnes interrogées ne disposaient pas de carte vitale 2 et 98 % n'en avait pas commandée.

3 CONCLUSION

[354] La question de ce qu'on l'on souhaite mesurer au travers de ce délai de délivrance de la carte vitale doit être posée.

[355] Si l'objectif est d'accélérer les remplacements de cartes perdues, le délai pourrait être fixé pour les seules cartes ayant fait l'objet d'une déclaration de perte, le délai commençant à courir au moment de la déclaration.

[356] Tel que défini actuellement dans la COG, le délai de délivrance de la carte vitale n'apparait pas indispensable comme indicateur d'objectif mais pourrait être un indicateur de suivi. L'indicateur d'objectif pourrait être le taux de satisfaction (cf. « très satisfait ») à l'égard du délai de délivrance de la carte sachant qu'il n'est aujourd'hui que de 73 %.

[27] L'objectif socle est défini par la CNAMTS et est considéré comme l'objectif en dessous duquel chaque caisse ne doit pas descendre.

INDICATEUR D'OBJECTIF N°13 : NOMBRE D'ADHERENTS AU COMPTE ASSURE ET INDICATEUR DE SUIVI N° 3 AMELI ASSURES : NOMBRE MOYEN DE CONNEXIONS PAR ADHERENT ET PAR AN

1 DEFINITION DE L'INDICATEUR

[357] Le nombre d'adhérents au compte assuré est un indicateur d'objectif du programme n°11 « enrichir l'offre en ligne ».

[358] Il s'agit également d'un indicateur CPG avec des objectifs locaux. Les objectifs locaux sont fixés en pourcentage d'assurés titulaires d'un compte AMELI. Cet indicateur était doté initialement de 35 points en 2010 et 2011 ramenés à 30 points pour les années 2012 et 2013. Alors que la COG prévoit un objectif de 11 millions de comptes pour 2013, l'avenant n°2 aux CPG fixe un objectif sensiblement plus ambitieux de 13 millions de comptes pour 2013.

[359] A coté de l'indicateur d'objectif, la COG comprend également un indicateur de suivi intitulé « nombre moyen de connexions par adhérent et par an ». Cet indicateur a fait l'objet d'une définition pour les CPG mais n'a pas été décliné dans le réseau.

[360] L'indicateur est le nombre d'assurés adhérant au compte ouvreurs de droits ayant effectué au moins une connexion au service. Il est calculé automatiquement à M+1 à partir de l'annuaire des adhérents.

2 RESULTATS

[361] Le nombre d'adhérents a cru rapidement, de 6,3 millions en 2010 à 10,7 millions en 2012 pour atteindre 13,6 millions au 31 décembre 2012).

3 CONCLUSION

[362] L'indicateur nombre d'adhérents au compte assuré correspond indirectement aux engagements de la CNAMTS de développement de prestations en ligne. Ces engagements ont fait l'objet de bilan dans le cadre des bilans détaillés que la CNAMTS fournit annuellement à la DSS.

[363] Cependant, cet indicateur ne donne aucune vision du taux de couverture sur la population assurée. La mission propose de lui substituer comme indicateur d'objectif un taux d'assurés ayant un compte AMELI. Un tel indicateur existe d'ores et déjà dans les CPG.

[364] Elle propose également de conserver l'indicateur de suivi relatif au nombre de connexions par adhérent et par an.

INDICATEUR DE SUIVI N°1 : TAUX DE SITES D'ACCUEIL DES SIEGES CONFORMES AUX TROIS NIVEAUX

1 NATURE DE L'INDICATEUR

[365] Le taux de sites d'accueil des sièges conformes aux trois niveaux est un indicateur de suivi du programme n°8 « s'engager sur une offre accessible et de qualité ». Les trois niveaux sont : le libre service, l'accueil rapide et l'accueil en bureau individuel, les signataires de la COG prévoyant que cette structuration devrait être généralisée à l'issue de deux périodes conventionnelles.

[366] Il s'agit d'une donnée déclarative dont les données sont remontées au travers d'une enquête questionnaire dispensée dans Mediam.

[367] Cet indicateur n'a pas fait l'objet d'indicateur CPG.

2 RESULTATS

[368] Selon les données transmises par la CNAMTS à la DSS, 95 % des sites d'accueil des sièges sont conformes à cette organisation de l'accueil en trois niveaux.

3 ANALYSE CRITIQUE ET CONCLUSION

[369] La mission lors de ses déplacements a constaté la multiplicité des formes de l'accueil tenant tant à des contraintes physiques de taille des locaux qu'à des volontés managériales. Elle a aussi constaté la mutualisation des accueils, notamment avec le service médical, qui amène également à des pratiques spécifiques.

[370] En l'absence de politique d'unification systématique de l'accueil, notamment avec le développement d'une organisation et d'une signalétique fortement structurées, cet indicateur peu rigoureux ne parait pas devoir être prolongé au delà de la COG actuelle.

INDICATEUR DE SUIVI N°4 : TAUX DE MONTEE EN CHARGE DES SERVICES « PROTOCOLE DE SOINS ELECTRONIQUES » (PSE) ET « AVIS D'ARRETS DE TRAVAIL »[28] (AAT)

1 DEFINITION DE L'INDICATEUR

[371] Le taux de montée en charge des services PSE et AAT dématérialisés dans l'ensemble des protocoles de soins et des AAT transmis est un indicateur de suivi de l'action « Développer les relations dématérialisées entre l'assurance maladie et ses publics » du programme n°12 de la COG intitulé « Structurer notre relation et enrichir l'offre en ligne pour les professionnels de santé et les établissements de santé ».

[372] La COG ne fixe aucun objectif pour cet indicateur composite, qui n'était pas présent dans la COG 2006-2009. Cette absence de cible conventionnelle s'explique par le fait qu'il s'agit d'un indicateur de suivi et non d'objectif, ce qui laisse à la décision de la CNAMTS la fixation des cibles à atteindre.

[373] Cet indicateur est décliné dans les contrats pluriannuels de gestion (CPG) en deux indicateurs distincts : taux des PSE et taux des AAT dématérialisés, fixés pour chacun d'entre eux à 25% en fin de période (2013).

[374] En 2013, ces deux indicateurs sont valorisés à hauteur de 10 points chacun dans le cadre du scoring du CPG (sur un total de 995 points, dont 400 pour l'axe « service »). En outre, le taux des AAT dématérialisés est particulièrement valorisé au titre de l'intéressement collectif – part locale des agents des CPAM (100 points sur un total de 995 points, dont 395 sur l'axe « service »), ce qui fait de lui le second indicateur sur 15, en termes de « poids » pour l'intéressement collectif – part locale.

[375] Le taux des PSE et celui des AAT dématérialisés sont également des indicateurs retenus pour le montant de la part variable de la rémunération des directeurs de CPAM. Ils représentent chacun un tiers de la rubrique téléservices professionnels de santé (PS) qui pèse pour 10% de la part variable.

[376] L'indicateur, qui nécessite quatre données pour son calcul, est établi sur une base automatique pour trois d'entre elles (nombre de PSE, nombre de PS et nombre d'AAT dématérialisés) et déclarative pour le nombre de protocoles de soins papier. Il est disponible en M+1, ce qui permet un pilotage fin de leur performance par les CPAM. En effet, la disponibilité rapide des données, permet à une CPAM, en fonction de ses performances, une CPAM peut démarcher et / ou accompagner son « portefeuille de PS » pour leur taux de dématérialisation.

[377] En outre, l'atteinte des cibles fixées pour cet indicateur est reliée aux performances d'un autre indicateur, relevant de l'axe « efficience des systèmes d'information », à savoir le taux de disponibilité des téléservices.

[378] La définition actuelle de l'indicateur dans la COG et son statut d'indicateur de suivi ne permettent pas, en tant que tels, d'assurer l'homogénéisation de la dématérialisation des AAT et des protocoles de soins. Les mécanismes de scoring des CPG, les modalités de calcul de l'intéressement collectif – part locale et de la part variable de la rémunération des directeurs de CPAM comblent cependant cette lacune.

[28] Il s'agit des avis d'arrêt de travail dématérialisés.

[379] A l'instar des autres télé-services, le bénéfice pour l'assurance maladie de l'automatisation des flux est double :

- elle engendre des économies essentiellement par des gains d'ETP ;
- elle génère de la qualité, car elle fait disparaître les erreurs éventuelles inhérentes à toute pratique de ressaisie, tout en accélérant le traitement des dossiers de protocole de soins et d'avis d'arrêt de travail ce dont bénéficient *in fine* les assurés.

2 RESULTATS

[380] Le tableau de suivi annuel des indicateurs de la DSS n'est renseigné pour aucune des années de la COG.

[381] A ce jour, le taux de dématérialisation des PSE et des AAT (tant les objectifs que les résultats atteints) se situe à un niveau inférieur à un cinquième (cf. tableaux ci-dessous), ce qui est bas par comparaison avec les taux de dématérialisation visés et atteint pour d'autres téléservices d'autres services de l'Assurance-maladie (les DSIJ, par exemple).

[382] Cette situation s'explique par le fait que ces téléservices n'ont pas encore rencontré la pleine adhésion des médecins : outre des problèmes de compatibilité les outils informatiques des PS et de la CNAMTS, d'ergonomie (la procédure d'AAT dématérialisée oblige le médecin à imprimer un exemplaire de l'avis pour que le patient puisse le transmette à son employeur, le PSE serait jugé complexe à renseigner[29]), la procédure, surtout pour l'AAT, bénéficie au premier chef à l'assuré.

[383] La mission note cependant que depuis 2013, le taux des PSE et des AAT dématérialisés connaît une croissance rapide, ce qui laisse augurer d'une appropriation croissante des ces deux téléservices par les médecins.

Tableau 26 : Taux de PSE

	2010	2011	2012	2013
Objectifs	Aucun	15%	10%[30]	25%
Résultats			12% (décembre)	13,7% (juillet)

Source : Bilan du projet d'entreprise de la CNAMTS

Tableau 27 : Taux d'AAT dématérialisés

	2010	2011	2012	2013
Objectifs	5%	10%	10%	25%
Résultats	2,2% (décembre)	2,5% (décembre)	13,9%	20,3% (avril)

Source : Bilan du projet d'entreprise de la CNAMTS

3 CONCLUSION

[384] L'indicateur « taux de montée en charge des services PSE et AAT » est pertinent :

- car le développement des télé-services est une source majeure de gains de productivité et de qualité ;

[29] Cf. enquête de satisfaction PS pour 2012, 66% seulement des PS sont satisfaits de la facilité de navigation.
[30] Avenant 2012.

- le taux actuel de dématérialisation de ces procédures étant relativement faible, des marges de progression significatives existent pouvant rendre utile la fixation d'un objectif ambitieux dans la prochaine COG.

[385] Cependant, selon la mission, ce que doit viser la CNAMTS, c'est un taux de dématérialisation de ses procédures, davantage que des taux de dématérialisation par procédure, autrement dit elle doit adopter un approche globale du niveau de dématérialisation de ses procédures.

[386] A l'instar d'autres COG, il conviendrait de remplacer cette approche segmentée par une approche globale de la dématérialisation en créant un indicateur composite de la dématérialisation qui intégrerait les flux totaux transitant par voies dématérialisées rapporté au nombre total de flux.

INDICATEUR D'OBJECTIF N°14 : NOMBRE DE PROFESSIONNELS DE SANTE (PS) ADHERENTS A AMELI PS ET INDICATEUR DE SUIVI N°5 NOMBRE DE PS ADHERENTS A ESPACE PRO

1 DEFINITION DE L'INDICATEUR

[387] Le nombre de PS adhérents à AMELI PS est un indicateur d'objectif (indicateur d'objectif n°17) de l'action « Développer les relations dématérialisées entre l'assurance maladie et ses publics » du programme n°12 de la COG intitulé « Structurer notre relation et enrichir l'offre en ligne pour les professionnels de santé et les établissements de santé ». Le nombre de PS adhérents à Espace PRO est un indicateur de suivi (indicateur de suivi n°5) se rattachant à la même action. Ces objectifs n'étaient pas présents dans la COG 2006-2009.

[388] L'objectif COG 2010-2013 vise à faire passer le nombre de PS adhérents à AMELI PS de 260 000 en 2010 à 296 000 en 2013, soit une augmentation de 14 % sur la période la COG.

[389] Au niveau national, l'indicateur d'objectif n°17, qui est calculé sur une base automatique, est établi comme suit : il mesure le nombre de PS ayant effectué au moins une connexion dans l'année au service « Interrogation Médecins traitants » ou au compte PS. Produit à l'aide d'une requête automatique, il est disponible en M+1, ce qui permet un pilotage de la performance de CNAMTS.

[390] En revanche, la COG ne fixe aucun objectif pour l'indicateur de suivi n°5. Cette absence de cible conventionnelle s'explique par le fait qu'il s'agit d'un indicateur de suivi et non d'objectif, ce qui laisse à la décision de la CNAMTS la fixation des cibles à atteindre. L'indicateur, qui mesure à la fin d'une année donnée le nombre de PS ayant adhéré à « Votre Espace Pro », est connu *via* une requête nationale auprès du portail du CEN de Valenciennes.

[391] L'indicateur d'objectif n°17 a fait l'objet d'une déclinaison en CPG (indicateur CPG n°13, dénommé « augmenter le nombre de PS adhérents à AMELI PS » (page 20) ou « adhérents au compte PS » (page 31).

[392] Initialement valorisé à hauteur de 35 points dans le cadre du scoring des CPG (sur un total de 1000 points, dont 400 pour l'axe « service ») l'objectif d'adhésion au compte professionnel de santé était fixé à 80,8 % en 2013. Cet indicateur CPG n°13 a été supprimé en 2013..

[393] En pratique, compte tenu de la réorganisation de l'offre en ligne de la CNAMTS à destination des PS (actuellement, AMELI PS désigne le portail délivrant de l'information aux PS via une connexion sécurisée avec identifiant et mot de passe, Espace PRO, qui est accessible au moyen d'une carte CPS, permet notamment aux PS d'utiliser des téléprocédures qui nécessitent leur signature et/ou qui comportent des données médicales et/ou qui nécessitent l'usage de la carte vitale de l'assuré), l'indicateur de suivi n°5 s'est substitué à l'indicateur d'objectif n°17, . Les cibles de l'indicateur d'objectif n°17 sont devenues celles de l'indicateur n°5.

[394] Etant fixé en valeur absolue, l'atteinte de la cible finale de cet indicateur ne garantit pas l'homogénéité des résultats entre CPAM et ce, d'autant plus que l'indicateur ne figure plus dans les CPG en fin de période conventionnelle.

2 RESULTATS

[395] Au 31 décembre 2008, plus de 28 000 médecins libéraux avaient accès aux services de « Votre espace pro » et plus de 180 000 comptes PS étaient activés[31]. En 2011, « Votre espace pro » et « mon compte PS » ont fusionné pour devenir « Espace PRO ».

[396] Le tableau ci-après montre que les objectifs ont été largement et facilement atteints, ce qui témoigne de l'adhésion des PS aux services en ligne de l'Assurance-maladie, mais pas nécessairement de leur utilisation compte tenu du mode de calcul de l'indicateur. Selon les données de la CNAMTS, en 2012 si 377 366 PS ont adhéré à Espace PRO, 289 058 soit environ 88 000 de moins étaient connectés à Espace PRO, réalisant 2 513 924 connexions mensuelles, soit un peu moins de 9 par mois.

Tableau 28 : Nombre de PS adhérents à Espace PRO

	2010	2011	2012	2013
Objectif COG	260 000	275 000	287 000	296 000
Résultats	293 336	335 640	377 366	398 858 (fin juin)

Source : Bilan du projet d'entreprise de la CNAMTS

3 CONCLUSION

[397] L'indicateur « Nombre de PS adhérents à Espace PRO » est un indicateur d'étape (ou intermédiaire) dont la pertinence est discutable dans la mesure où, dans la COG, sont inscrits plusieurs indicateurs relatifs aux taux des télé-procédures dont l'atteinte des cibles implique que les PS aient adhéré à Espace PRO et l'utilisent. Cet indicateur fait en quelque sorte « double emploi ».

[398] Le maintien de l'indicateur « Nombre de PS adhérents à Espace PRO » dans la prochaine COG ne présente qu'un intérêt limité ; la mission propose donc de le supprimer.

[399] S'il était jugé nécessaire de maintenir un indicateur associé à Espace PRO, celui-ci devrait nécessairement mesurer son degré d'utilisation par les PS et non le seul nombre d'adhérents.

[31] Cf. précédent rapport de l'IGAS sur la COG de la CNAMTS.

INDICATEUR D'OBJECTIF N°15 : TAUX DE SATISFACTION DES PROFESSIONNELS DE SANTE (PS)

1 DEFINITION DE L'INDICATEUR

[400] Le taux de satisfaction des professionnels de santé (PS) est un indicateur d'objectif de l'action « Suivre l'évolution du taux de satisfaction des professionnels de santé » du programme n°12 de la COG intitulé « Structurer notre relation et enrichir l'offre en ligne pour les professionnels de santé et les établissements de santé ». Cet indicateur existait déjà dans la COG 2006-2009, il était cependant mesuré sous la forme d'un indice de satisfaction, établi par le truchement de « clients mystère ».

[401] La précédente mission avait jugé cet indicateur utile et complémentaire des autres indicateurs mais recommandait de le faire évoluer de sorte que les résultats soient lisibles et que les caisses identifient mieux les leviers d'amélioration mobilisables.

[402] L'objectif COG vise à faire passer le nombre de PS satisfaits ou très satisfaits de 70% en 2010 à 72% en 2013, ce qui est une marge de progression limitée alors même que la cible initiale était déjà basse. Le taux de satisfaction des PS visé en fin de COG est sensiblement inférieur à celui visé pour les employeurs (75%) et les assurés (80%).

[403] Le taux de satisfaction des PS est également un indicateur CPG et d'intéressement - part nationale. Il était initialement coté 25 points sur 400 de l'axe service comme l'indice de la satisfaction des professionnels de santé d'une part et des employeurs d'autre part. En 2013, le nombre de points attachés à cet indice de satisfaction a été porté à 35, l'indice de satisfaction des employeurs ayant été supprimé des CPG, faute d'enquête de satisfaction menée auprès des employeurs cette année-là.

[404] En 2013, cet indicateur n'a pas servi au calcul de la part variable de la rémunération des directeurs de CPAM.

[405] L'indicateur est mesuré à l'aide d'une enquête de satisfaction lissée sur l'ensemble de l'année menée par l'Assurance maladie auprès des PS.

[406] L'agrégation des satisfaits et très satisfaits a pour conséquence de donner une grande inertie à cet indicateur en raison du poids très élevé des satisfaits (plus de 70 %) au regard des autres appréciations très satisfaits, insatisfaits ou très insatisfaits. Cela s'explique en grande partie par le fait que dans le questionnaire effectivement administré la modalité « satisfait » a été renommé « assez satisfait », ce qui biaise les résultats et génère artificiellement une grande inertie de l'indicateur. Dès lors, l'objectif de professionnels de santé satisfaits ou très satisfaits de 70 % en 2010 et de 72 % en 2013 ne correspond plus à un véritable enjeu, et ce d'autant plus que les véritables leviers d'amélioration pouvant être identifiés grâce à ce type d'enquête de satisfaction sont à rechercher dans l'élévation de la proportion de personnes très satisfaites (cf. recherche des facteurs d'excellence) ou dans la diminution de la proportion de personnes très insatisfaites (cf. diminution des irritants).

[407] En outre, l'échantillon utilisé n'est pas représentatif en raison du faible taux de retours des questionnaires. Sur 6 000 questionnaires envoyés en 2012, 1240 ont été retournés soit un taux de retour de 20,6 %. Le taux de retour régresse puisque toujours pour 6000 questionnaires envoyés, il était de 26 % en 2011 et de 33 % en 2010. Le manque de fiabilité de l'échantillon avait déjà été relevé par la précédente mission.

[408] L'analyse de l'enquête donne lieu à des matrices d'actions prioritaires, ce qui répond aux recommandations de la précédente mission. En revanche, les enquêtes nationales ne font pas le lien entre lesdites matrices d'actions et l'amélioration de la satisfaction des PS.

2 RESULTATS

[409] Le baromètre de satisfaction des professionnels de santé enregistre une augmentation de la proportion de satisfaits et très satisfaits durant la période sous revue. Toutefois l'agrégation de ces deux catégories a pour effet de masquer une amélioration beaucoup plus sensible de la proportion de très satisfaits qui fait plus que doubler de 8,5 % en 2010 à 17,3 % en 2012.

Tableau 29 : Taux de satisfaction des PS

	2010	2011	2012	2013
Objectif	70%	71%	71,5%	72%
Résultats	82%	86,1%	87,7%	ND
Dont très satisfaits	*8,5 %*	*15,3 %*	*17,3 %*	

Source : Bilan du projet d'entreprise de la CNAMTS

3 CONCLUSION

[410] Un rapport IGAS de 2011[32] a analysé les méthodes d'enquête utilisées pour connaître la satisfaction des assurés sociaux du régime général de sécurité sociale et l'utilisation concrète de ces enquêtes pour améliorer la qualité des services rendus.

[411] Parmi les principaux enseignements tirés de ses travaux, la mission notait « en soi, l'analyse de taux de satisfaction n'a que peu d'intérêt. L'analyse des extrêmes (répondants très satisfaits et très insatisfaits), celles des causes de satisfaction et surtout d'insatisfaction, réalisées par certaines institutions, paraissent plus riches d'enseignement ».

[412] Au-delà de ces considérations méthodologiques, la mesure du taux de satisfaction de cette population est pour partie ambigüe. En effet, au-delà du rôle de client consommateur de services offerts par l'assurance maladie, les professionnels de santé remplissent d'autres fonctions vis-à-vis d'elle : fournisseurs de données, partenaires dans des actions de GDR et prestataires dans la mesure où les tarifs conventionnels sont négociés avec l'assurance maladie.

[413] Cependant, la mission considère que l'enquête de satisfaction actuellement menée est largement tournée vers leur appréciation des services de l'assurance maladie et des contacts qu'ils ont avec elle. Elle recommande le maintien d'un taux de satisfaction PS comme indicateur d'objectif.

[414] Dans la même logique que pour les assurés, la mission propose de retenir un indicateur relatif aux très satisfaits uniquement. Il faudra néanmoins être vigilant à améliorer la participation à l'enquête pour accroître la robustesse des résultats et corriger les biais méthodologiques pointés par la mission.

[32] Vingt recommandations sur les enquêtes de satisfaction et l'amélioration de la qualité de service aux assurés du régime général de sécurité sociale Rapport IGAS RM2011-098P Dominique GIORGI

INDICATEUR D'OBJECTIF N°16 : TAUX DE SATISFACTION DES EMPLOYEURS

1 NATURE DE L'INDICATEUR

[415] Le taux de satisfaction des employeurs est un indicateur d'objectif de l'action « Suivre l'évolution du taux de satisfaction des employeurs » du programme n°13 de la COG intitulé « Structurer notre relation et enrichir l'offre en ligne pour les employeurs ». Cet indicateur existait déjà dans la COG 2006-2009, il était cependant mesuré sous la forme d'un indice de satisfaction, établi par le truchement de « clients mystère ».

[416] La précédente mission avait jugé cet indicateur utile et complémentaire des autres indicateurs mais recommandait de le faire évoluer de sorte que les résultats soient lisibles et que les caisses identifient mieux les leviers d'amélioration mobilisables.

[417] L'objectif COG vise à faire passer le nombre d'employeurs satisfaits ou très satisfaits de 70% en 2010 à 75% en 2013, ce qui représentait une ambition d'amélioration limitée d'autant plus que la cible initiale était déjà basse.

[418] L'indicateur est mesuré à l'aide d'une enquête de satisfaction auprès des employeurs lissée sur l'ensemble de l'année et échantillonnée au national par agrégation d'échantillons locaux. A l'instar de ce qui est fait avec les enquêtes de satisfaction « assurés » et « professionnels de santé », les résultats sont ventilés au niveau des CPAM. La périodicité, en principe annuelle de l'analyse des résultats des enquêtes, en font des outils de pilotage de la performance de la caisse et des CPAM.

[419] Initialement valorisé à hauteur de 25 points dans le cadre du scoring du CPG (sur un total de 1000 points, dont 400 pour l'axe « service »), cet indicateur a été supprimé en 2013, faute d'enquête. Le motif de suppression avancé à la mission était le fait qu'une enquête papier n'était pas adéquate pour ce public. Le choix d'une suppression de facto sans attendre une solution de remplacement web est difficilement compréhensible pour la mission.

[420] Par conséquent, en 2013, cet indicateur n'a servi ni au calcul de l'intéressement collectif, ni à celui de la part variable de la rémunération des directeurs de CPAM.

[421] En l'absence d'une enquête nationale de satisfaction, les résultats 2010 ont été obtenus par l'agrégation de l'ensemble des bases de saisie locales, soit un échantillon national composé de 30 921 entreprises. Un redressement a été réalisé pour l'échantillon national sur les critères portant sur l'activité et la taille de l'entreprise (source INSEE). En 2011, la base de données nationales était composée de 31 601 questionnaires mais sans précision sur sa composition[33]. Pour 2012, « en l'absence d'enquête nationale, le référent national est obtenu suite à l'agrégation des bases de données locales (CPAM). La base de données nationale est composée de 17 511 questionnaires. »

[422] De ce fait l'échantillon utilisé n'est pas représentatif. Une telle situation limite potentiellement la portée de certains résultats de l'enquête.

[33] Avec un taux de retour des questionnaires de l'ordre de 26 000.

[423] L'agrégation des satisfaits et très satisfaits a pour conséquence de donner une grande inertie à cet indicateur en raison du poids très élevé des satisfaits (plus de 75 %) au regard des autres appréciations très satisfaits, insatisfaits ou très insatisfaits. Cela s'explique en grande partie par le fait que dans le questionnaire effectivement administré la modalité « satisfait » a été renommé « assez satisfait », ce qui biaise les résultats et génère artificiellement une grande inertie de l'indicateur. Dès lors, l'objectif d'employeurs satisfaits ou très satisfaits de 70 % en 2010 et de 75 % en 2013 ne correspond plus à un véritable enjeu.

[424] La définition actuelle de l'indicateur dans la COG ne permet, en tant que telle, d'assurer l'homogénéisation de la satisfaction des employeurs sur le territoire. Cette homogénéisation passe par le mécanisme du scoring des CPG (jusqu'en 2012) qui en principe conduit chaque CPAM à atteindre un niveau de satisfaction similaire.

[425] L'analyse de l'enquête donne lieu à des matrices d'actions prioritaires, ce qui répond aux recommandations de la précédente mission. En revanche, les enquêtes nationales ne font pas le lien entre lesdites matrices d'actions et l'amélioration de la satisfaction des employeurs.

2 RESULTATS

[426] Dès le début de la COG les résultats enregistrés sont 15 points au dessus de l'objectif (cf. tableau) ; en contrepartie leur progression est faible. La proportion des « très satisfaits » stagne en dessous de 10 %.

Tableau 30 : Taux de satisfaction des employeurs

	2010	2011	2012	2013
Objectif	70%	72%	74%	75%
Résultats	84,7 %	87,8%	87,7%	ND
Dont très satisfaits	*6,1 %*	*8,7 %*	*8,7 %*	

Source : CNAMTS :Bilan de l'enquête de satisfaction annuelle Le site « net entreprise » est l'item qui obtient la proportion de satisfaits la plus élevée : 94,7 % d'employeurs satisfaits mais moins de 60 % des 16 461 répondants à cette question l'utilisent.

[427] La prestation la moins bien perçue est le traitement de la dernière réclamation (11,8 % de très satisfaits, 50 % d'assez satisfaits, 26 % de peu satisfaits et 12 % de très insatisfaits) mais sur une base de seulement 3 499 répondants. On retiendra toutefois que la proportion de très insatisfaits excède de peu la proportion des « très satisfaits ».

3 CONCLUSION

[428] Un rapport IGAS de 2011[34] a analysé les méthodes d'enquête utilisées pour connaître la satisfaction des assurés sociaux du régime général de sécurité sociale et l'utilisation concrète de ces enquêtes pour améliorer la qualité des services rendus.

[429] Parmi les principaux enseignements tirés de ses travaux la mission notait « en soi, l'analyse de taux de satisfaction n'a que peu d'intérêt. L'analyse des extrêmes (répondants très satisfaits et très insatisfaits), celles des causes de satisfaction et surtout d'insatisfaction, réalisées par certaines institutions, paraissent plus riches d'enseignement ».

[430] Au-delà de ces considérations méthodologiques, une véritable question se pose quant à l'institution en indicateur COG d'un taux de satisfaction des employeurs, sachant que ces derniers sont plus des fournisseurs de données que des clients pour l'assurance maladie.

[34] Vingt recommandations sur les enquêtes de satisfaction et l'amélioration de la qualité de service aux assurés du régime général de sécurité sociale Rapport IGAS RM2011-098P Dominique GIORGI.

[431] Deux options sont dès lors possibles pour la COG :

- soit le maintien d'un indicateur d'objectif sur la satisfaction qui ne porterait alors plus que sur les très satisfaits. Il faudrait dans ce cas mener un travail méthodologique pour améliorer la robustesse des résultats issus de l'enquête.
- soit la suppression de l'indicateur.

[432] La mission privilégie la deuxième option.

INDICATEUR D'OBJECTIF N°17 : TAUX DES DECLARATIONS DE SALAIRES POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITES JOURNALIERES (DSIJ)

1 DEFINITION DE L'INDICATEUR

[433] Le taux DSIJ dans l'ensemble des dossiers de 1ère indemnités journalières (IJ) est un indicateur d'objectif de l'action « Développer les relations dématérialisées entre l'assurance maladie et ses publics » du programme n°13 de la COG intitulé « Structurer notre relation et enrichir l'offre en ligne pour les employeurs ». Cet objectif n'était pas présent dans la COG 2006-2009.

[434] L'objectif COG vise à faire passer le taux de DSIJ dans l'ensemble des dossiers de 1ère IJ de 39 % en 2010 à 48 % en 2013, selon une progression de 3 points par an sur la période.

[435] La précédente mission de l'IGAS portant sur la COG 2006-2009 recommandait de « fixer dans la COG un objectif de dématérialisation des DSIJ entre 30 et 40 % d'ici la fin de la convention », ladite mission estimant le taux de dématérialisation des DSIJ, en 2008, à environ 25 %.

[436] L'indicateur mis en œuvre dans la COG actuelle est plus restrictif que celui qu'avait proposé l'IGAS, puisque le périmètre retenu au dénominateur ne retient que les dossiers de 1ères IJ et non le nombre total de DSIJ. Initialement valorisé à hauteur de 10 points dans le cadre du scoring du CPG (sur un total de 1000 points, dont 400 pour l'axe « service »), cet indicateur a été supprimé en 2013 des CPG.

[437] Pour autant, si, en 2013, cet indicateur est retenu pour calculer le montant de la part variable de la rémunération des directeurs de CPAM. Il représente un tiers de la rubrique « Amélioration du délai de remboursement des IJ » qui pèse pour 20 % de la part variable. Par conséquent, le résultat obtenu sur cet indicateur pèse pour près de 7 % sur la part variable de la rémunération des directeurs de CPAM, ce qui lui confère un poids supérieur à celui des autres indicateurs « part variable »[35].

[438] L'indicateur, qui nécessite deux données (le nombre de DSIJ et celui de dossiers de 1ères IJ) pour son calcul, est établi sur une base automatique. Selon les interlocuteurs rencontrés en CPAM, le calcul de l'indicateur manquait de fiabilité car si les DSIJ envoyées par les entreprises concernent les arrêts de travail, elles peuvent également servir pour la reprise de travail de salariés arrêtés ainsi que d'attestation de droits pour les arrêts de plus de 6 mois. Or, il n'est pas possible de relier les DSIJ à ces trois évènements, ce qui améliore le score de la CNAMTS sur cet indicateur. La mission n'a pas été en mesure de déterminer l'importance du biais.

[439] La définition actuelle de l'indicateur dans la COG ne permet, en tant que telle, d'assurer l'homogénéisation de la dématérialisation des DSIJ sur le territoire. Son poids dans le calcul de la part variable de la rémunération des directeurs de CPAM comble pour partie cette lacune.

[35] 21 indicateurs étant utilisés par le calcul de la part variable, chaque indicateur pèse en moyenne, un peu moins de 5%.

[440] Au niveau national, la COG prévoit de le produire au 15/02/N+1, les CPAM disposant des données les concernant avec un décalage de deux mois, ce qui permet un pilotage satisfaisant de cet indicateur. En effet, la CPAM étant informé dans un délai raisonnable de sa performance, , elle peut démarcher et / ou accompagner son « portefeuille d'employeurs », dans un temps utile, pour améliorer le taux de DSIJ.

[441] En outre, l'atteinte des cibles fixées pour cet indicateur est reliée aux performances d'un autre indicateur, relevant de l'axe « efficience des systèmes d'information », à savoir le taux de disponibilité des téléservices.

[442] A l'instar des autres téléservices, le bénéfice pour l'assurance maladie de l'automatisation des flux de DSIJ est double :

- elle engendre des économies essentiellement par des gains d'ETP ;
- elle génère de la qualité, car elle fait disparaître les erreurs éventuelles inhérentes à toute pratique de ressaisie.

2 RESULTATS

[443] Nonobstant les problèmes de calcul de l'indicateur, en fin de période conventionnelle , le taux de DSIJ dépasse largement les objectifs fixés dans la COG (ce qui peut signifier que l'objectif avait initialement été fixé à un niveau insuffisamment incitatif) et atteint des niveaux où la progression du taux sera nécessairement ralentie (Cf. tableau ci-dessous) ; les marges de progrès sont nettement plus faibles aujourd'hui, le taux atteint en 2013 dépassant les 83% sur les quatre premiers mois de l'année.

Tableau 31 : Taux de DSIJ

	2010	2011	2012	2013
Objectifs	39%	42%	45%	48%
Résultats	46,1% (décembre)	57,2% (décembre)	70,8%	83,4% (avril)

Source : Bilan du projet d'entreprise de la CNAMTS

3 CONCLUSION

[444] Si l'indicateur « taux de DSIJ » a été conservé dans la COG, il a été supprimé dans les CPG en 2013, en raison des taux atteints. Il n'en demeure pas moins qu'à l'instar des autres indicateurs de dématérialisation de processus, il est pertinent :

- car le développement des téléservices est une source majeure de gains de productivité et de qualité ;
- si le taux actuel de dématérialisation de ces procédures est relativement haut, des marges de progression existent encore rendant utile la fixation d'un objectif ambitieux dans la prochaine COG.

[445] Dans le même temps, si la dématérialisation des DSIJ diminue le risque d'erreur de liquidation, son impact sur les délais de liquidation est marginal. Par conséquent, pour l'assuré, un haut niveau de dématérialisation des DSIJ, n'améliore que faiblement la qualité du service (selon l'enquête de satisfaction « assurés » de 2012, la satisfaction à l'égard des délais de versement des IJ est 65,7% contre un taux de satisfaction globale de 92,7%).

[446] En outre, selon la mission, ce que doit viser la CNAMTS, c'est un taux de dématérialisation de ses procédures, davantage que des taux de dématérialisation par procédure, autrement dit elle doit adopter un approche globale du niveau de dématérialisation de ses procédures.

[447] Par conséquent, la mission recommande de ne pas maintenir cet indicateur, en tant que tel, dans la prochaine COG

.

ANNEXE 2 : LES COUTS DE GESTION DE LA RELATION CLIENTS

Sommaire

ANNEXE 2 : LES COUTS DE GESTION DE LA RELATION CLIENTS.....101

1 LE COUT BUDGETAIRE DU POLE « RELATION CLIENTS » DES CPAM EST EN AUGMENTATION 104

1.1 Le pôle « relation clients » : un poste de dépenses second mais en hausse 105

1.1.1 En 2012, la « relation clients » représente 1/5ème des coûts de gestion et mobilise une proportion similaire des effectifs des CPAM 105

1.1.2 Les moyens humains et budgétaires consacrés à la « relation clients » sont en hausse106

1.2 L'accueil physique pèse davantage que les autres modes de contact sur le budget des CPAM.....107

1.2.1 L'accueil physique pèse pour près de la moitié du coût global et des effectifs du pôle « relation clients ».....107

1.2.2 Les coûts unitaires des différents processus de contacts sont disparates mais renvoient à des utilisations différentes 107

2 LA DISPERSION DES PERFORMANCES ET SURTOUT DES COUTS UNITAIRES DES CPAM EST FORTE QUELQUE SOIT LA CANAL DE CONTACT 108

2.1 Le classement des caisses les plus performantes pour l'accueil physique.....109

2.2 Le classement des caisses les plus performantes pour l'accueil téléphonique.....114

2.3 Le classement des caisses les plus performantes pour le traitement des courriers / courriels.....119

3 DES AXES QUALITATIFS D'AMELIORATION ONT ETE DEGAGES PAR LA MISSION 123

3.1 La baisse des coûts unitaires de chaque canal de contact.....124

3.1.1 La mutualisation des services et la rationalisation de l'organisation 124

3.1.2 La dématérialisation des processus et l'automatisation des réponses.....125

3.2 La maîtrise du nombre de contacts entrants 126

3.2.1 La capacité à piloter le nombre de contacts entrants échappe pour partie à l'Assurance-maladie 126

3.2.2 La maîtrise du volume de contacts entrants passe par une action sur la réitération et des actions d'informations sortantes 126

3.3 Le déversement des contacts sur les canaux les moins coûteux 127

3.3.1 La définition préalable du canal de contact idoine 127

3.3.2 Piloter l'orientation de flux entrants vers le bon canal de contact.....127

3.4 La simplification du droit 128

4 SCENARII D'EVOLUTION DE LA PRODUCTIVITE POUR LA PROCHAINE COG 128

4.1 Alignement sur la moyenne des 20 ou des 51 meilleures caisses par canal, en 2012 et détermination des gains à volume de contacts constants.....129

4.2 Alignement sur la moyenne des 20 ou des 51 meilleures caisses par canal, en 2012, et détermination de la capacité à absorber un volume de contacts entrants en hausse 130

3.1.2 La réassurance et l'anticipation comme leviers d'une meilleure maîtrise des flux de contacts entrants : les push SMS et mail 444

3.2 Les principes de la stratégie de délivrance des services dans le cadre du plan « Pôle emploi 2015 » 445

[448] Cette annexe a pour objet d'évaluer les coûts de gestion de la « relation clients »[36], c'est-à-dire ceux afférents à l'axe service de la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2010-2013 de la Caisse nationale de l'Assurance-Maladie des travailleurs salariés (Cnamts).

[449] La mission a examiné les coûts de gestion des processus « relations clients » tels qu'identifiés dans la comptabilité analytique de la Cnamts. A partir de la détermination des caisses les plus performantes, la mission a établi des scenarii d'évolution de la productivité pour déterminer les gains potentiels sur la prochaine COG (en termes budgétaires) ou de capacité à absorber une hausse du volume des contacts entrants. Par ailleurs, elle a identifié des leviers d'efficience que la Cnamts pourrait mettre en œuvre lors de la prochaine COG tout en améliorant la qualité de service à l'usager.

[450] Pour ce faire, elle s'est appuyée sur les données de comptabilité analytique et les tableaux de suivi des indicateurs COG transmis par la Cnamts, ainsi que sur des déplacements dans quatre caisses primaires de l'Assurance-maladie (CPAM) : celles du Val-de-Marne, de la Sarthe, de l'Artois et du Gard.

[451] Concernant les données de comptabilité analytique qui délivre des résultats en coût complets, la mission précise que selon des avis des agents de la Cnamts, ladite comptabilité analytique peut être *« source d'approximation »*[37]. En effet, l'applicatif Galilée (conçu en 1995) qui produit lesdites données de comptabilité analytique en sortie de l'applicatif de comptabilité générale (Copernic) de la Cnamts fait l'objet d'un paramétrage local des règles de gestion. Ainsi, notamment pour les coûts indirects (telles les factures de fluides), les règles de répartition des charges sur les processus peuvent varier d'une CPAM à l'autre. En outre, si cette même facture est peu détaillée, les choix d'éclatement des coûts sur les différents processus peuvent ne pas être totalement idoines.

[452] **Ces approximations n'ont cependant pas pour effet de rendre inutilisables les données issues de la comptabilité analytique de la Cnamts, elles conduisent toutefois à interpréter avec précaution les coûts unitaires calculés, en particulier ceux ayant trait au processus traitement des courriers / courriels (*Cf. infra*)**.

Recommandation n°10 : Poursuivre le projet de refonte de la comptabilité analytique de la Cnamts pour obtenir des données plus fiables

1 LE COUT BUDGETAIRE DU POLE « RELATION CLIENTS » DES CPAM EST EN AUGMENTATION

[453] Les coûts mentionnés dans la présente annexe sont ceux des seules CPAM[38]. Sont donc écartés ceux des quatre caisses générale de Sécurité sociale et ne sont pas valorisés les services que la Cnamts rend aux CPAM.

[454] Concernant le pôle métier « relation clients », celui est décomposé en quatre processus :

- l'accueil physique tous niveaux, qui comptabilise tous les coûts liés au pré-accueil, à l'accueil de niveau 1 et 2 y compris les accueils spécialisés de type CMU, sur rendez-vous, à l'accueil en permanence, en itinérance, à domicile, ainsi que l'étude et l'analyse de l'échéancier Medialog – accueil physique ;

[36] Trois catégories d'usagers des CPAM sont prises en charge dans le cadre de la « relation clients » : les assurés sociaux, les professionnels de santé (PS) et les employeurs. En pratique, les assurés sociaux sont à l'origine de la quasi-totalité des contacts entrants (environ 95% des contacts entrants tous canaux confondus), les PS sont à l'origine d'un petit nombre de contacts (moins de 5%), les employeurs contactent marginalement les CPAM (moins d'1% des contacts entrants).
[37] Données d'entretien.
[38] Au nombre de 102.

- l'accueil téléphonique tous niveaux qui comptabilise tous les coûts liés à la prise d'appels de niveau 1 et 2 ainsi que l'étude et l'analyse de l'échéancier Medialog – accueil téléphonique ;
- le traitement des courriers / courriels qui comptabilise tous les coûts liés à l'étude, l'analyse et la formulation des réponses aux courriers et courriel reçus[39] ;
- le marketing opérationnel des offres de services qui comptabilise tous les coûts liés au démarchage sur site, par téléphone, par internet et support papier ;

[455] Par conséquent, les contacts par le biais d'internet (hors courriels), smartphone, par bornes etc, c'est-à-dire ne mettant en relation un agent identifié d'une CPAM avec un usager ne sont pas comptabilisés dans ce pôle métier.

1.1 Le pôle « relation clients » : un poste de dépenses second mais en hausse

1.1.1 En 2012, la « relation clients » représente 1/5ème des coûts de gestion et mobilise une proportion similaire des effectifs des CPAM

[456] Les CPAM consacrent un cinquième de leur budget annuel à la « relation clients ». Sur les quatre pôles métiers identifiés dans la comptabilité analytique des CPAM (« production », « régulation », « relation clients » et « fonctions support »), elle constitue le 3ème pôle en termes de coûts.

Tableau 32 : Coûts analytiques 2012 des CPAM par pôle métiers (en M€)

Coût global des CPAM	Coût - pôle production	Coût - pôle fonctions support	Coût - pôle relation clients	Coût - pôle régulation
3 321	1 411	974	617	319
100%	42%	29%	19%	10%

Source : Données Cnamts, traitement mission

[457] La « relation clients » mobilise également un cinquième des équivalents temps plein (ETP) des CPAM, ce qui en fait le troisième pôle métiers en termes d'effectif.

Tableau 33 : Répartition analytique 2012 des emplois par pôle métiers

ETP des CPAM	ETP - pôle production	ETP - pôle fonctions support	ETP pôle relation clients	ETP - pôle régulation
51 198	25 435	10 748	10 080	4 934
100%	50%	21%	20%	9%

Source : Données Cnamts, traitement mission

[39] Il s'agit du canal de traitement des réclamations.

1.1.2 Les moyens humains et budgétaires consacrés à la « relation clients » sont en hausse

[458] Entre 2010 et 2012, les coûts de la « relation clients » ont cru beaucoup plus vite que le coût global des CPAM (8% contre 1%). En outre, alors que l'effectif global des CPAM a diminué de 4%, celui du pôle « relation clients » a augmenté de 2%.

[459] Cette hausse s'explique essentiellement par la montée en charge des services traitant des courriers et des courriels au cours de la COG : leurs effectifs sont passés de 1059 à 1320 (+25%). Cette hausse accompagne une complexification accrue des demandes formulées par courriels, davantage qu'une hausse des volumes traités[40].

Tableau 34 : Evolution des coûts analytiques du Pôle « Relation clients »[41]

En M€	2010	2011	2012	Evolution 2010-2012
Coût global	3 292	3 308	3 321	1%
Coût pôle « relation clients »	571	594	617	8%
- dont accueil physique	*261*	*273*	*276*	*6%*
- dont accueil téléphonique	*169*	*168*	*178*	*5%*
- dont courriers / courriels	*103*	*118*	*121*	*17%*
- dont marketing opérationnel	*39*	*35*	*42*	*8%*
Part relative Pôle relation clients	17 %	18 %	19 %	+12%

Source : Données Cnamts, traitement mission

[460] En termes d'effectif, entre 2010 et 2012, les ETP positionnés sur les canaux de contacts traditionnels ont légèrement baissé (accueils physique et téléphonique), alors que ceux affectés sur les fonctions plus récentes ont connu une hausse dynamique (traitement des courriers / courriels[42] et marketing opérationnel).

Tableau 35 : Evolution des ETP du pôle « Relation clients »[43]

En M€	2010	2011	2012	Evolution 2010-2012
ETP CPAM	53 465	51 935	51 198	-4%
ETP Pôle « relation clients »	9 866	9 922	10 080	2%
- dont ETP - accueil physique	*4 639*	*4 674*	*4 597*	*-1%*
- dont ETP - accueil téléphonique	*3 570*	*3 422*	*3 546*	*-1%*
- dont ETP - courriers / courriels	*1 059*	*1 293*	*1 320*	*25%*
- dont ETP - marketing opérationnel	*598*	*533*	*617*	*3%*
Part relative ETP pôle « relation clients »	18%	19%	20%	+11%

Source : Données Cnamts, traitement mission

[40] Du fait de l'automatisation des réponses dans le compte assuré, les demandes adressées par courriels les plus simples ne font plus l'objet d'un traitement courriel.

[41] Un changement de cartographie de comptabilité analytique est intervenu en 2011, ce qui impacte à la marge l'interprétation des résultats dans une comparaison entre 2012 et 2010. Ainsi, l'instruction des demandes de couverture maladie universelle relevait jusqu'en 2011 du pôle métier « production ». Il relève depuis 2011, du pôle métier « relation clients ». Pour autant les effectifs chargés de cette instruction relèvent du processus « accueil physique », dont les effectifs ont baissé.

[42] Certes, la comptabilité analytique ne distingue pas les ETP selon qu'ils sont affectés au traitement des courriers et des courriels, cependant la mission, lors de ses déplacements a pu apprendre que ce sont les effectifs en charge du traitement des courriels qui portaient l'augmentation des effectifs de ce processus.

[43] *Idem* note de bas de page n°4.

1.2 L'accueil physique pèse davantage que les autres modes de contact sur le budget des CPAM

1.2.1 L'accueil physique pèse pour près de la moitié du coût global et des effectifs du pôle « relation clients »

[461] L'accueil physique représente 45% du coût global de la « relation clients ». Les canaux de contact traditionnels de la Cnamts (accueils physique et téléphonique) pèsent pour plus de 80% des coûts de gestion de la relation client[44].

Tableau 36 : Coût analytique 2012 « relation clients » (en M€)

Coût total relation clients	Accueil physique	Accueil téléphonique	Courriers et courriels	Marketing opérationnels des offres de services
617	276	178	121	42
100%	45%	29%	19%	7%

Source : Données Cnamts, traitement mission

[462] Le poids budgétaire important de l'accueil physique trouve sa traduction en termes d'effectif dans des proportions équivalentes.

Tableau 37 : Emplois analytiques 2012 par processus « relation clients »

ETP relation clients	ETP -Accueil physique	ETP Accueil téléphonique	ETP Courriers et courriels	ETP - Marketing opérationnels des offres de services
10 080	4 597	3 546	1 320	617
100%	46%	35%	13%	6%

Source : Données Cnamts, traitement mission

1.2.2 Les coûts unitaires des différents processus de contacts sont disparates mais renvoient à des utilisations différentes

[463] Compte tenu de l'hétérogénéité des produits délivrés dans chacun des processus (ainsi le processus accueil physique comprend des produits aussi divers que la délivrance d'un formulaire demandé par un assuré ou l'instruction d'un dossier de CMU-C), les coûts unitaires calculés ne rendent pas compte précisément de la productivité des services et des coûts qu'ils génèrent. Pour l'avenir, la Cnamts doit être en mesure de calculer les coûts unitaires des produits que délivrent les CPAM dans le cadre des différents processus du pôle métier « relation clients ».

Recommandation n°11 : Assurer la connaissance des coûts unitaires des produits délivrés

[464] Le coût unitaire d'un processus de « traitement des courriers / courriels » est de loin le plus élevé (27,20 €). Cette situation s'explique essentiellement par le fait que ce processus est celui par lequel sont traitées les réclamations, dont une partie est complexe à traiter.

[44] Encore plus si l'on ajoute les effectifs en charge du traitement des courriers.

[465] Le coût unitaire de l'accueil physique s'élève à 8 €. Le processus accueil physique est caractérisé par sa dissémination dans 2 300 points d'accueils, ce qui limite les économies d'échelle. et génère des coûts fixes élevés, en particulier immobiliers.

[466] L'accueil téléphonique présente un coût unitaire de 6,31 €. Au cours de la COG actuelle, ce processus a été marqué par un mouvement de mutualisation concrétisé la création de plateformes associant plusieurs CPAM[45].

[467] Le coût unitaire du processus « marketing opérationnel des offres de services » (conseillers informatiques et services, délégués employeurs, marketeurs…), n'a pas été calculé. D'une part, le calcul de son coût unitaire serait un exercice complexe, et, d'autre part, ce coût unitaire n'est pas comparable à celui des trois autres processus.

[468] En raison, de son faible coût budgétaire, de la difficulté méthodologique à mesurer son coût unitaire, de sa non-comparabilité aux trois autres processus du pôle « relation clients », ce processus n'a pas fait l'objet de développements spécifiques dans l'annexe. Pour autant, compte tenu du fait que les CPAM affectent des moyens humains et financiers croissants à ce processus, la Cnamts devrait procéder à son évaluation.

Recommandation n°12 : Evaluer le processus de la comptabilité analytique « marketing opérationnel et offres de services »

Tableau 38 : Coûts unitaires 2012 des canaux de contact du pôle « relation clients »

	Accueil physique	Accueil téléphonique	Courriers et courriels
Coût budgétaire	276 240 039 €	178 191 173 €	120 7476 29 €
Volume de contacts	34 538 363	28 221 515	5 215 717
Coût unitaire	8 €	6,31 €	23,15 €

Source : Données Cnamts, traitement mission

2 LA DISPERSION DES PERFORMANCES ET SURTOUT DES COUTS UNITAIRES DES CPAM EST FORTE QUELQUE SOIT LA CANAL DE CONTACT

[469] La méthodologie retenue par la mission pour calculer la performance des CPAM est la suivante. Elle a tout d'abord mesuré le coût unitaire[46] 2012[47] d'un contact, quel que soit le motif de contact, par processus pour chaque CPAM. Elle a ensuite examiné les scores obtenus par les caisses aux indicateurs afférents au canal de contact considéré :

- taux des usagers reçus en moins de 20 minutes pour l'accueil physique ;
- taux d'appel aboutis pour le canal téléphonique ;
- taux de courriels traités en moins de 48h ouvrés pour le canal courriers / courriels[48].

[470] Certes, ces indicateurs, que la mission critique par ailleurs, ne rendent pas compte avec complétude de la performance des CPAM (le taux de satisfaction des usagers est à bien des égards plus pertinent), mais ce sont les seules données objectives par caisse dont la mission dispose.

[45] Il existe 56 plateformes dont 40% correspondent à des structures de mutualisation. Lorsque c'est le cas, le regroupement comprend de deux (en Alsace, par exemple) à six caisses (comme dans la région Centre).
[46] Le « coût de revient » dans la comptabilité analytique du secteur privé.
[47] Dernières données disponibles.
[48] Certes, cet indicateur ne prend pas en compte les courriers, c'est cependant celui qui « couvre » le mieux ce processus.

[471] Le score indicateur COG permet de distinguer entre les CPAM ayant atteint ou dépassé l'objectif et celles en deçà.

[472] La CPAM la plus performante est celle ayant le coût unitaire le plus faible et ayant atteint ou dépassé l'objectif COG.

[473] La CPAM la moins performante est celle n'ayant pas atteint l'objectif COG et dont le coût unitaire, parmi les CPAM n'ayant pas atteint l'objectif COG, est le plus élevé.

[474] Une CPAM présentant un coût unitaire faible mais n'ayant pas atteint l'objectif COG est moins bien classée qu'une CPAM présentant un coût unitaire plus élevé mais ayant atteint l'objectif COG.

[475] Ce choix méthodologique permet de compléter une approche basée sur les seuls coûts unitaires.

2.1 Le classement des caisses les plus performantes pour l'accueil physique

[476] En 2012, le réseau de l'Assurance-maladie compte environ 2 300 points de contact pour 34,5 millions de contacts physiques. En dépit du développement de nouveaux canaux de contacts, l'Assurance-maladie a maintenu un maillage de proximité, notamment pour répondre aux besoins de ses publics les plus fragiles.

[477] L'accueil physique est un mode de contact quasi-exclusivement utilisé par les assurés sociaux.

[478] En outre, au cours de la COG 2010-2013, les CPAM ont mis en place un accueil à trois niveaux (libre-service, accueil rapide, accueil en bureau individuel) sur un ou plusieurs sites de leur circonscription pour renforcer l'accompagnement individuel par la délivrance d'informations en face à face.

[479] Le classement des CPAM en fonction de leurs performances présente les caractéristiques suivantes :

- un écart de coût unitaire de 1 à 3 entre la caisse la plus performante et celle la moins performante, un même écart entre la caisse la moins chère et celle la plus chère ;
- en haut de classement (les 20 « meilleures » caisses), il est difficile de dégager un profil type des caisses les plus performantes : la prédominance des caisses petites et moyennes situées dans des zones faiblement peuplées (qui correspond au profil majoritaire des CPAM) n'écarte cependant pas la présence de CPAM urbaines importantes (Bordeaux, Evry, Lille-Douai, Melun et Nice) ;
- en bas de classement, même si les grandes caisses urbaines tendent à être surreprésentées (Bobigny, Créteil, Marseille, Nantes…), on recense également des caisses de petites tailles (Bastia, Guéret, Laval) localisées dans des territoires faiblement peuplés.

Tableau 39 : Classement des CPAM selon leurs performances pour l'accueil physique, par ordre décroissance de performance

CPAM	Coût analytique (en €)	Volume de contacts	Coût unitaire de l'accueil physique (en €)	Score indicateur COG de l'accueil physique
CPAM ayant atteint la cible COG 2012				
Belfort	415 701,86	85 593	4,857	88,5%
Nice	3 784 057,21	764 726	4,948	98,2%
Evry	5 356 328,18	1 058 016	5,063	95,0%
Digne	413 443,90	80 724	5,122	91,5%
Melun	4 738 941,87	916 213	5,172	94,4%
Lille-Douai	2 879 867,88	549 074	5,245	85,8%
Perpignan	1 298 474,72	245 970	5,279	93,4%
Bordeaux	4 087 443,14	741 296	5,514	93,7%
Gap	420 493,00	74 762	5,624	90,9%
Valence	1 565 176,55	273 907	5,714	85,6%
Charleville-Mézières	915 609,44	159 636	5,736	93,8%
Bayonne	1 445 471,61	245 039	5,899	98,1%
Tarbes	1 125 671,45	190 008	5,924	92,6%
Albi	1 424 525,14	237 617	5,995	95,8%
Lons-le-Saunier	664 407,03	109 650	6,059	91,3%
Nevers	973 742,45	160 602	6,063	91,2%
Auch	545 146,47	88 021	6,193	94,9%
Troyes	1 466 205,93	234 133	6,262	93,5%
Chaumont	852 246,08	133 104	6,403	97,2%
Mont-de-Marsan	953 630,98	146 662	6,502	92,4%
Macon	2 069 595,51	317 941	6,509	91,0%
Ajaccio	585 178,64	88 919	6,581	92,5%
Pau	1 312 237,02	198 089	6,624	91,9%
Carcassonne	1 440 696,50	211 523	6,811	92,1%
Caen	2 795 612,28	405 095	6,901	95,2%
Amiens	2 829 347,35	409 362	6,912	94,3%
Avignon	3 101 501,79	442 257	7,013	97,6%
Aisne	2 156 572,71	306 203	7,043	88,7%
Alençon	1 187 615,03	164 694	7,211	92,8%
Mende	92 329,72	12 559	7,352	97,5%
Flandres	2 433 349,10	330 144	7,371	96,9%
Finistère	3 326 038,47	450 647	7,381	95,1%
Oise	3 592 200,52	486 583	7,383	97,4%
Vannes	2 247 643,75	298 682	7,525	93,7%
Toulouse	5 293 528,74	700 284	7,559	88,0%
Aurillac	388 731,27	51 238	7,587	90,1%
Roubaix-Tourcoing	2 674 652,24	350 915	7,622	94,3%
Cote d'Opale	2 442 046,32	318 552	7,666	93,3%

Toulon	3 627 277,77	467 985	7,751	90,9%
Artois	4 304 556,04	554 853	7,758	97,0%
Meurthe-et-Moselle	4 108 944,12	528 578	7,774	94,6%
Bourg-en-Bresse	2 242 788,31	286 246	7,835	92,9%
Doubs	2 253 331,53	286 923	7,853	89,6%
Bourges	783 986,71	99 559	7,875	87,8%
Blois	1 514 769,79	189 916	7,976	92,5%
Reims	2 304 195,35	287 717	8,009	95,9%
Pontoise	6 804 497,64	849 456	8,010	85,8%
Cahors	391 943,85	48 853	8,023	98,2%
Châteauroux	634 616,99	79 089	8,024	93,6%
Rhône	9 938 303,70	1 229 670	8,082	88,5%
Nanterre	10 486 132,62	1 293 878	8,104	93,9%
Montauban	614 035,89	75 486	8,134	95,6%
Tulle	788 694,15	96 781	8,149	90,9%
La Roche-sur-Yon	1 649 527,53	198 915	8,293	93,2%
Annecy	2 974 133,13	356 251	8,348	95,5%
Auxerre	1 780 971,60	211 673	8,414	96,7%
Evreux	2 712 454,13	320 626	8,460	86,2%
Rodez	964 328,21	112 388	8,580	95,3%
Saint-Lô	2 397 440,13	278 247	8,616	94,6%
Versailles	7 747 254,14	882 096	8,783	90,7%
Rennes	3 660 295,04	415 484	8,810	91,9%
Isère	5 195 324,74	585 368	8,875	85,1%
Nîmes	3 298 964,23	362 997	9,088	94,7%
Saint-Brieuc	1 761 569,48	190 459	9,249	89,1%
Epinal	1 618 735,58	172 926	9,361	95,4%
Vesoul	903 812,99	95 357	9,478	89,3%
Tours	1 808 327,13	188 617	9,587	89,3%
Chambéry	1 631 712,58	166 872	9,778	92,1%
Bar-le-Duc	809 096,71	82 294	9,832	93,5%
Loire	4 406 467,61	443 619	9,933	89,5%
Angoulême	1 082 174,97	108 583	9,966	89,4%
Chartres	1 380 887,59	136 302	10,131	90,8%
Le Mans	2 004 611,16	196 931	10,179	90,0%
Orléans	3 312 925,91	321 435	10,307	89,1%
Rouen-Elbeuf-Dieppe	5 737 032,42	550 044	10,430	87,5%
Paris	14 360 373,98	1 369 962	10,482	85,9%
Clermont-Ferrand	2 753 873,00	242 416	11,360	94,3%
Agen	1 413 905,07	124 171	11,387	97,0%
Moulins	1 427 274,92	118 509	12,044	89,8%
Le Puy	517 530,20	41 667	12,421	86,4%
Guéret	349 286,49	27 332	12,779	98,6%
La Rochelle	1 788 148,42	138 824	12,881	92,8%
Périgueux	1 398 969,56	108 396	12,906	95,7%

Hérault	5 343 533,80	404 480	13,211	86,4%
Loire-Atlantique	5 460 843,13	399 858	13,657	92,9%
Laval	1 107 728,60	81 059	13,666	87,7%
Moselle	4 253 153,79	309 940	13,723	94,1%
CPAM n'ayant pas atteint la cible COG 2012				
Bas-Rhin[49]	*4 464 746,94*	*798 574*	*5,591*	*83,3%*
Hainaut	*3 476 995,42*	*538 331*	*6,459*	*82,1%*
Dijon	*1 577 835,02*	*231 925*	*6,803*	*80,9%*
Haut-Rhin	*3 319 687,09*	*426 455*	*7,784*	*71,0%*
Créteil	*6 167 627,97*	*791 937*	*7,788*	*80,7%*
Bobigny	*9 443 490,93*	*1 167 593*	*8,088*	*83,1%*
Poitiers	*1 139 314,94*	*139 877*	*8,145*	*80,7%*
Marseille	*11 300 645,51*	*1 254 913*	*9,005*	*68,4%*
Limoges	*1 330 482,29*	*141 064*	*9,432*	*81,0%*
Le Havre	*2 776 161,07*	*264 713*	*10,487*	*78,5%*
Maine-et-Loire	*2 560 369,23*	*238 621*	*10,730*	*73,4%*
Bastia	*634 532,88*	*57 600*	*11,016*	*83,1%*
Niort	*1 306 644,01*	*92 231*	*14,167*	*82,0%*
Ardèche	*1 101 882,95*	*167 359*	*6,584*	*ND*
Foix	*533 418,48*	*69 642*	*7,659*	*ND*

Source : CNAMTS, traitement mission

[480] La Cnamts[50] attribue, pour l'essentiel, ces écarts de coûts unitaires à des coûts structurels. Selon son analyse, les CPAM présentant les coûts unitaires les plus élevés sont celles :

- qui disposent d'un réseau de points d'accueil denses pour des raisons stratégiques (*i.e.* la volonté d'un réseau de proximité étoffé), historique, démographique, géographique (dans les départements, comme ceux de montagne, où les déplacements sont difficiles, les points d'accueil sont plus nombreux) ;
- situées dans des zones où l'immobilier présente un coût supérieur voire très supérieur à la moyenne.

[481] Il en résulte que si une CPAM, située dans une zone où les prix de l'immobilier sont élevés, dispose d'un réseau de points d'accueil dense, la pondération des coûts structurels dans le coût unitaire final s'en trouve fortement augmentée.

[482] La mission partage l'analyse de la Cnamts concernant l'existence de coûts structurels expliquant les différences de coûts unitaires, tout en ayant quelques réserves sur leur importance.

[483] Tout d'abord les CPAM situées dans des zones où l'immobilier présente un coût élevé peuvent et doivent mener une politique proactive pour en diminuer la charge (politique de renégociation des baux mettant en avant la qualité de la signature du preneur à bail, par exemple). Les coûts de l'immobilier sont une contrainte mais pas un invariant de gestion.

[484] Ensuite, la densité des points d'accueil n'entraîne pas des surcoûts structurels significatifs.

[49] En italique, les CPAM n'ayant pas atteint la cible de performance mentionnée dans la COG pour 2012.
[50] Cf. un courriel du 26 février 2014.

[485] A titre d'illustration, les données relatives aux CPAM de la région Rhône-Alpes invitent à la prudence. La CPAM de l'Isère (réseau dense et coût de l'immobilier élevé) est supposée avoir des coûts structurels supérieurs à ceux de la CPAM de la Loire (réseau moins dense et coût de l'immobilier globalement moins élevé) : or, son coût unitaire est moindre de 12%. Cette situation pourrait s'expliquer par l'adéquation plus forte de son réseau à ses publics et / ou à des choix patrimoniaux (propriété *versus* location).

[486] Cette notion d'adéquation pourrait expliquer que les coûts unitaires de la CPAM de la Drôme soient sensiblement inférieurs à ceux des CPAM de l'Ain et de l'Ardèche.

[487] Enfin, la composante charges de personnel étant une donnée importante[51] du le coût unitaire final, un effort d'identification des pratiques managériales semble nécessaire.

Recommandation n°13 : Développer la capacité de la Cnamts à identifier les déterminants des différentiels de coûts unitaire de l'accueil physique pour définir précisément les marges de progression en termes de réduction des écarts de coûts unitaires

Tableau 40 : Point d'accueils des CPAM en région Rhône-Alpes et coût unitaire de l'accueil physique

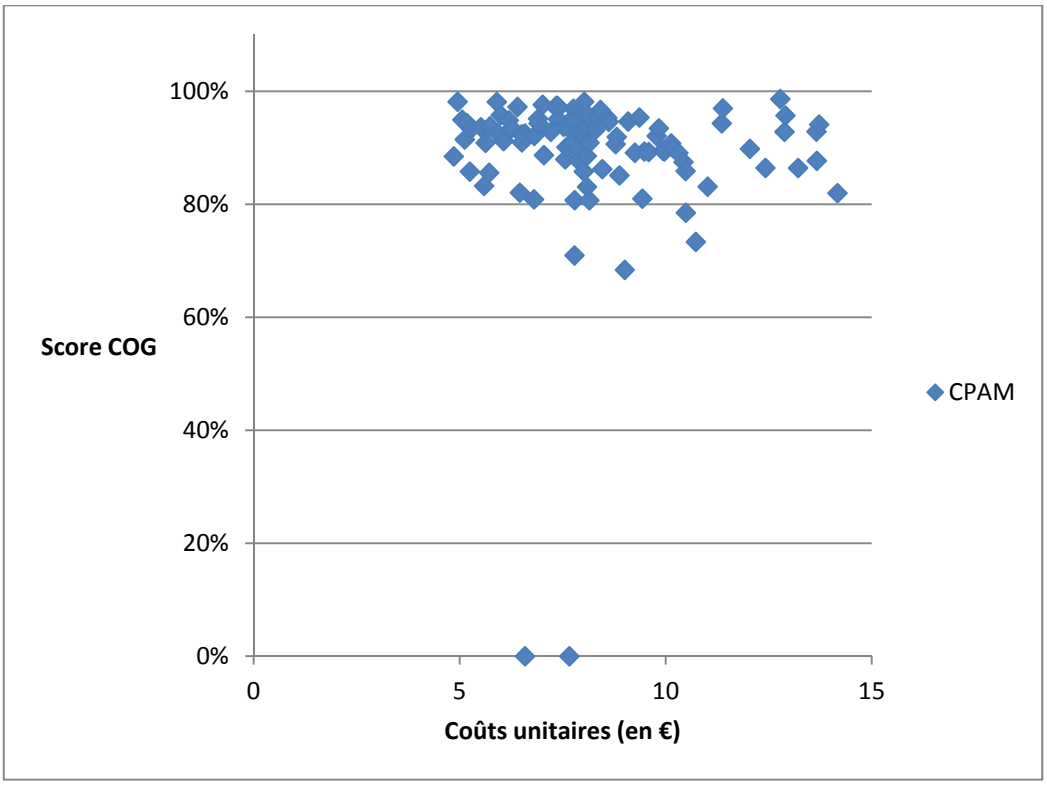
	Ain	Ardèche	Drôme	Haute-Savoie	Isère	Loire	Rhône	Savoie
Accueil permanent	8	4	7	8	15	15	12	6
Permanence	4	11	8	2	40	7	11	15
Accueil réalisé par un autre partenaire	1	1	1	0	6	7	4	0
Total des accueils	9	16	16	10	61	29	27	21
Nombre de contacts	286 246	167 359	273 907	365 251	585 368	443 619	1 229 670	166 872
Nombre de contacts par accueil permanent[52]	35 780	41 839	39 129	45656	39 024	29 574	102 472	27 812
Coûts unitaires des contacts	7,83	6,58	5,714	8,348	8,875	9,993	8,082	9,778

Source : Rapport IGAS/MNC RM 2013-124P / MNC 2013-10-IMP-synthèse, données Cnamts, traitement mission

[51] Mais dont la part exacte n'est pas connue à ce jour au travers de la comptabilité analytique.
[52] La mission a divisé le nombre de contacts par accueil permanent car les flux de contacts passant par les autres types d'accueil sont très réduits.

[489] Par ailleurs, la dispersion des performances des CPAM tient davantage aux coûts unitaires qu'au score COG, la réduction des écarts de performance entre CPAM passe donc prioritairement par une action sur les coûts.

Graphique 1 : Distribution des CPAM selon leur performance[53]



Source : *Cnamts, traitement mission*

2.2 Le classement des caisses les plus performantes pour l'accueil téléphonique

[490] Les CPAM ont enregistré, en 2012, 31,5 millions d'appels téléphoniques répartis comme suit :

- 28,5 millions d'appels émanant des assurés sociaux ;
- 2,5 millions d'appels émanant des PS ;
- 0,5 millions d'appels émanant des employeurs.

[491] L'accueil téléphonique des assurés sociaux est réalisé 58 plateformes d'accueil téléphonique (dont quatre dans les DOM). Les plateformes se répartissent en trois catégories :

- 34 plateformes mono-sites mono-caisses ;
- 13 plateformes mono-sites multicaisses ;
- 11 plateformes multi-sites multi-caisses.

[492] L'accueil téléphonique des PS est dit de proximité car il repose sur :

- 102 lignes d'accueil pour le réseau administratif (avec des organisations départementales ou régionales, par catégories de PS ou globales) ;

[53] Deux CPAM (Ardèche et Ariège) sont à 0% pour l'indicateur COG car leur score n'est pas renseigné.

- 102 lignes d'accueil pour le réseau médical (avec des organisations départementales ou régionales, toutes catégories de PS confondues).

[493] L'accueil téléphonique des employeurs est plus hétérogène avec des traitements *via* des lignes dédiées ou le 3646.

[494] Selon la Cnamts, les variations de la volumétrie d'appels, singulièrement en début d'année, peuvent parfois engendrer ponctuellement d'importantes difficultés sur certaines plateformes téléphoniques. Pour pallier cette difficulté, la Cnamts a mis en place deux plateformes de délestage (Manche et Lozère).

[495] Le classement des CPAM en fonction de leurs performances présente les caractéristiques suivantes :

- un écart de coût unitaire de 69% entre la caisse la plus performante et celle la moins performante, un écart de 1 à 3 entre la caisse la moins chère et celle la plus chère ;
- en haut de classement une prédominance des caisses ayant mutualisé leur accueil téléphonique qui n'écarte cependant pas la présence de CPAM de taille importante restées autonomes (Evry et Nice[54]) ;
- en bas de classement, une prédominance des grandes caisses ayant des coûts unitaires faibles mais une faible qualité de service ;
- les CPAM ou plateformes traitant peu d'appels sont à la fois les moins chères (Bastia, Saint-Lô[55]) et les plus chères (Meurthe-et-Moselle, région du Limousin, Mayenne).

[496] La mutualisation de l'accueil téléphonique concerne essentiellement les petites et moyennes caisses, les grandes caisses atteignant la taille critique leur permettant d'être productive sans y recourir.

[54] Ce qui signifierait que ces CPAM ont atteint la taille critique ou du moins s'en approchent.
[55] Saint-Lô est également une plateforme téléphonique de délestage.

Tableau 41 : Classement des CPAM selon leurs performances pour l'accueil téléphonique des assurés sociaux, par ordre décroissant de performance (2012)

CPAM	Coût analytique (en €)	Volume de contacts	Coût unitaire de l'accueil téléphonique des assurés(en €)	Score indicateur COG de l'accueil téléphonique des assurés
CPAM ayant atteint la cible COG 2012				
NEVERS	1 164 517,48	241 125	4,83	90,2%
AUXERRE				
GAP	2 012 988,05	408 845	4,92	90,2%
DIGNE-LES-BAINS				
AVIGNON				
MENDE	3 745 907,90	733 223	5,11	94,5%
NIMES				
HERAULT				
BAYONNE	4 047 173,75	730 674	5,54	91,7%
MONT-DE-MARSAN				
AGEN				
PAU				
PERIGUEUX				
NICE	2 812 488,21	502 457	5,6	99,1%
CHARLEVILLE	749 529,26	130 090	5,76	91,4%
LE MANS	1 384 025,56	239 975	5,77	90,8%
CARCASSONNE	1 283 733,93	413 449	5,83	92,3%
PERPIGNAN				
EVRY	3 235 152,08	536 846	6,03	90,3%
AUCH	934 144,96	152 292	6,13	90,8%
TARBES				
DIJON	1 351 365,66	219 587	6,15	90,1%
CHATEAUROUX	6 243 454,57	1 012 651	6,17	91,9%
BLOIS				
BOURGES				
CHARTRES				
ORLEANS				
TOURS				
OISE	5 451 472,03	882 400	6,18	91,0%
AISNE				
AMIENS				
RHONE	4 744 935,39	760 573	6,24	91,1%
RENNES	2 488 067,79	390 573	6,37	91,9%
FINISTERE	2 205 136,02	340 397	6,48	95,4%
VANNES	1 969 127,94	299 699	6,57	92,9%
VALENCE	6 995 058,50	1 051 382	6,65	90,8%
ARDECHE				
ISERE				
CHAMBERY				
ARTOIS	4 099 625,01	613 394	6,68	91,5%

COTE OPALE				
BOURG-EN-BRESSE	5 990 736,72	893 393	6,71	92,0%
ANNECY				
LOIRE				
ALENCON	810 596,42	120 703	6,72	90,0%
BAR-LE-DUC	1 680 000,38	248 613	6,76	91,8%
EPINAL				
TROYES	1 335 523,33	195 997	6,81	90,6%
CHAUMONT				
RODEZ	2 808 810,15	411 954	6,82	91,5%
CAHORS				
ALBI				
MONTAUBAN				
MELUN	4 484 513,61	652 408	6,87	92,6%
LONS-LE-SAUNIER	1 609 097,20	430 749	6,9	91,7%
BELFORT				
DOUBS				
VESOUL				
MOSELLE	2 940 891,31	425 212	6,92	93,7%
REIMS	1 350 263,48	191 143	7,06	91,3%
LA ROCHELLE	4 582 434,95	639 037	7,17	91,6%
POITIERS				
ANGOULEME				
NIORT				
CLERMONT-FERRAND	3 502 701,71	483 830	7,24	90,4%
MOULINS				
LE PUY-EN-VELAY				
AURILLAC				
FOIX	4 444 064,35	593 585	7,49	90,6%
TOULOUSE				
BAS-RHIN	5496202,75	718 752	7,65	90,4%
HAUT-RHIN				
VERSAILLES	4334554,02	564 273	7,68	90,1%
MACON	1643457,90	212 354	7,74	92,7%
ROUEN-ELBEUF-DIEPPE	3 874 870,68	484 645	8	95,4%
LE HAVRE				
LAVAL	859 545,86	105 328	8,16	90,6%
SAINT-BRIEUC	2 071 618,42	247 441	8,37	90,4%
CAEN	2 382 027,33	276 493	8,62	92,0%
LOIRE-ATLANTIQUE	4 622 808,24	523 040	8,84	92,0%
GUERET	2 551 543,21	279 290	9,14	93,0%
TULLE				
LIMOGES				
MEURTHE-ET-MOSELLE	2 784 994,33	296 036	9,41	94,3%
CPAM nayant pas atteint la cible COG 2012				

AJACCIO[56]	*500 632,52*	*160 432*	*3,12*	*88,5%*
BASTIA				
SAINT-LO	*675 074,43*	*180 008*	*3,75*	*89,8%*
BORDEAUX	*2 967 198,15*	*703 304*	*4,22*	*84,5%*
CRETEIL	*4 807 661,03*	*1 078 603*	*4,46*	*52,5%*
EVREUX	*1 691 047,96*	*377 362*	*4,48*	*52,0%*
MARSEILLE	*5 798 509,59*	*1 256 954*	*4,61*	*67,5%*
CERGY PONTOISE	*3 459 922,98*	*695 780*	*4,97*	*78,9%*
FLANDRES	*6 147 036,68*	*1 069 626*	*5,75*	*89,4%*
ROUBAIX-TOURCOING				
HAINAUT				
LILLE-DOUAI				
TOULON	*3 010 421,87*	*489 105*	*6,15*	*85,3%*
LA ROCHE-SUR-YON	*3 557 423,01*	*571 758*	*6,22*	*87,6%*
MAINE-ET-LOIRE				
BOBIGNY	*5 677 158,72*	*903 540*	*6,28*	*87,8%*
PARIS	*8 713 965,19*	*1 276 540*	*6,83*	*86,7%*
NANTERRE	*5 616 378,74*	*804 595*	*6,98*	*89,0%*

Source : Cnamts, traitement mission

[497] Selon la Cnamts[57] *« les facteurs structurels sont […] la principale cause de ces écarts : certaines plateformes regroupent pour certaines jusqu'à 6 caisses alors que certaines caisses ne font pas partie d'une plate forme et traitent directement leurs propres appels. Le mode de structuration des PFS réponds à une logique principalement historique ».*

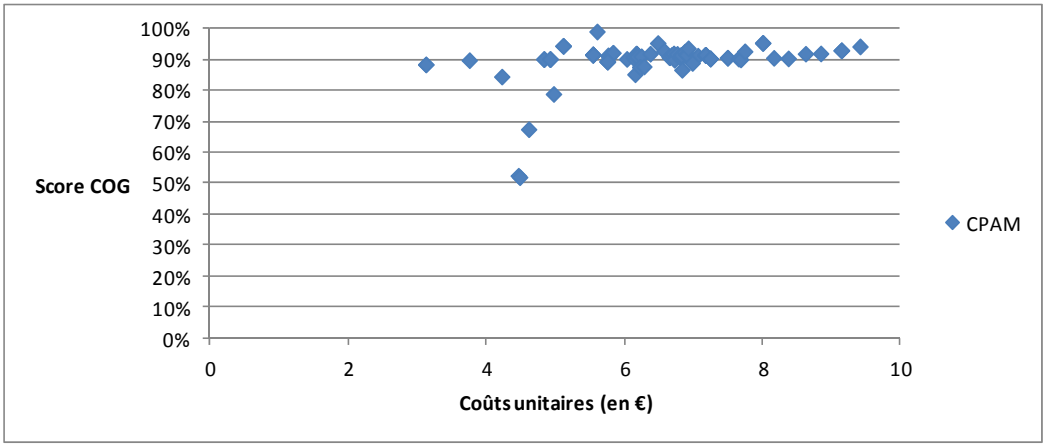
[498] Pour autant, le classement établi par la mission montre que la mutualisation ou la taille de la caisse ne génèrent pas une performance et / ou une productivité linéaire. En effet, des structures mutualisant un grand nombre de caisses, ainsi dans la région Centre, présentent un coût unitaire supérieur à des structures mutualisant un petit nombre de caisses, ainsi dans la région Bourgogne. De même, une caisse mono-site de petite taille (la CPAM des Ardennes, par exemple) est plus performante qu'une caisse mono-site de grande taille (la CPAM du Rhône, par exemple). Il en ressort également que la CPAM des Ardennes est plus performante que la plateforme mutualisée de la région Centre. A ce stade, il apparaît donc que si les coûts immobiliers ont un impact sur les coûts unitaires, l'intensité de cet impact n'est pas connue.

Recommandation n°14 : Développer la capacité de la Cnamts à identifier les déterminants des différentiels de coûts unitaire de l'accueil téléphonique pour définir précisément les marges de progression en termes de réduction des écarts de coûts unitaires

[499] Par ailleurs, la dispersion des performances des CPAM tient, à nouveau, davantage aux coûts unitaires qu'au score COG.

[56] En italique, les CPAM n'ayant pas atteint la cible de performance mentionnée dans la COG pour 2012.
[57] Cf. un courriel du 26 février 2014.

Graphique 2 : Dispersion des CPAM selon leur performance



Source : *Mission d'après données Cnamts*

2.3 Le classement des caisses les plus performantes pour le traitement des courriers / courriels

[500] **La comptabilité analytique de la Cnamts ne distingue pas le traitement des courriers et des courriels, ce qui ne permet pas de connaître le coût unitaire de ces deux modes de contacts avec les CPAM.**

[501] La mission observe cependant que les 10 caisses les plus performantes sont celles qui aujourd'hui traitent davantage de courriers que de courriels, les moins performantes traitant davantage de courriels que de courriers, ce constat reste vrai pour les caisses suivantes mais avec des exceptions. Par conséquent, sans en connaître les causes, aujourd'hui, on peut en déduire que le coût unitaire du traitement d'un courrier est plus souvent moindre que celui d'un courriel au sein des CPAM.

[502] Par ailleurs, pour optimiser le traitement des courriels, la Cnamts a mis en place une organisation structurée sur la base de 23 centres régionaux ou interrégionaux en France métropolitaine[58], qui mutualisent le traitement des courriels de niveau 1 entre les caisses, tandis que les courriels plus complexes, dits de « niveau 2 », sont traités par le back office de chaque caisse. La comptabilité analytique de la Cnamts ne permet pas la mesure de la productivité de ces plateformes.

Recommandation n°15 : Faire en sorte que la comptabilité analytique suive les coûts de gestion respectifs des courriers et des courriels

[503] Le classement des CPAM en fonction de leurs performances présente les caractéristiques suivantes :

- un écart de coût unitaire de un à huit entre la caisse la plus performante et celle la moins performante, et de un à 15 entre la caisse la moins chère et celle la plus chère ;
- en haut de classement une prédominance des caisses petites et moyennes, très peu de CPAM de taille importante (Grenoble, Melun et Nantes) ;
- en bas de classement, une prédominance des grandes caisses n'écarte pas la présence de petites caisses.

[58] Il existe également deux centre en France ultra-marine : à la Réunion et en Guadeloupe.

Tableau 42 : Classement des CPAM selon leurs performances pour le traitement des courriers / courriels, par ordre décroissant de performance (2012)

CPAM	Coût analytique (en €)	Volume de courriels	Volume de courriers	Volume total de contacts	Coût unitaire du traitement des courriers/courriels (en €)	Score indicateur COG du traitement des courriels[59]
CPAM ayant atteint la cible COG 2012						
Valence	296 693,43	22 752	42 994	65 746	4,51	80,9%
Mont-de-Marsan	269 141,58	15 036	31 835	46 871	5,74	90,9%
Bar-le-Duc	80 568,37	4 919	7 089	12 008	6,71	84,0%
Roche-sur-Yon	556 127,08	25 004	56 726	81 730	6,80	80,3%
Isère	1 156 986,76	57795	96 743	154 538	7,49	80,9%
Gap	91 420,85	4 847	6 798	11 645	7,85	83,9%
Rouen-Elbeuf-Dieppe	704 259,59	36 527	52 564	8091	7,90	77,5%
Epinal	452 639,36	12 944	40 086	53 030	8,54	84,0%
Clermont-Ferrand	667 815,32	22 610	42 441	65 051	10,27	83,3%
Nevers	199 482,23	8 568	9 048	17 616	11,32	75,1%
Tulle	126 171,73	7 114	4 019	11 133	11,33	81,9%
Melun	1 354 728,36	72 150	33 948	106 098	12,77	81,7%
Meurthe-et-Moselle	690 326,70	31 899	19 919	51 818	13,32	84,0%
Guéret	176 023,81	2 077	10 645	12 722	13,84	81,9%
Auxerre	631 439,61	14 925	30 338	45 263	13,95	75,1%
Alençon	635 780,70	8 199	35 811	44 010	14,45	77,5%
La Rochelle	707 731,62	25 953	23 036	48 989	14,45	81,9%
Bourg-en-Bresse	1 018 710,78	28 203	40 200	68 403	14,89	83,3%
Troyes	366 618,85	9 346	15 262	24 608	14,90	84,0%
Loire-Atlantique	2 520 364,38	63 826	95 267	159 093	15,84	80,3%
Le Puy	394 818,89	8 930	15 713	24 643	16,02	83,3%
Agen	630 916,21	11 565	25 574	37 139	16,99	90,9%
Flandres	1 393 455,27	22 101	59 048	81 149	17,17	77,9%
Rhône	3 110 523,79	105 380	73 988	179 368	17,34	80,9%
Macon	875 039,70	21 773	28 632	50 405	17,36	75,1%
Moulins	565 813,96	11 540	20 807	32 347	17,49	83,3%
Châteauroux	467 435,91	5 910	20 000	25 910	18,04	82,2%
Digne	218 654,39	8 124	3 750	11 874	18,41	83,9%
Marseille	3 868 815,79	120 879	87 014	207 893	18,61	83,9%
Hainaut	2 353 014,58	37 452	88 736	126 188	18,65	77,9%
Blois	294 323,55	11 273	4 484	15 757	18,68	82,2%
Loire	1 654 209,63	30 358	57 825	88 183	18,76	83,3%
Le Havre	806 129,16	18 399	23 808	42 207	19,10	77,5%
Rennes	1 363 381,12	39 539	29 576	69 115	19,73	86,3%
Reims	1 530 036,19	19 990	56 768	76 758	19,93	84,0%

[59] Il est rappelé que l'indicateur utilisé ne concerne que les courriels.

Vannes	1 449 875,00	28 727	41 978	70 705	20,51	86,3%
Roubaix-Tourcoing	1 491 210,36	35 056	37 183	72 239	20,64	77,9%
Bayonne	629 404,52	10 763	19 546	30 309	20,77	90,9%
Ajaccio	198 126,26	4 000	5 305	9 305	21,29	80,5%
Haut-Rhin	774 279,92	32 766	3 221	35987	21,52	87,2%
Annecy	1 545 360,47	34 805	35 257	70 062	22,06	83,3%
Moselle	1 990 003,08	46 974	40 084	87 058	22,86	84,0%
Nice	1 959 580,09	58 338	26 630	84 968	23,06	80,5%
Laval	448 255,60	10 409	8 314	18 723	23,94	80,3%
Finistère	1 156 237,00	30 422	17 754	48 176	24,00	86,3%
Toulon	1 734 479,58	49 359	22 761	72 120	24,05	80,5%
Pau	489 574,18	13 091	7 101	20 192	24,25	90,9%
Orléans	1 289 617,59	28 365	24 755	53 120	24,28	82,2%
Oise	1 958 329,26	41 804	37 314	79 118	24,75	84,9%
Caen	1 071 782,60	23 497	19 624	43 121	24,86	77,5%
Belfort	237 249,30	6 113	3 033	9 146	25,94	75,1%
Toulouse	2 368 516,97	51 724	37 954	89 678	26,41	82,1%
Poitiers	727 785,31	13 583	12 848	26 431	27,54	81,9%
Chambéry	593 853,14	16 900	4 381	21 281	27,91	80,9%
Pontoise	2 637 052,25	69 907	23 383	93 290	28,27	84,6%
Maine-et-Loire	1 356 640,49	36 824	11 057	47 881	28,33	80,3%
Limoges	735 919,43	10 763	14 893	25 656	28,68	81,9%
Saint-Brieuc	686 463,85	20 140	3 667	23 807	28,83	86,3%
Bourges	690 161,63	11 854	11 592	23 446	29,44	82,2%
Chartres	610 609,56	15 790	4 368	20 158	30,29	82,2%
Aisne	861 595,18	19739	8 386	28 125	30,63	84,9%
Foix	196 449,31	3 736	2 572	6 308	31,14	82,1%
Bordeaux	3 429 840,12	66 763	42 608	109 371	31,36	90,9%
Dijon	965 784,87	23 662	7 105	30 767	31,39	75,1%
Avignon	969 178,87	27 429	3 009	30 438	31,84	83,9%
Versailles	3 151 819,84	71 495	25 755	97 250	32,41	84,6%
Nanterre	4 148 066,23	106 215	18 232	124 447	33,33	79,4%
Evreux	1 250 311,93	29 332	7 698	37 030	33,76	77,5%
Bastia	360 288,62	7 229	3 323	10 552	34,14	80,5%
Ardèche	741 488,26	12 006	9 490	21 496	34,49	80,9%
Bas-Rhin	2 578 165,24	59 166	15 339	74 505	34,60	87,2%
Chaumont	266 598,04	4 920	2 725	7 645	34,87	84,0%
Doubs	1 063 744,46	21 063	8 949	30 012	35,44	75,1%
Le Mans	1 033 855,81	20 793	6 851	27 644	37,40	80,3%
Niort	592 922,27	14134	1 397	15 531	38,18	81,9%
Rodez	272 430,13	6 108	960	7 068	38,54	82,1%
Vesoul	548 950,48	9 918	4 309	14 227	38,59	75,1%
Artois	2 549 144,98	52 915	12 446	65 361	39,00	82,1%
Auch	324 756,83	4 763	3 475	8 238	39,42	82,1%
Evry	3 418 182,10	60 010	18 960	78 970	43,28	81,7%
Montauban	411 431,74	7 104	2 311	9 415	43,70	82,1%

Aurillac	208 208,85	4 213	519	4 732	44,00	83,3%
Amiens	1 121 771,14	21 728	3 558	25 286	44,36	84,9%
Saint-Lô	1 067 741,41	13 317	8 422	21 739	49,12	77,5%
Charleville-Mézières	570 400,00	9 373	2 145	11 518	49,52	84,0%
Lons-le-Saunier	516 113,07	8 509	1 848	10 357	49,83	75,1%
Tours	1 530 580,03	23 918	6 524	30 442	50,28	82,2%
Lille-Douai	4 026 744,80	61531	16 685	78 216	51,48	77,9%
Angoulême	982 159,87	11 392	7 110	18 502	53,08	81,9%
Cote d'Opale	1 580 665,43	25 097	3 308	28 405	55,65	82,1%
Périgueux	750 602,90	10 318	2 533	12 851	58,41	90,9%
Cahors	300 320,11	3 917	789	4 706	63,82	82,1%
Tarbes	560 497,52	5 956	2 490	8 446	66,36	82,1%
Albi	921 419,47	11 236	1 740	12 976	71,01	82,1%
CPAM n'ayant pas atteint la cible COG 2012						
Créteil[60]	*1 731 574,54*	*100 228*	*51 819*	*152 047*	*11,39*	*72,9%*
Carcassonne	*434 205,02*	*13 532*	*19 396*	*32 928*	*13,19*	*74,6%*
Bobigny	*3 444 262,53*	*83 890*	*55 653*	*139 543*	*24,68*	*72,9%*
Paris	*6 161 968,89*	*139 569*	*88 132*	*227 701*	*27,06*	*58,0%*
Hérault	*2 331 204,89*	*64 040*	*14 697*	*78 737*	*29,61*	*74,6%*
Perpignan	*847 314,10*	*20 045*	*8 373*	*28 418*	*29,82*	*74,6%*
Mende	*108 260,91*	*1 501*	*1 835*	*3 336*	*32,45*	*74,6%*
Nîmes	*1 356 642,20*	*29 903*	*6 152*	*36 055*	*37,63*	*74,6%*

Source : Données Cnamts, traitement mission

[504] Selon la Cnamts[61], *« Comme pour l'accueil téléphonique la structuration des plateaux est très variable et influe nécessairement sur les coûts unitaires de traitement »*.

[505] La mission partage cette analyse qui repose sur la notion d'économies d'échelle, tout en relevant son caractère incomplet.

[506] En effet, seuls les courriels dits de niveau 1 sont traités par les plateformes, or les déterminants du coût unitaire de ce processus sont également liés au traitement des courriers et à celui des courriels de niveau 2 (soit 20% des courriels). En pratique, on relève une dispersion des coûts unitaires significative entre adhérents d'une même plateforme, ce qui démontre le caractère incomplet de l'analyse de la Cnamts. Ainsi pour la Bretagne, les coûts unitaires vont de 19,73 € pour la CPAM d'Ille-et-Vilaine à 28,83 € pour la CPAM des Côtes-d'Armor soit un écart 68%, pour les Pays-de-la-Loire les coûts unitaire vont de 6,80 € pour la CPAM de Vendée à 37,40 € pour la CPAM de la Sarthe soit un écart de un à cinq.

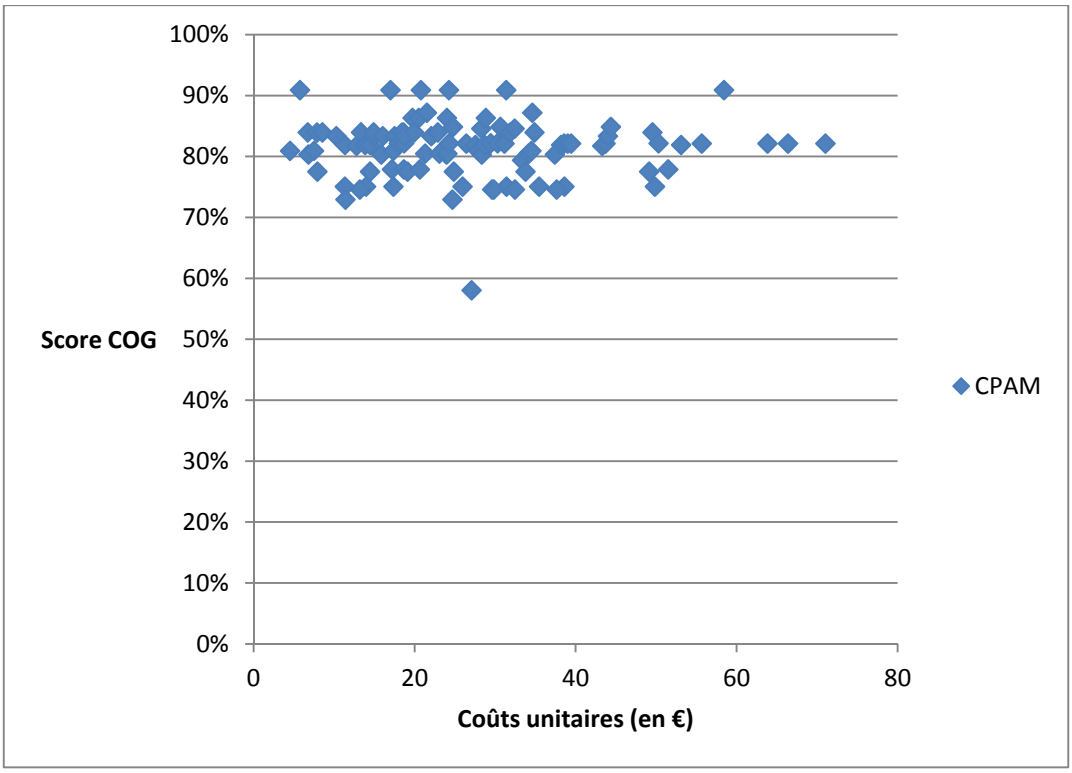
[507] Cela signifie qu'il n'est pas possible de conclure quant à la détermination des éléments du coût unitaire de ce processus au regard des données de la comptabilité analytique.

Recommandation n°16 : Développer la capacité de la Cnamts à identifier les déterminants des différentiels de coûts unitaire du processus « traitement des courriers / courriels pour définir précisément les marges de progression en termes de réduction des écarts de coûts unitaires

[508] A nouveau, la dispersion des performances des CPAM tient davantage aux coûts unitaires qu'au score COG.

[60] En italique, les CPAM n'ayant pas atteint la cible de performance mentionnées dans la COG pour 2012.
[61] Cf. un courriel du 26 février 2014.

Graphique 3 : Dispersion des CPAM selon leur performance



Source : *Mission d'après données Cnamts*

3 DES AXES QUALITATIFS D'AMELIORATION ONT ETE DEGAGES PAR LA MISSION

[509] Ce chapitre synthétise l'ensemble des axes d'amélioration de la performance identifiés par la mission. Ces axes peuvent être davantage développés dans les annexes spécifiques à chaque thème. Quatre axes peuvent se dégager pour améliorer la productivité du pôle « relation clients » au cours de la prochaine COG :

- la baisse du coût unitaire de chaque canal de contact, notamment en réduisant l'hétérogénéité des coûts unitaires ;
- la maîtrise du nombre de contacts entrants en limitant notamment la réitération ;
- le déversement des contacts entrants sur les canaux les plus efficients ;
- la simplification du droit.

[510] Il convient de relever que la mutualisation des services, la dématérialisation des processus (évoqués dans le chapitre 3.1), la simplification du droit que la présente annexe développe ci-après sont des modalités d'efficience de la gestion des prestations d'assurance maladie expressément mentionnées par le comité interministériel de la modernisation de l'action publique[62].

[62] Cf. relevé de décision du 17 juillet 2013, décision n°10.

3.1 La baisse des coûts unitaires de chaque canal de contact

[511] Outre la détection des bonnes pratiques de gestion des caisses les plus performantes, il apparaît que la baisse du coût unitaire de chaque canal de contact passe, d'une part, par un renforcement de la mutualisation et la rationalisation de l'organisation et, d'autre part, par la dématérialisation des processus et l'automatisation des réponses.

3.1.1 La mutualisation des services et la rationalisation de l'organisation

[512] Une mutualisation de service réussie peut produire des gains de productivité selon deux modalités :

- à titre principal des économies d'échelle liée à l'atteinte de la taille critique ;
- à titre secondaire, une spécialisation accrue des agents que permet l'atteinte de la taille critique.

[513] Actuellement, l'accueil téléphonique (pour les demandes simples et complexes) et le traitement des courriels (pour les demandes simples) font l'objet d'une mutualisation assez poussée à travers la mise en place des plateformes évoquées dans le chapitre précédent.

[514] D'une manière générale, les plateformes courriels et téléphoniques ayant des volumes d'activité hétérogènes (de 150 000 appels en 2012 à plus d'un million pour les plateformes téléphoniques, par exemple), il importe que la Cnamts mène une étude sur la taille critique et poursuive, le cas échéant, le mouvement de concentration des plateformes téléphoniques et courriels, le niveau régional ne constituant pas nécessairement un échelon suffisant.

[515] C'est d'ailleurs ce que propose l'Assurance-maladie dans ses orientations pour la COG 2014-2017 : *« Au-delà, une analyse de la cartographie de l'offre téléphonique aux assurés sera réalisée pour adapter leur dimensionnement aux évolutions de flux dans un objectif de renforcement de l'efficacité collective de l'Assurance Maladie. Sur la base de ses conclusions, des transferts de flux pourront être mis en œuvre en fonction de la taille critique des PFS ».*

Recommandation n°17 : Déterminer la taille critique des plateformes de traitement des appels téléphoniques et des courriels et poursuivre, le cas échéant, le mouvement de concentration de ces services

[516] S'agissant des plateformes téléphoniques, la mission constate que la mutualisation n'a pas été poussée à son terme, des CPAM de petite et moyenne tailles, étant restées autonomes.

Recommandation n°18 : Mener à son terme le processus de mutualisation des plateformes téléphoniques, notamment pour les CPAM petites et moyennes dont les services n'atteignent pas la taille critique

[517] Dans l'intervalle, la Cnamts pourrait augmenter le nombre de plateformes de délestage téléphonique (comme celle mise en place par la CPAM de la Manche et la caisse commune de sécurité sociale de Lozère), ce qui permettrait de mieux faire face aux pics d'appels et d'optimiser l'utilisation des ressources humaines. Elle pourrait également créer des plateformes de délestage courriels.

[518] Par ailleurs, la mission relève que le traitement des courriers ne fait l'objet d'aucun processus de mutualisation. Il est vrai que contrairement aux demandes téléphoniques ou par courriels, une telle mutualisation n'est pas transparente pour l'usager. Pour autant, elle est susceptible de générer des gains de productivité et ne rencontre *a priori* aucun obstacle d'ordre technique.

Recommandation n°19 : Expérimenter la mutualisation du traitement des courriers sur une base au moins régionale

[519] Pour la gestion des demandes complexes, pour lesquels seul un service national aurait la taille critique (c'est-à-dire pouvant donner lieu à économie d'échelle et spécialisation des agents), la Cnamts doit développer l'implantation de tels services dans les CPAM.

Recommandation n°20 : Créer un service national quand la taille critique relève de cet échelon de mutualisation

[520] L'accueil physique fait lui aussi l'objet de démarches de mutualisation avec la mise en place au cours de la COG actuelle d'« accueils limitrophes » qui permettent à des agences relevant de deux CPAM distinctes de recevoir des assurés affiliés à une autre CPAM. Ce type de mutualisation, qui ne débouche pas sur un regroupement de service, améliore la qualité du service rendu à l'usager mais ne génère pas *a priori* de gains de productivité, sauf cas de restructuration de l'accueil.

[521] On peut également trouver le cas de mutualisation partielle de l'accueil physique avec la Direction régionale du service médicale (DRSM) ou la caisse d'allocations familiales (c'est ainsi le cas dans la Sarthe), mais ces occurrences résultent de circonstances locales (la localisation des services au sein d'un même bâtiment) et il s'agit en fait de la mise en commun du pré-accueil (schématiquement, l'orientation des assurés dans les locaux). Si ce type de mutualisation génère quelques gains de productivité, sa plus-value porte essentiellement sur la qualité du service rendu à l'usager.

[522] Par conséquent, une baisse significative des coûts de l'accueil physique ne peut passer que par une rationalisation de l'organisation du réseau des CPAM et de leurs agences, politique d'ores et déjà menée par la Cnamts.

Recommandation n°21 : Poursuivre la rationalisation des accueils physique en tenant compte des besoins des publics fragiles

3.1.2 La dématérialisation des processus et l'automatisation des réponses

[523] La dématérialisation des processus et l'automatisation des réponses (pour les questions qui s'y prêtent) génèrent des gains de productivité directs et indirects sur le pôle métier « relations clients ».

[524] A titre direct, le développement de services en ligne à destination des assurés et l'automatisation des réponses permettent une diminution du nombre de contacts entrants (moins de demandes, moins de réitération de la demande) et du coût unitaire des contacts (une réponse automatique à un coût quasi nul).

[525] A titre indirect, la dématérialisation des processus de production accélère le traitement des dossiers et diminue les erreurs, ce qui, en principe, débouche sur un moindre volume de contacts (moins de contacte de type « ou en est mon dossier »[63]) et moins de réclamations.

Recommandation n°22 : Poursuivre les chantiers de dématérialisation et développer les champs des réponses automatisées

[63] Notion de réitération des contacts.

3.2 La maîtrise du nombre de contacts entrants

[526] Pour que la Cnamts réalise des économies, il importe que les gains de productivité ne soient pas consacrés à absorber une hausse du volume des contacts. La question de la maîtrise de la complexité des demandes (qui allonge le traitement des demandes et donc augmente leur coût) relève quant à elle d'une dynamique de simplification du droit (*cf.* chapitre 3.4 de la présente annexe).

3.2.1 La capacité à piloter le nombre de contacts entrants échappe pour partie à l'Assurance-maladie

[527] La capacité de l'Assurance-maladie à maîtriser le volume de contacts peut varier en raison de facteurs exogènes de nature :

- réglementaire : un élargissement ou une restriction de droit est susceptible de générer des pics de contacts ;
- épidémiologique : une épidémie génère des flux de production qui peuvent ensuite donner lieu à des flux d'appels
- économique : le niveau de pauvreté et la conjoncture économique influent sur les contacts (ou le type de contacts pour ce qui est du niveau de pauvreté) ;
- mais aussi géographique, sociologique, comportementale qui varient selon les territoires.

[528] Par ailleurs, plus la qualité de la « relation clients » s'améliore, plus l'usager satisfait est enclin à recontacter (c'est l'adage commercial « un client satisfait est un client qui revient »), l'ampleur de ce phénomène est toutefois difficile à quantifier et sans doute marginal pour l'Assurance-maladie.

[529] Ces points étant rappelés, il convient de souligner que, sur la période écoulée, le volume annuel des contacts s'est caractérisé par une relative stabilité.

3.2.2 La maîtrise du volume de contacts entrants passe par une action sur la réitération et des actions d'informations sortantes

[530] Malgré les obstacles mentionnés plus haut, la mission a identifié plusieurs leviers par lesquels la Cnamts pourrait stabiliser le volume des contacts :

- enrichir l'offre en ligne pour rendre moins utile le contact entrant, ce qui implique également une action pour augmenter le nombre d'assurés disposant d'un compte Ameli ;
- améliorer les processus de gestion des demandes pour diminuer la réitération des contacts parfois importante même pour les processus dits « simples » (*cf.* annexe déménagement) ;
- utiliser un contact entrant pour mettre à jour les dossiers assuré et l'informer sur les nouvelles offres en ligne de la Cnamts (notion d'offre sur rebond) ;
- mettre en place de l'information sortante ciblée pour éviter des contacts ultérieurs (réitérations inutiles, générer de la réassurance, une gestion proactive des usagers…) ;
- identifier les moments où une communication amont permet de limiter l'ampleur des pics de contacts et mettre en place une communication idoine.

Recommandation n°23 : Identifier et mettre en œuvre les actions les plus efficaces pour maîtriser le volume de contacts entrants

3.3 Le déversement des contacts sur les canaux les moins coûteux

[531] Aujourd'hui, l'assuré choisit son mode de contact avec une CPAM en fonction de ses préférences (contraintes ou réelles) ou des incitations de la part de la CPAM à privilégier un canal plutôt qu'un autre.

[532] Lorsque le contact entrant résulte uniquement de la préférence de l'usager, il en résulte une possibilité doublement négative :

- le canal de contact choisi n'est pas le plus idoine, la qualité du service rendu s'en trouve impactée ;
- le canal de contact choisi, en plus d'être inadapté, peut être aussi celui dont le coût unitaire est le plus élevé.

3.3.1 La définition préalable du canal de contact idoine

[533] Le déversement des contacts sur les canaux de contacts les moins coûteux doit se combiner avec la détermination du canal le plus idoine pour traiter une demande et ce, en fonction du profil du demandeur. En effet, une même demande, selon qu'elle est formulée par un public fragile (précaire, âgé, nouvel arrivant…) ou non, peut déboucher sur la détermination d'un canal distinct. Ainsi, selon les agents rencontrés l'accueil physique est un canal à privilégier pour les publics concernés par la fracture numérique.

[534] Schématiquement, l'action de la Cnamts doit se dérouler en plusieurs temps :

- établir la cartographie des services actuellement offerts par canal de contact ;
- déterminer le canal de contact le plus adapté à la demande et au profil du demandeur ;
- mettre en place une offre de services répondant à ce schéma dans chaque CPAM ;
- faire évoluer l'offre de services de la Cnamts de façon à ce qu'à équivalence de service rendu, un canal de contact moins coûteux soit proposé.

3.3.2 Piloter l'orientation de flux entrants vers le bon canal de contact

[535] Pour permettre que cette offre optimisée de la Cnamts produise des effets en termes de gains de productivité, il importe que cette dernière mène des actions de communication :

- actions de communication générale non ciblée ;
- actions d'informations sortantes *via* des courriels, SMS… ;
- actions de rebond sur offre quand un usager adresse une demande à une CPAM par le mauvais canal
- utilisation de *nudges*, c'est-à-dire des coups de pouce qui orientent les individus dans leurs choix, qu'ils en soient conscients ou non (ce qui génère de la réassurance).

3.4 La simplification du droit

[536] La simplification du droit produit un double impact positif en termes de productivité :

- elle simplifie le traitement des dossiers ;
- elle rend optimale la dématérialisation des processus et leur industrialisation (c'est-à-dire un traitement de masse générant peu d'erreurs).

[537] De ce fait, la simplification du droit a un impact potentiellement très important sur le pôle métier « production ». Cependant, par effet de contagion, la simplification du droit impacte également le pôle métier « relation clients », et donc la qualité du service rendu et perçu, à un double titre :

- elle diminue le nombre de réclamations par diminution des anomalies de production ;
- elle simplifie le traitement des réclamations.

Recommandation n°24 : Inscrire dans la future COG, des objectifs quantifiés de simplification du droit

4 SCENARII D'EVOLUTION DE LA PRODUCTIVITE POUR LA PROCHAINE COG

[538] Les deux premiers scénarii visent un alignement des CPAM sur la productivité des 20 meilleures CPAM par canal de contacts (« faire autant avec moins d'effectifs » et « faire plus avec les mêmes effectifs »), les scénarios suivants combinent la répartition des gains de productivité issus de cet alignement.

[539] Pour bâtir ses scénarios, la mission a retenu les 20 caisses les plus performantes (c'est-à dire les 20 plus productives parmi celles atteignant la cible COG). En retenant un groupe de 20 CPAM, la mission estime avoir retenu un groupe de référence ayant une taille suffisante au regard du réseau des CPAM. Elle a également effectué une simulation en retenant les 51 « meilleures caisses » c'est-à-dire représentant la moitié du réseau des CPAM

[540] Pour autant, **les résultats qui suivent doivent être lus avec précaution**.

[541] Tout d'abord, l'absence des CPAM les plus importantes (CPAM de Paris et de la petite couronne, Lyon et Marseille) parmi les 20 caisses les plus performantes par canal, ainsi que la surreprésentation des petites et moyennes CPAM crée un biais de composition (ce point est atténué avec l'échantillon des 51 caisses). La mission ne s'est cependant pas autorisée à procéder à des « abattements » sur les économies calculées en l'absence de données objectives pour ce faire. Elle considère toutefois que la Cnamts doit se doter d'outils lui permettant de déterminer les écarts de coûts structurels entre les CPAM, notamment franciliennes, et estime qu'il est de la responsabilité de la DSS de suivre périodiquement ce chantier auprès de la Cnamts.

[542] Ensuite, les résultats ne savent pas distinguer entre coûts fixes et variables, ni déterminer la taille critique de chaque service en charge d'un canal de contact.

[543] De même, les résultats postulent la « non-complexification des demandes » (*i.e.* que la durée nécessaire au traitement d'une demande est stable dans le temps) et l'homogénéité entre caisses des produits délivrés dans chacun des processus (par exemple au sein du processus accueil physique, la proportion d'actes consistant à délivrer un formulaire est la même).

[544] Enfin, les résultats ne tiennent pas compte des évolutions envisagées par la Cnamts (ainsi, le développement d'une politique d'accueil sur rendez-vous pour l'accueil physique qui, si elle rencontre son public, se traduira par une hausse du coût unitaire de l'accueil physique toute chose égale par ailleurs).

Recommandation n°25 : Etre en mesure, pour l'avenir, au sein des services de la Cnamts de déterminer les écarts de coûts structurels entre CPAM pour déterminer précisément les gains de productivité susceptibles d'être générés

[545] Par ailleurs, la mission a traduit en baisse d'effectifs les économies calculées. Cependant, les résultats délivrés ci-après sont là encore à prendre avec distance. En effet, les économies calculées ne peuvent se traduire en baisse mécanique des effectifs dédiés à la « relation clients » :

- leur redéploiement sur les autres pôles métiers, si tant qu'il existe des besoins, n'a pas été étudié ;
- les marges de manœuvre des CPAM pour diminuer leur effectif global qui ne peuvent reposer que sur les départs volontaires ou en retraite des agents en place n'ont pas non plus été étudiées.

[546] Malgré tout, l'intérêt des scénarios présentés ci-après est de montrer qu'il existe des marges de progrès potentiellement importantes reposant sur le constat de la performance des 20 « meilleures » caisses par canal de contact.

[547] De même, il est utile de connaître les raisons des bonnes performances de ces caisses. Autrement dit la mission a pu détecter les caisses les plus performantes, il appartient à la Cnamts d'en identifier les raisons.

Recommandation n°26 : Identifier les déterminants de la productivité des CPAM les plus performantes

4.1 Alignement sur la moyenne des 20 ou des 51 meilleures caisses par canal, en 2012 et détermination des gains à volume de contacts constants

[548] Selon la comptabilité analytique de la Cnamts, le coût total de la gestion des contacts entrants des CPAM s'élève à 575 M€, l'alignement des 102 CPAM sur les 20 CPAM les plus performantes pour chaque canal de contacts générerait une économie totale de 158 M€, soit de l'ordre de 27 %. Compte tenu, de la quasi-identité entre coûts de gestion et ETP, la baisse potentielle des effectifs serait du même ordre de grandeur soit environ 2 700 sur un total de 10 080.

[549] Un alignement sur les 51 CPAM les plus performantes (soit la moitié du réseau) générerait une économie de 76 M€.

Tableau 43 : Gains budgétaires potentiels par alignement sur les 20 ou 51 caisses les plus performantes par canal

	Accueil physique	Accueil téléphonique	Courriers / Courriels
Coût global du processus	276 240 039 €	178 191 173 €	120 747 629 €
Volume de contacts	34 538 363	28 221 515	5 215 717
Coût unitaire des 20 caisses les plus performantes	6 €	5,42 €	10,84 €
Coût unitaire des 51 caisses les plus performantes	7 €	6,08 €	17 €
Coût unitaire de l'ensemble des caisses	8,30 €	6,43 €	27,2 €
Gains budgétaires potentiels par alignement sur les 20 caisses les plus performantes	69 010 021 €	25 230 562 €	64 191 002 €
Gains budgétaires potentiels par alignement sur les 51 caisses les plus performantes	34 471 498 €	6 604 362 €	32 080 440 €
Total des gains budgétaires potentiels par alignement sur les 20 caisses les plus performantes			158 431 585 €
Total des gains budgétaires potentiels par alignement sur les 51 caisses les plus performantes			76 156 300 €

Source : Données Cnamts, traitement mission

4.2 Alignement sur la moyenne des 20 ou des 51 meilleures caisses par canal, en 2012, et détermination de la capacité à absorber un volume de contacts entrants en hausse

[550] Selon les données de la Cnamts, l'alignement des 102 CPAM sur les 20 meilleures CPAM pour chaque canal de contacts permettrait de faire face à une hausse du nombre de contacts de 22 080 391, soit une hausse de 32 %.

[551] Un alignement sur les 51 CPAM permettrait de faire face à une hausse du nombre de contacts de 7 897 826, soit une hausse de près de 12 %.

Tableau 44 : Capacité à absorber une hausse des contacts par alignement sur les 20 ou des 51 meilleures caisses par canal

	Accueil physique	Accueil téléphonique	Courriers / Courriels
Coût global du processus	276 240 039 €	178 191 173 €	120 747 629 €
Volume de contacts	34 538 363	28 221 515	5 215 717
Coût unitaire des 20 caisses les plus performantes	6 €	5,42 €	10,84 €
Coût unitaire des 51 caisses les plus performantes	7 €	6,08 €	17 €
Coût unitaire de l'ensemble des caisses	8,30 €	6,43 €	27,2 €
Capacité potentielle à absorber une hausse des contacts par alignement sur les 20 caisses les plus performantes	11 501 743	4 655 085	5 923 563
Total			22 080 391
Capacité potentielle à absorber une hausse des contacts par alignement sur les 51 caisses les plus performantes	4 924 499	1 086 243	1 887 084
Total			7 897 826

Source : Données Cnamts, traitement mission

ANNEXE 3 : PUBLICS FRAGILES

Sommaire

ANNEXE 3 : PUBLICS FRAGILES....133

1 ETAT DES LIEUX 138

1.1 CMUC et ACS intéressent les publics dont les revenus sont inférieurs au seuil de pauvreté apprécié à 60 % du niveau de vie médian....138

1.2 Dénombrement des bénéficiaires de la CMUC et de l'ACS....139

1.3 L'accueil des bénéficiaires de la CMUC en CPAM....140

1.4 Les coûts de gestion des dispositifs CMUC et ACS....141

2 LA QUESTION DE L'AMELIORATION DE L'ACCES AUX DROITS....141

2.1 Des taux de recours que les pouvoirs publics jugent insuffisants....142

2.1.1 Le taux de recours à la CMUC et les déterminants du non-recours....142

2.1.2 Le taux de recours à l'ACS....142

2.2 Les multiples outils et stratégies mis en œuvre au bénéfice des publics précaires....143

2.2.1 L'assurance maladie est directement concernée par les récentes mesures adoptées visant à favoriser l'accès aux droits....143

2.2.2 Les parcours attentionnés....145

2.2.3 Planir....145

3 LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION....146

3.1 La simplification des conditions de la gestion....147

3.1.1 Le calcul des ressources....147

3.1.2 L'automaticité de l'attribution de la CMUC aux bénéficiaires du RSA....147

3.2 Améliorer la date de l'ouverture des droits....149

3.3 Réexaminer les objectifs des mesures....149

[552] La prise en charge des populations les plus fragiles fait de longue date partie des préoccupations de l'assurance maladie. Les examens de santé dans les centres dédiés devaient notamment à la suite de l'arrêté du 20 juillet 1992 bénéficier aux publics les plus précaires. Les aides individuelles accordées par le truchement du fonds national d'action sanitaire et social (FNASS) devaient également bénéficier aux publics les moins favorisés. Mais depuis quinze ans, les métiers de l'assurance maladie ont profondément évolué dans le sens d'une industrialisation toujours plus poussée de la liquidation des prestations, en particulier des prestations en nature, et une attention accrue aux publics en difficulté sous l'impulsion de la loi CMU[64] de 1999 dont la mise en œuvre incombe à l'assurance maladie. La COG 2000-2003 comportait ainsi un développement 2.1.2 intitulé « mise en œuvre de la CMU » et un point 2.4 « maintenir la cohésion sociale et prévenir la précarité ». Cette attention particulière des COG aux publics précaires ne s'est pas depuis démentie, bien au contraire d'autant que la question de la prise en charge des publics précaires se situe au croisement de la qualité de service et de la gestion du risque.

[553] Le transfert des indicateurs relatifs à la CMU complémentaire (CMUC) de la qualité de service dans la COG 2006-2009 à l'axe « gestion du risque » (GDR) dans la COG 2010-2013, illustre cette proximité entre qualité de service et gestion du risque.

[554] La COG 2010-2013 a ainsi inséré dans le programme de GDR « faciliter l'accompagnement social de l'accès aux soins et à la santé pour tous » quatre indicateurs d'objectifs (cf. tableau 1).

Tableau 45 : Indicateurs d'objectifs de la COG 2010-2013 associés à la prise en charges des publics précaires

Programme	Libellé	2009	2010	2011	2012	2013
Facilité l'accompagnement social de l'accès aux soins et à la santé pour tous	Taux de bénéficiaires d'une aide complémentaire à l'ACS (dispositifs de compléments à l'ACS et/ou d'effet de seuil ACS) par rapport à la population du régime général ayant un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté monétaire	1,75%	1,85%	2,00%	2,30%	2,70%
	Nombre de bénéficiaires d'une attestation ACS	549 000	575 000	600 000	625 000	650 000
	Délai de traitement pour 90% des dossiers CMUC	39 jours	37 jours	35 jours	33 jours	30 jours
	Délai de traitement pour 90% des dossiers AME	37 jours	35 jours	33 jours	33 jours	30 jours

Source : COG Cnamts 2010-2013

[555] Mais d'autres indicateurs de GDR visent explicitement les publics précaires dans le programme « garantir l'accès aux soins et réduire les inégalités de santé », dont :

- la proportion de caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ayant mis en place des actions pour les enfants de cours préparatoire en zones défavorisées, avec un objectif de 90 % de CPAM en fin de COG ;
- le taux de participation des bénéficiaires de la CMUC dans le dépistage du cancer du sein, dont l'objectif est une convergence de taux avec celui des femmes plus aisées et qui a connu une progression de 5 points sur la période 2011-2013 ;
- la part de personnes en précarité parmi les bénéficiaires d'offres de service dans les centres d'examen de santé (50 % en 2013).

[64] CMU : couverture maladie universelle.

1 ETAT DES LIEUX

[556] La loi du 27 juillet 1999 qui instaurait la CMUC et l'aide médicale d'Etat (AME) et en confiait la gestion à l'assurance maladie, totalement pour l'ouverture des droits, en partenariat avec les organismes complémentaires pour la gestion des prestations de la CMUC, a eu un fort impact sur l'assurance maladie et son réseau en rompant le processus d'automatisation et de dématérialisation en cours au profit de relations plus personnelles à l'intention de publics plus précaires que la moyenne des assurés.

[557] En 2001, la Cnamts a demandé aux caisses primaires de l'assurance maladie (CPAM) de mettre en place un dispositif d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé pour contrer les effets de seuil des plafonds de ressources liés à la CMUC, en particulier pour les anciens bénéficiaires de l'aide médicale départementale (AMD). Ce dispositif préexistait à la CMUC et ses bénéficiaires avaient tous été admis automatiquement dans la CMUC à titre transitoire quels que soient leurs revenus mais devaient y être maintenus ou non en fonction de leur revenu après la première année de transition (en pratique, un peu prolongée). Après quelques mois pendant lesquels les CPAM ont eu l'initiative pour la prise en charge des publics ayant des revenus dépassant de peu le plafond de ressources pour bénéficier de la CMUC, il a été décidé d'unifier les modalités d'intervention. L'avenant COG du 7 mars 2002 a défini un dispositif national vers lequel les CPAM devaient faire converger les dispositifs locaux qu'elles avaient mis en place. La loi du 13 aout 2004 constitue une étape supplémentaire dans l'homogénéisation des pratiques ; elle crée l'aide à la complémentaire santé (ACS) en remplacement du dispositif conventionnel dont les résultats étaient restés limités.

[558] L'ACS est ainsi une réponse aux assurés dépassant de peu les plafonds de ressources pour bénéficier de la CMUC : 8 593 € annuels pour une personne seule, 12 889 €pour deux personnes au 1er juillet 2013. Toutefois, ce dispositif au-delà de sa qualité d'être une réponse immédiate a entrepris une vie autonome. Une montée en charge plus lente qu'escomptée – en 2006, 200 000 personnes en bénéficiaient pour une cible annoncée de deux millions – a incité, d'une part, les pouvoirs publics à le renforcer et à le suivre de manière spécifique et, d'autre part, l'assurance maladie à développer des aides complémentaires à l'aide légale attribuées localement par les CPAM sur les fonds du FNASS sans homogénéité d'une CPAM à l'autre. L'ACS a donc été développée par stratification de dispositions d'initiative locale, contractuelle et législative ; au stade de développement actuel le schéma de 2001 est quasiment reproduit, sauf que les CPAM, au lieu d'intervenir à leur initiative au premier euro, interviennent de façon autonome et dispersée en complément d'une aide dont le montant de base résulte d'une disposition législative. Ce dispositif souffre ainsi d'une évolution trop empirique et de l'absence d'analyse stratégique. En conséquence, le non-recours continue à être massif.

1.1 CMUC et ACS intéressent les publics dont les revenus sont inférieurs au seuil de pauvreté apprécié à 60 % du niveau de vie médian

[559] Les dispositifs CMUC et ACS concernent les publics très défavorisés. Les plafonds de ressources pour une personne seule pour bénéficier de la CMUC puis à compter de 2004 de l'ACS et donc *a fortiori* de la CMUC ont constamment été inférieurs au seuil de pauvreté apprécié à 60 % du niveau de vie médian. Le tableau ci-dessous décrit l'évolution du seuil de pauvreté et des plafonds de ressources pour bénéficier des deux prestations depuis leur origine[65]. A la date de rédaction du rapport, le seuil de pauvreté pour les années 2012 et 2013 n'est pas encore connu.

[65] 2000 pour la CMUC et 2004 pour l'ACS qui correspond à l'année de fixation d'un barème national.

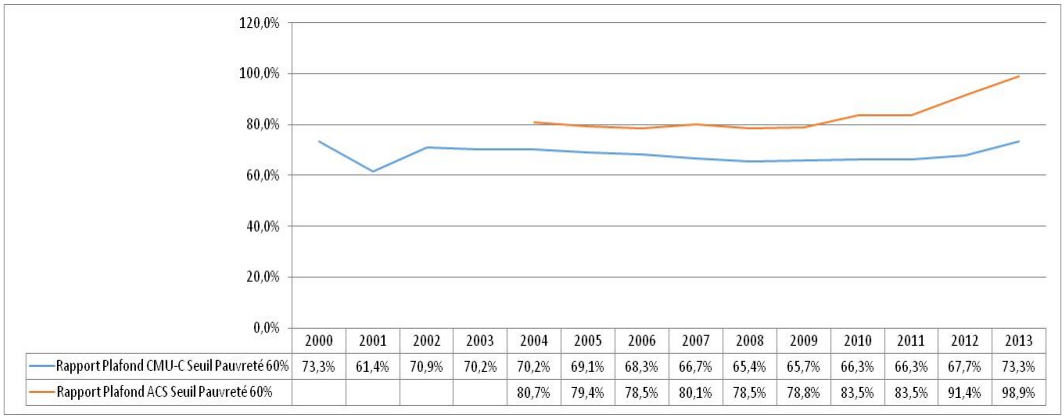
Tableau 46 : Seuil de pauvreté et plafonds de ressources pour bénéficier de la CMUC ou de l'ACS (en €)

Années	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Seuil de pauvreté en euros courants à 60% du revenu médian	728	758	793	807	821	850	876	908	949	954	957	977		
plafond ressources CMUC	534	465	562	567	576	587	598	606	621	627	634	648	661	716
plafond ressources ACS					663	675	688	727	745	752	799	816	893	967

Source : Fonds CMU

[560] Le graphique ci-dessous rapporte les plafonds de ressources au seuil de pauvreté. Le plafond de ressources pour bénéficier de la CMUC est resté constamment en dessous de 75 % du niveau de vie médian et même le plus souvent de 70 %. A plusieurs reprises en 2001 et de 2005 à 2008, on observe un décrochage sensible du plafond de ressources pour bénéficier de la CMUC par rapport au seuil de pauvreté. Le montant du seuil de pauvreté pour les années 2012 et 2013 n'étant pas connu à la date de rédaction du rapport, les plafonds de ressources ont été rapportés au seuil de pauvreté 2011. Encore ne s'agit-il que des revenus avant prise en compte du forfait logement qui a pour effet d'augmenter artificiellement les ressources du ménage.

Graphique 4 : Rapport entre le seuil de pauvreté et les plafonds de ressource de la CMUC et de l'ACS



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Rapport Plafond CMU-C Seuil Pauvreté 60%	73,3%	61,4%	70,9%	70,2%	70,2%	69,1%	68,3%	66,7%	65,4%	65,7%	66,3%	66,3%	67,7%	73,3%
Rapport Plafond ACS Seuil Pauvreté 60%					80,7%	79,4%	78,5%	80,1%	78,5%	78,8%	83,5%	83,5%	91,4%	98,9%

Source : Fonds CMU, traitement mission

1.2 Dénombrement des bénéficiaires de la CMUC et de l'ACS

[561] Au 31 octobre 2013, le régime général de l'assurance maladie ouvre des droits CMUC pour 4,4 millions de bénéficiaires (assurés plus ayants-droits) dont 3,8 millions qu'elle gère ensuite en direct, 610 000 étant gérés par des organismes complémentaires. Le tableau ci-dessous résume les principaux paramètres de la gestion de la CMUC par le régime général.

Tableau 47 : Evolution de la gestion de la CMUC par le régime général

	2012	2011	2010	2009	2008		Evolution 2012/2011	Evolution 2012/2010
Nombre d'attestations de droits CMUC délivrées	2 153 763	2 004 724	2 031 361	1 732 133	1 713 841		7%	6%
Nombre de refus	477 309	432 472	457 075	415 410	405 058		10%	-5%
Délai d'instruction d'une demande CMUC en jours calendaires (à compter de la date de réception d'un dossier complet)	23	22	26	26	20			
Nombre de dossiers RSA-RMI traités	1 008 416	985 909	899 686	884 333	834 729		2%	10%

Source : *Cnamts*

[562] L'assurance maladie délivre également 90 000 attestations de droits à l'ACS par mois. A la fin du mois d'octobre 2013, 1,1 millions de personnes, tous régimes confondus, ont utilisé leurs droits ACS.

[563] Il faut également mentionner l'AME qui, sans être une prestation d'assurance maladie, est gérée par les CPAM pour le compte de l'Etat.

1.3 L'accueil des bénéficiaires de la CMUC en CPAM

[564] Les démarches relatives à l'obtention de la CMUC (en première demande ou en renouvellement) se font prioritairement par les assurés en accueil physique.

[565] A la demande du fonds CMUC, des élèves de l'école nationale supérieure de la sécurité sociale (EN3S) ont étudié la question de l'accueil des bénéficiaires de la CMUC dans trois CPAM (CPAM de l'Ain, du Loiret et des Hauts-de-Seine). Le rapport note que la CMUC constitue le troisième motif de venue à l'accueil des assurés dans ces CPAM. La CPAM des Hauts-de-Seine considère en particulier que les assurés se déplacent en accueil physique pour la première demande et que les renouvellements passent davantage par le canal courrier. L'accueil sur rendez-vous est le plus répandu des modes de contact, ce qui n'exclut pas de fréquentes réitérations.

[566] Dans la CPAM du Gard, le traitement de la CMUC et de l'ACS est à l'origine de 35 % des rendez-vous en 2012 (618 rendez-vous pour instruction du dossier et 758 pour le choix d'un organisme gestionnaire sur un total de 3 965 rendez-vous) et de 46 % sur les 11 premiers mois de l'année 2013 (1 015 instructions de dossiers de CMUC et d'ACS, 607 dossiers d'AME et 510 accompagnements dans le choix d'un organisme complémentaire sur un total de 4 666 rendez- vous).

[567] Le motif CMUC en revanche ne se retrouve dans aucun des autres canaux dans les éléments fournis par la CPAM du Gard.

Tableau 48 : Comparatifs des motifs par canal de contact en 2012

	Accueil Physique	Téléphone	Mail	GAAM
Motif 1	CMUC 1er demande et Renouvellement	PE Maladie	PN Maladie	Consultation et impression d'une attestation de droit
Motif 2	PE Maladie	Carte Vitale/Attestation/CEAM	PE Maladie	Consultation et impression d'un relevé PE
Motif 3	Actualisation des droits	PN Maladie	Changement de situation/Affiliation/Droits	Consultation et impression d'un relevé PN
Motif 4	Carte Vitale	Changement de situation		Demande et impression d'une CEAM
Motif 5	Déménagement/Mutation et Accident de Travail	Accident de travail		

Source : CPAM du Gard

[568] Dans la même CPAM, les réitérations à l'accueil, entendues comme les assurés ayant eu au moins trois contacts à l'accueil durant le même mois, sont essentiellement liées à la CMUC. Par exemple en mars 2012, 15 936 assurés ont été reçus dans les accueils de la CPAM de Nîmes. 81 personnes ont eu au moins 3 contacts dans le mois dont 28 (35 %) pour des questions relatives à la CMUC ou à l'AME.

1.4 Les coûts de gestion des dispositifs CMUC et ACS

[569] En 2012, la gestion de la CMUC et de l'ACS a couté 77 M€, soit 2,3 % du coût analytique des CPAM, celle de l'AME 9,6 M€. Pour être exhaustif, on peut ajouter le coût de la gestion de la CMU de base de 23,5 M€ mais il s'agit plus d'un dispositif d'affiliation par défaut pour les personnes n'ayant pas de couverture d'assurance maladie de base que d'un dispositif visant des publics précaires. Les coûts retracés sont des coûts directement imputés qui ne tiennent pas compte de processus identifiés par ailleurs, comme l'accueil par exemple (processus 5110), dont une part est destinée à l'accueil des demandes de CMUC ainsi que le précise le dictionnaire des indicateurs.

[570] Evaluée en équivalents temps plein (ETP) analytiques, la gestion de la CMUC et de l'ACS mobilise 1 340 ETP, celle de l'AME 162 ETP et celle de la CMU de base 170 ETP sur un total de 51 000 ETP.

2 LA QUESTION DE L'AMELIORATION DE L'ACCES AUX DROITS

[571] Depuis la mise en place de la CMUC, la question du non-recours à cette prestation, et par la suite celle du non-recours à l'ACS, fait partie avec les refus de soins des questions récurrentes. La Cour des comptes écrivait dès 2001 : « expliquer les écarts entre les prévisions et les réalisations du nombre de bénéficiaires de la CMU et de la CMU complémentaire. En évaluer l'impact sur les objectifs sanitaires et sociaux de la loi. »[66]

[572] Selon le fonds CMU se référant à une évaluation de la Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), la population cible en métropole en 2012 se situe dans une fourchette allant de 5 à 5,9 millions de personnes pour la CMUC et de 2,7 à 3,9 millions pour l'ACS de laquelle il conviendrait de retirer une proportion de 21 % pour les personnes qui ne sont pas éligibles à l'ACS parce qu'elles disposent d'un contrat collectif obligatoire ; le nombre de bénéficiaires potentiels de l'ACS se situerait donc dans une fourchette corrigée allant de 2,1 millions à 3,1 millions d'individus. Le nombre de bénéficiaires potentiels de ces deux prestations approcherait donc les 10 millions en retenant la fourchette haute des estimations, 7 millions en retenant la fourchette basse.

[66] Cour des comptes : rapport sur les lois de financement de la sécurité sociale octobre 2001 recommandation n°3 p 371.

2.1 Des taux de recours que les pouvoirs publics jugent insuffisants

2.1.1 Le taux de recours à la CMUC et les déterminants du non-recours

[573] Dans les annexes du rapport relatif à l'évaluation de la première année de mise en œuvre du plan pluri-annuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, la DREES procède à une évaluation du taux de recours à la CMUC et à l'ACS à partir de ses données et du modèle de micro-simulation INES. Le taux de recours à la CMUC correspond au numérateur au nombre de bénéficiaires en France métropolitaine communiqué par le Fonds CMU et au dénominateur, aux effectifs éligibles à la CMUC calculés par micro-simulation à partir du modèle INES[67] de la DREES et l'INSEE.

[574] Selon ce rapport, le taux de recours à la CMUC est compris entre 69 % et 82 % en 2011, pratiquement comme en 2010 et entre 66 % et 79 % en 2012. Le taux de recours apparait donc relativement stable sur la période, la hausse du nombre de bénéficiaires de la CMUC entre 2011 et 2012 compensant l'augmentation de la population éligible.

[575] Selon ce rapport plusieurs études montrent que les facteurs sociodémographiques et l'état de santé, au-delà d'un manque d'information des personnes, sont des facteurs déterminants du non recours à la CMUC :

- l'âge constitue également un déterminant essentiel du recours à la CMUC puisque les jeunes seraient plus négligents vis-à-vis de leur couverture complémentaire car ayant relativement moins besoin de soins
- la nationalité aurait également un impact, les personnes de nationalité étrangère seraient freinées dans leurs démarches par une barrière linguistique ;
- les non-recourants diplômés craindraient des effets de stigmatisation ainsi qu'un comportement dissuasif des médecins refusant des soins ou différant les rendez vous pour amener les assurés à se réorienter vers leurs confrères ;
- dans la pyramide de Maslow, les besoins en santé se situent au niveau 2, après les besoins physiologiques tels que manger et boire. Certains assurés font ainsi passer leur santé au second plan par manque de ressources pour privilégier des besoins primaires plus matériels.

2.1.2 Le taux de recours à l'ACS

[576] Les taux de recours pour l'ACS sont sensiblement plus faibles que pour la CMUC. Ils se situent entre 30 % et 43 % en 2012.

[577] Pour le calcul du taux de recours à l'ACS, il faut estimer au numérateur le nombre de bénéficiaires d'une attestation de droits à l'ACS en France métropolitaine, au dénominateur, le nombre de personnes éligibles diminué de la proportion de personnes bénéficiaires d'un contrat collectif obligatoire. Cette proportion est estimée à l'aide du modèle de micro-simulation OMAR[68] de la DREES à 21 % pour les années 2010 à 2012.

[67] INES, par contraction de Insee et Drees, modélise le système socio-fiscal et permet de simuler les différentes prestations perçues par un individu et les prélèvements obligatoires acquittés. Il permet également d'évaluer les effets budgétaires et redistributifs de réformes.

[68] Outil de Micro-simulation pour l'Analyse des Restes à charge. Il permet d'analyser les dépenses de santé et le partage des dépenses entre les trois financeurs : la Sécurité sociale, l'organisme complémentaire et l'assuré.

[578] Les taux de recours à l'ACS diminuent avec les augmentations successives du plafond d'éligibilité. On les estimait entre 45 % et 64 % en 2010, puis entre 39 % et 56 % en 2011 et enfin entre 30 % et 43 % en 2012 soit une diminution de 21 points de la borne supérieure de l'intervalle. Le relèvement des plafonds d'attribution à l'ACS entraîne une hausse du nombre de bénéficiaires de 60 % entre 2010 et 2012 mais une hausse encore plus importante de la population éligible sur la même période (+130 % environ).

[579] Plusieurs difficultés sont pointées dans les différentes études réalisées sur le non recours à l'ACS : l'accès à l'information et la difficulté des démarches, la méconnaissance du dispositif, y compris auprès des publics intéressés par la CMUC, l'étroitesse des plafonds ainsi que le reste à charge sur le prix du contrat ainsi que sur celui des prestations.

[580] Selon une étude BVA pour le SGMAP de mars 2013, l'ACS atteint un « paroxysme de méconnaissance » parmi les personnes interrogées par l'institut tandis que la CMUC a une image négative en raison des refus de soins qu'opposent les professionnels de santé ainsi que de son association avec l'aide dépréciée qu'est le revenu de solidarité active (RSA). Le potentiel d'image de l'ACS est en revanche beaucoup plus positif que la CMUC car ce qui est payant apparait plus sûr et plus valorisant que la gratuité.

[581] Les aides étatiques apparaissent comme le miroir inversé de ce que peuvent offrir les associations :

- le temps long pour en bénéficier alors que l'aide associative est immédiate ; de nombreuses formalités sont à faire nécessitant des allers-retours dans sa vie passée alors que les personnes ont du mal à mobiliser leur mémoire dans des parcours de vie souvent chaotiques,
- la logique de la preuve, voire de la suspicion,
- le caractère « insubstanciel/immatériel » des aides que l'on perçoit mais que l'on ne voit pas.

2.2 Les multiples outils et stratégies mis en œuvre au bénéfice des publics précaires

2.2.1 L'assurance maladie est directement concernée par les récentes mesures adoptées visant à favoriser l'accès aux droits

[582] La problématique de la précarité mobilise les pouvoirs publics, notamment au travers du plan pluri-annuel de lutte contre la pauvreté et l'inclusion sociale du 21 janvier 2013[69], et la feuille de route de la stratégie nationale de santé (SNS) du 23 septembre 2013.

[583] La première des 15 mesures prioritaires préconisées par l'IGAS dans son évaluation du plan de lutte contre la pauvreté[70] est « l'accès aux droits et aux biens essentiels ». Le programme associé à cette première mesure est « la mise en place d'un vaste programme d'accès aux droits » dont le taux de recours à la CMUC et l'ACS et le nombre de départements ayant atteint les objectifs fixés pourraient constituer des indicateurs.

[69] Rapport d'évaluation IGAS de janvier 2014
[70] Rapport évaluation p21

Le rapport de Madame ARCHIMBAUD, sénatrice de Seine-Saint-Denis

[584] Dans un rapport de septembre 2013, Mme Aline ARCHIMBAUD, sénatrice de Seine-Saint- Denis identifie les difficultés que rencontrent les plus démunis pour accéder aux soins. S'agissant de l'accès aux droits des bénéficiaires potentiels de la CMUC, de l'ACS ou de l'AME, elle souligne la complexité des démarches au point que « le sentiment domine que plus la personne est précaire, plus le dossier est difficile à constituer ». Les formulaires CERFA ne sont pas des modèles de simplicité, mais de surcroît les CPAM ont pris l'initiative d'imposer aux demandeurs des exigences supplémentaires. Elle note des délais ressentis bien supérieurs aux performances affichées par les caisses, et ce même lorsque le dossier est considéré comme complet.

[585] Le rapport regrette également les fermetures des guichets de proximité et la multiplication des seuils de ressources, des règles de rétroactivité.

[586] Plusieurs de ses propositions concernent l'accueil des publics précaires en CPAM : proposition n°1 : rendre automatique l'attribution de la CMUC aux bénéficiaires du RSA socle :

- proposition n°2 : fonder l'attribution de la CMUC et de l'ACS sur l'examen du dernier revenu fiscal de référence
- proposition n°3 : fusionner l'AME et la CMUC
- proposition n°4 : repréciser les modalités de traitement des dossiers de demande de CMUC, d'ACS et d'AME et les rendre opposables aux services instructeurs
- proposition n°5 : espacer les renouvellements de droits et si possible automatiser les renouvellements pour les personnes dont les situations évoluent peu
- proposition n°7 : simplifier en les adaptant au public visé les formulaires de demande d'aide et les courriers de notification de refus
- proposition n°8 : désigner pour les personnes précaires des interlocuteurs physiques et bien identifiés
- propositions n°9 : installer des permanences de la CPAM dans les établissements publics de santé et les prisons ; la proposition était accompagnée de l'idée de redéployer des effectifs dans cette optique à l'occasion de la nouvelle COG.
- Proposition n°11 : redéployer des agents des CPAM vers l'accompagnement personnalisé des personnes les plus fragiles ; la sénatrice se réfère notamment à la création de postes de « délégué social » dans la CPAM de l'Artois

[587] Alors que l'assurance est au centre des propositions relatives à l'accès aux droits tant dans le plan de lutte contre la pauvreté que dans le rapport de Madame Archambaud, sénatrice, on comprendrait mal que les pouvoirs publics ne donnent pas les moyens à l'assurance maladie de favoriser cet accès aux droits.

2.2.2 Les parcours attentionnés

[588] La CMUC est un des premiers dispositifs à avoir fait l'objet d'un parcours attentionné. La lettre réseau 89/2009 pose l'hypothèse que l'offre de service attentionnée contribuera à diminuer le taux de non recours.

[589] Les parcours attentionnés sont des parcours client mettant en œuvre un ensemble d'actions destinées à accompagner une population ciblée. Les publics précaires, ou en risque de précarisation, ont fait l'objet dès l'origine d'une particulière attention. Le passage en invalidité fait l'objet d'un parcours depuis mars 2009, l'attribution de la CMUC depuis août 2010 et de l'ACS depuis août 2012. Les enjeux étaient notamment de réduire le taux de non recours à la CMUC et à l'ACS et de faciliter l'accès aux soins des plus démunis. Pour inciter les personnes potentiellement éligibles à initier leurs démarches, il s'agissait d'inciter l'assuré bénéficiaire du RSA à déposer rapidement la demande de CMUC. Il s'agissait également d'identifier les publics précaires sans CMUC avec la mise à disposition d'une requête permettant d'identifier dans les bases les assurés bénéficiaires du RSA socle et ceux du RSA majoré pour lesquels aucun organisme complémentaire n'est enregistré. Un courrier personnalisé est adressé à l'assuré accompagné des imprimés de demande et d'une proposition d'un rendez-vous avec un objectif de traitement rapide.

2.2.3 Planir

[590] Sous l'impulsion du Comité national de gestion (CNG) de l'assurance maladie dans le cadre de son programme n°13 « assurance maladie et publics fragiles », un projet a été conçu avec pour objectif la traduction des priorités fixées en matière d'accès aux droits et aux soins en actions concrètes nationales et locales. La direction de la Cnamts a mis en place en juin 2012 une mission composée de CPAM, de l'échelon local du service médical (ELSM) et des services sociaux des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) afin d'élaborer des dispositions pour améliorer la prise en charge des assurés.

[591] Trois difficultés majeures auxquelles sont confrontés les assurés ont été identifiées :

- Une part des bénéficiaires potentiels ne bénéficie pas des droits, services et soins auxquels ils pourraient prétendre (non-recours),
- Une part des informations que diffuse l'assurance maladie n'est pas comprise,
- Des procédures, pratiques professionnelles et décisions administratives aggravent des situations déjà fragilisées (ruptures).

[592] Cette approche par les problèmes plus que par les publics évite toute focalisation excessive sur des publics précaires, ces difficultés concernant plus particulièrement les publics précaires, mais pas seulement.

[593] Le schéma d'intervention élaboré, baptisé PLANIR (Plan d'actions pluri-annuel relatif au non-recours, aux incompréhensions et aux ruptures) qui a vocation à être décliné localement, consiste à :

- identifier les situations à risques à partir d'observations de terrain dans les accueils physiques des CPAM, les centres d'examens de santé (CES), et le contrôle médical ;
- co-concevoir des actions en réponse à ces risques avec les partenariats adaptés, internes ou externes ;
- expérimenter et évaluer les effets de ces actions au regard des risques de non-recours, d'incompréhensions et de ruptures.

[594] Au vu des résultats des travaux, la Cnamts a décidé de généraliser cette démarche de détection et de gestion du non-recours et des ruptures. Chaque organisme doit transmettre son plan d'action reposant sur la méthodologie PLANIR à la Cnamts pour le 30 juin 2014. Cette étape devait être valorisée dans le CPG 2014.

[595] Cinq processus susceptibles de poser des problèmes ont été identifiés : l'invalidité, les prestations en espèces, les prestations en nature, l'aide à la complémentaire santé et la CMUC. Une cinquantaine d'actions ont été expérimentées entre novembre 2012 et juin 2013.

[596] Les situations à risques sont détectées au travers de différentes approches en particulier en identifiant dans les files d'attente en accueil et parmi les assurés convoqués par le service médical ceux réunissant plusieurs indicateurs de précarité ou pouvant être éligibles à la CMUC et à l'ACS. Une analyse des IJ complexes peut également aider à détecter des situations à risques.

Les dispositions pour favoriser l'accès aux droits à la CPAM du Gard

[597] Pour favoriser l'accès aux droits, la CPAM du Gard a mis en place des actions de détection et d'accompagnement des bénéficiaires potentiels de la CMUC et de l'ACS.

[598] La première étape est la détection des bénéficiaires sans lien Noemie, c'est-à-dire pour lesquels il n'existe aucune transmission automatique de données vers un organisme complémentaire. Au cours des neuf premiers mois de l'année 2013, 4 539 assurés sans lien Noemie ont été identifiés. Cette action a permis d'obtenir après instruction :

- 46,9 % d'accords CMUC,
- 39,02 % d'accords ACS,
- 14,38 % de refus.

[599] L'action se révèle en conséquence particulièrement productive.

[600] La deuxième étape est l'instruction du dossier et l'accompagnement de l'assuré pour l'obtention d'un dossier complet et faciliter sa compréhension des dispositifs. L'instruction des dossiers RSA se fait dans le flux, l'instruction des dossiers nécessitant l'analyse des ressources se fait lors de rendez-vous. Durant les 9 premiers mois de l'année 2013, 4 314 dossiers RSA ont été instruits, 758 rendez-vous fixés dont 547 honorés.

3 LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

[601] Les publics les plus fragiles sont aussi les plus éloignés de l'accès aux droits par méconnaissance mais aussi les difficultés de déplacement, une tendance naturelle à moins anticiper alors même que leurs difficultés sont rarement simples et souvent cumulées. Il faut en conséquence aller les chercher et les accompagner nettement plus que les autres.

[602] Fondamentalement, il faut les amener à deux choses : l'accès au droit puis la gestion autonome ultérieure de leurs droits et de leur santé.

[603] Le travail en réseau, notamment avec les autres risques de la sécurité sociale, CNAF et CNAV, mais également avec les structures ayant l'habitude de prendre en charge ces publics est nécessaire, en particulier avec les centres communaux d'action sociale (CCAS).

[604] Une prise en charge administrative attentionnée est d'autant plus nécessaire que paradoxalement ce sont des populations pour lesquelles les obstacles réglementaires ont été les plus développés. Aussi convient-il également de lever autant que faire se peut ces obstacles.

3.1 La simplification des conditions de la gestion

3.1.1 Le calcul des ressources

[605] Lors de ses déplacements, la mission a constaté le poids de la gestion de ces dispositifs quel que soit le mode de traitement, en face à face ou en back office. La volonté de coller au plus près de la réalité économique a conduit les pouvoirs publics à retenir les douze derniers mois en glissement pour le calcul des ressources et interdit donc de se fonder sur les déclarations de revenus. S'agissant de populations précaires, voire très précaires, les sources de revenus peuvent se cumuler pour des montants faibles, en particulier dans les cas de multi activité.

[606] La Cour des comptes écrivait dès son rapport de septembre 2001 « Cette période de référence est cependant particulièrement complexe tant pour les usagers que pour les agents des CPAM. C'est en vain que la CNAMTS, lors de la préparation des textes d'application avait tenté de sensibiliser les pouvoirs publics sur les difficultés opérationnelles, et donc les coûts, qu'entraînait un tel choix. » Elle recommandait de « Rechercher la meilleure définition de la période de référence pour l'examen des ressources, en prenant en compte l'ensemble des coûts et avantages. »

[607] Depuis, plusieurs rapports, dont celui de Madame Archambaud ont tenté sans succès de faire évoluer les pouvoirs publics pour que soient modifiées les dispositions de l'article R 861-8 du css retenant la période de 12 mois glissants pour l'évaluation des ressources. Outre les gains en matière de productivité que permettrait une telle mesure, elle contribuerait à clarifier les dispositions relatives au plafond de ressources et seraient de nature à favoriser le recours à la CMUC.

[608] S'agissant des changements de situation brutaux, les dispositions relatives à l'attribution de la CMUC aux bénéficiaires du RSA socle devraient contribuer à aplanir les difficultés. Les bénéficiaires du RSA socle bénéficient d'une dérogation dans le calcul du plafond de ressources puisqu'ils sont considérés comme remplissant de ressources pour bénéficier de la CMUC alors que celles-ci ne sont appréciées que sur la moyenne mensuelle des trois derniers mois. Cette dérogation garantit donc que les « accidents » de revenus seront pris en charge dans le cadre du RSA.

Recommandation n°27 : Se fonder par défaut sur le revenu fiscal de référence pour apprécier les plafonds de ressources ouvrant droit au bénéfice de la CMUC et de l'ACS

[609] Le calcul des ressources a été partiellement automatisé mais cette automatisation reste développée « a minima » et parmi les CPAM visitées certaines d'entre elles ont développé leurs propres outils pour réaliser plus aisément la sommation des justificatifs de salaires (par exemple fichier Excel de calcul rapide et automatique de l'éligibilité à la prestation en fonction des revenus).

Recommandation n°28 : Développer un calculateur de ressources ergonomique répondant aux besoins des agents instructeurs

3.1.2 L'automaticité de l'attribution de la CMUC aux bénéficiaires du RSA

[610] Il n'y a toujours pas automaticité de la délivrance de la CMUC aux bénéficiaires du RMI/RSA ; il est demandé au bénéficiaire d'en faire explicitement la demande et de choisir les modalités de gestion de la part complémentaire CPAM ou un organisme complémentaire.

Automaticité de l'ouverture du droit CMUC aux bénéficiaires du RSA

[611] S'agissant du RSA, l'automaticité du droit prévue dans la loi de 1999 commence à prendre corps. Aujourd'hui, selon la Cnamts, deux récépissés sont transmis sous format papier vers la CPAM lorsque l'assuré est identifié par la caisse d'allocations familiales (CAF) comme bénéficiaire potentiel du RSA socle, un récépissé d'ouverture de droit à la CMUC pour 3 mois et un récépissé du choix de l'organisme complémentaire

[612] Dans le Gard, la procédure est pour partie informatisée mais le traitement n'est pas encore automatisé. La CPAM du Gard reçoit ainsi des fichiers informatisés par le biais d'un applicatif dénommé "échanges partenaires". Quotidiennement la CPAM exploite ces fichiers afin d'ouvrir des droits provisoires à la CMUC pour 3 mois, dans l'attente de la confirmation d'attribution du RSA.

[613] Le récépissé du choix de l'organisme complémentaire est transmis à l'organisme choisi, dès saisi du dossier sur l'applicatif CMU Production.

[614] L'automatisation prévoit l'injection automatisée de ces flux d'information reçus de la CAF. Des CPAM seront en test sur cette injection en février, pour une généralisation du déploiement prévue en avril si le test est concluant.

[615] La rédaction de l'article L 861-2 du code de la Sécurité sociale (CSS) issue de la loi de 1999 et en vigueur jusqu'au 1er juin 2009 avait le mérite de la simplicité : « Les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion ont droit à la protection complémentaire en matière de santé ». La loi du 1er juin 2009 a compliqué sensiblement la rédaction de l'article L861-2[71] sans en modifier le principe mais en découplant optiquement les deux prestations afin que la CMUC n'apparaisse pas comme une prestation « connexe » ; le bénéficiaire du RSA est de droit bénéficiaire de la CMUC. La déclaration de l'organisme choisi pour gérer la part complémentaire, CPAM ou organisme complémentaire, assureur ou mutuelle, est un obstacle à la délivrance immédiate de la CMUC. Cette déclaration qui ne nécessite aucune pièce justificative pourrait en conséquence être réalisée par Internet.

[616] 14 ans après la mise en place de la CMUC, les débats sur la répartition des tâches dans la gestion de la part complémentaire entre les caisses primaires d'assurance maladie et les assureurs complémentaires devraient être suffisamment apaisés pour que la gestion de la couverture complémentaire des bénéficiaires du RSA n'apparaisse pas comme un enjeu entre les organismes complémentaires et l'assurance maladie.

Recommandation n°29 : Appliquer sans tergiversation la disposition de la loi de 1999 ouvrant de droit la CMUC aux bénéficiaires du RMI/RSA en faisant par défaut gérer la part complémentaire par l'assurance maladie sauf demande contraire de l'assuré.

[71] L 861-2 du CSS Sont réputés satisfaire aux conditions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 861-1 les bénéficiaires du revenu de solidarité active dont les ressources, appréciées selon les dispositions prises en application de l'article L. 262-3 du code de l'action sociale et des familles, n'excèdent pas le montant forfaitaire visé au 2° de l'article L. 262-2 du même code.

3.2 Améliorer la date de l'ouverture des droits

[617] En application de l'article L 861-6 du css l'ouverture des droits à la CMUC prend effet au premier jour du mois suivant la décision de l'autorité administrative. Jusqu'à la loi du 31 décembre 2002, l'ouverture se faisait à la date de la décision de l'autorité administrative. Les dates ainsi fixées ont pour effet de faire supporter à l'assuré les délais de traitement de la CPAM. Plus la CPAM a un délai de traitement long et plus cette ouverture sera tardive. Ainsi une demande complète déposée le 29 janvier ne donnera lieu à l'attribution des droits qu'au 1er mars, voire au 1er avril, sauf urgence avérée ou célérité particulière de la CPAM instruisant le dossier en 48H.

[618] D'un point de vue financier, les droits sont ouverts pour 12 mois. Si les droits étaient ouverts à la date de dépôt de la demande ou au premier jour du mois de l'acceptation de la demande, leur durée serait réduite par rapport à ce qu'elle est maintenant en cas de retour à meilleure fortune. L'intérêt essentiel de cette prise en compte comme date du premier du mois suivant l'acceptation de la demande est d'éviter d'assurer à risque ouvert. Toutefois, cette stratégie concevable pour un pur assureur l'est moins dans le cas de l'assurance maladie voire est contre productive en matière de santé publique.

Recommandation n°30 : Ouvrir les droits au premier jour de la demande

3.3 Réexaminer les objectifs des mesures

[619] La CMUC puis l'ACS combinées avec les mesures de maîtrise de la dépense notamment depuis la loi assurance maladie de 2004 avec les franchises ont conduit à accompagner par des mesures d'assistance un mouvement de moindre accès à des droits. Aujourd'hui près de 10 millions de personnes relèvent potentiellement d'une mesure d'assistance délivrée après de nombreux contrôles et avec de potentiels effets de stigmatisation. On assiste ainsi progressivement à un changement de nature de la prise en charge des soins, de moins en moins un droit universel, de plus en plus une prestation d'assistance sous condition de ressources, sans que cette évolution fondamentale du système de prise en charge ait clairement été présentée et débattue.

[620] Quant à l'ACS il s'agit d'une mesure qui a été développée empiriquement et n'a jamais fait l'objet d'une véritable réflexion. De dispositif d'accompagnement ciblé pour éviter les effets de seuil, l'ACS est devenue une mesure en soi avec des financements légaux et des financements par les CPAM.

[621] Il conviendrait qu'une véritable réflexion soit menée sur les objectifs poursuivis au travers de ces mesures d'assistance, l'augmentation de quelques points du taux de recours ne pouvant servir d'objectif stratégique.

ANNEXE 4 : L'AMELIORATION DU SERVICE RENDU EN TERMES DE VERSEMENT DES INDEMNITES JOURNALIERES

Sommaire

ANNEXE 4 : L'AMELIORATION DU SERVICE RENDU EN TERMES DE VERSEMENT DES INDEMNITES JOURNALIERES 151

1 LA QUALITE PERÇUE DU SERVICE EN MATIERE DE VERSEMENT DES IJ VARIE SELON LA NATURE DU RISQUE ET EST AVANT TOUT FONCTION DES DELAIS 154

2 L'AMBITION D'ELARGIR LE DROIT AUX IJ A DEBOUCHE SUR DES REGLES COMPLEXES, SOURCE DE LENTEUR ET DE LOURDEUR PROCEDURALES, PRINCIPALEMENT POUR LES ASSURES EN SITUATION D'EMPLOIS ATYPIQUES 157

3 LES DELAIS DE VERSEMENT DES IJ DIMINUENT MAIS RESTENT ELEVES 158

3.1 Le règlement des IJ constitue un axe de service identifié dans la COG actuelle 158

3.1.1 Des performances qui s'améliorent mais restent médiocres 159

3.1.2 Les dossiers complexes nécessitent la production de nombreuses pièces et une mobilisation des agents des CPAM importante 160

4 LA CNAMTS A AMELIORE SES PERFORMANCES PAR UN RECOURS ACCRU A L'AUTOMATISATION DES PROCEDURES, LA RATIONALISATION DE SON ORGANISATION ET L'ADAPTATION DE LA REGLEMENTATION 161

4.1 L'automatisation du processus de paiement des IJ 161

4.2 L'optimisation en cours de la procédure de gestion des IJ par les CPAM 161

4.3 L'adaptation de la réglementation 162

4.3.1 La réglementation est parfois adaptée par les CPAM pour simplifier la gestion des « dossiers complexes » 162

4.3.2 Les modifications récentes du droit positif 162

5 RECOMMANDATIONS DE LA MISSION 163

5.1 Expérimenter un système d'acompte provisionnel d'IJ pour les « dossiers complexes » 163

5.2 Accélérer l'envoi des attestations de salaires et des déclarations d'arrêts de travail 164

5.3 L'extension de la subrogation 164

5.4 Simplifier le calcul des IJ en substituant le salaire net imposable au salaire brut, comme assiette de référence 165

5.5 Améliorer les outils d'aide à la liquidation des IJ 166

5.6 Densifier les relations entre l'Assurance maladie et les partenaires 166

[622] Cette annexe a pour objet de proposer des pistes d'amélioration de la qualité de service rendu aux assurés en matière de versement des indemnités journalières (IJ) de Sécurité sociale pour les risques maladie, maternité / paternité et accidents du travail. En particulier, elle examine comment augmenter la satisfaction des assurés sur ce service rendu par les caisses primaires de l'assurance maladie (CPAM).

[623] La mission a centré ses propositions sur celles pouvant être mises en œuvre dans le cadre de la prochaine convention d'objectif et de gestion (COG) de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts).

[624] Pour mener ses travaux, la mission s'est appuyée sur une série de rapports récents traitant des IJ[72] et sur des observations faites lors de déplacements dans quatre CPAM : celles du Val-de-Marne, de la Sarthe, de l'Artois et du Gard.

1 LA QUALITE PERÇUE DU SERVICE EN MATIERE DE VERSEMENT DES IJ VARIE SELON LA NATURE DU RISQUE ET EST AVANT TOUT FONCTION DES DELAIS

[625] La qualité du service rendu à l'assuré en matière d'IJ varie en fonction de quatre items, pour partie liés :

- la nature du risque (maladie, accident du travail, maternité/paternité, invalidité) ;
- le délai de versement car les IJ constituent un revenu de remplacement pour l'assuré ;
- le nombre de pièces justificatives et de contacts nécessaires pour étudier les droits de l'assuré, qui, s'ils sont trop importants, sont sources de mécontentement et d'allongement du délai de versement des IJ ;
- l'exactitude des montants versés ; toute erreur détectée (trop-perçu ou « moins versé ») entraine une procédure de régularisation, facteur d'insatisfaction. A l'inverse, une erreur non décelée constitue une atteinte aux droits de l'assuré.

[626] La satisfaction des assurés vis-à-vis des revenus de remplacement est hétérogène selon la nature de l'IJ. En effet, les assurés percevant des IJ pour invalidité sont les plus satisfaits (cf. tableau 1), la proportion des assurés très satisfaits étant très élevée (40%). A l'inverse, les assurés percevant des IJ pour maladie et accident du travail-maladie professionnelle (AT-MP) sont les moins satisfaits avec notamment des proportions d'assurés très satisfaits plus faibles que dans les autres catégories. De même, la proportion d'individus pas du tout satisfaits est beaucoup plus élevée pour les risques AT-MP ou maladie que pour le risque invalidité (respectivement 11% et 6,8% contre 3,7% pour l'invalidité).

[72] Rapport sur les arrêts de travail et les indemnités journalières versées au titre de la maladie, communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de l'Assemblée nationale (Cour des comptes, juillet 2012), Rapport sur les comptes de la Sécurité sociale 2012 (Cour des comptes, septembre 2012, pages 517 à 543), Rapport d'information parlementaire de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale déposé en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les arrêts de travail et les indemnités journalières (Rapport n°986 du 24 avril 2013), « La gestion des conditions d'attribution du doit aux indemnités journalières » (Mission nationale de contrôle, rapport n°2013-10-IJ-synthèse, septembre 2013).

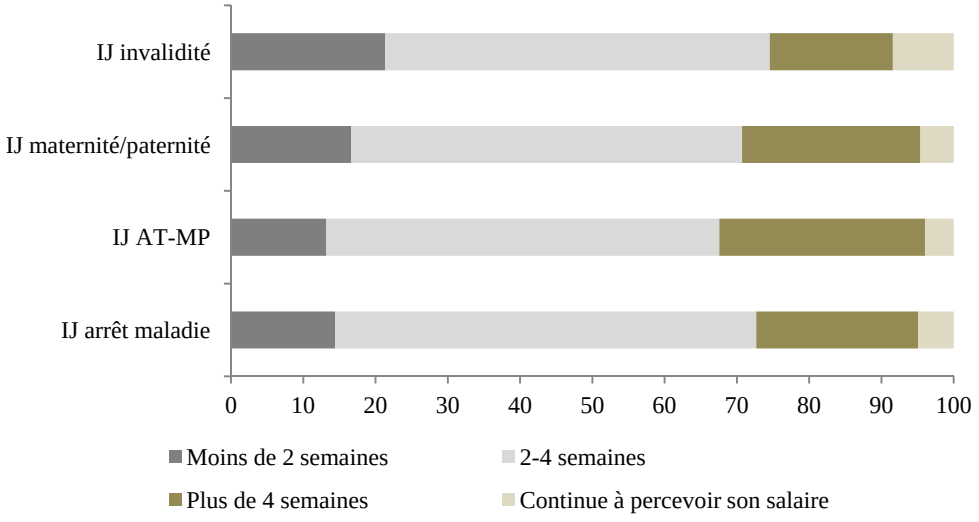
Tableau 49 : Niveau de satisfaction vis-à-vis des revenus de remplacement par catégories d'IJ

(en %)	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Total SATISFAITS	Total INSATISFAITS
IJ arrêt maladie	15,0	52,4	25,8	6,8	67,4	32,6
IJ AT-MP	14,1	47,2	27,7	11,0	61,3	38,7
IJ maternité/paternité	15,6	56,8	21,7	6,0	72,4	27,6
IJ invalidité	37,1	49,3	9,9	3,7	86,4	13,6

Source : Enquête de satisfaction des assurés sociaux 2012 de la CNAMTS, traitement mission

[627] Ces résultats en termes de satisfaction sont en partie liés à la performance des caisses en termes de délai. Les assurés percevant des IJ invalidité sont plus nombreux à percevoir leur IJ en moins de deux semaines. Cependant, les assurés percevant des IJ AT-MP sont les moins satisfaits alors même que leur situation financière est moins fréquemment dépendante de la rapidité de la Cnamts puisqu'ils sont plus nombreux en proportion à continuer à percevoir leur salaire (cf. graphique 1). Le délai de traitement constitue la source principale des réclamations des assurés : près de 107 000 réclamations sur un total de 267 000 relatives aux revenus de substitution portent sur les délais de traitement[73].

Graphique 5 : Part d'assurés percevant des revenus de remplacement selon le délai de traitement et la catégorie d'indemnités journalières



Source : Enquête de satisfaction des assurés sociaux 2012 de la CNAMTS, traitement mission

[73] Bilan de l'année 2012 des réclamations de la Cnamts réalisé par la direction déléguée des opérations.

[628] De manière globale, au delà de quatre semaines d'attente, les assurés sont en général insatisfaits du traitement de leurs revenus de remplacement, la part de grande insatisfaction passant de moins de 3% pour un délai inférieur à quatre semaines à plus de 19% pour un délai supérieur à quatre semaines (cf. tableau 2). Le seuil d'acceptabilité des assurés quant au traitement de leurs IJ semble même s'établir à 2 semaines puisque la part des assurés très satisfaits diminue fortement à partir de cette durée : 34,3% des assurés ayant perçus leur IJ en moins de 2 semaines sont très satisfaits contre 13,1% lorsque le traitement est réalisé en 2 à 4 semaines. Le délai retenu par les assurés sociaux se situe ainsi à un niveau plus faible que les engagements pris par la Cnamts de 30 jours ouvrés. Ce résultat est toutefois conditionnel à la méthodologie retenue par la Cnamts quant aux intervalles de temps proposés dans le questionnaire et doit donc faire l'objet de tests de robustesse[74].

Tableau 50 : Niveau de satisfaction vis-à-vis des revenus de remplacement par délais de traitement

(en %)	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	**Total SATISFAITS**	**Total INSATISFAITS**
Moins de 2 semaines	34,3	54,2	9,3	2,1	88,5	11,5
2-4 semaines	13,1	61,2	22,8	2,9	74,3	25,7
Plus de 4 semaines	4,2	32,3	44,3	19,2	**36,5**	**63,5**
Continue à percevoir son salaire	28,2	53,4	14,2	4,3	81,5	18,5

Source : Enquête de satisfaction des assurés sociaux 2012 de la CNAMTS, traitement mission

[629] Toutefois, si les délais de traitement ont un impact significatif sur le degré de satisfaction concernant les revenus de remplacement, ils ont un faible impact sur la satisfaction globale des assurés sociaux (cf. tableau 3). Le degré de satisfaction diminue certes avec les délais de traitement mais le taux d'assurés satisfaits reste élevé au-delà de quatre semaines d'attente (près de 73% d'assurés satisfaits).

Tableau 51 : Niveau de satisfaction globale par délai de traitement des IJ

(en %)	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	**Total SATISFAITS**	**Total INSATISFAITS**
Moins de 2 semaines	31,4	63,6	4,8	0,3	95,0	5,0
2-4 semaines	15,8	73,8	9,8	0,6	89,6	10,4
Plus de 4 semaines	8,7	64,0	22,7	4,6	**72,6**	27,4
Continue à percevoir son salaire	21,4	70,5	6,6	1,5	91,9	8,1

Source : Enquête de satisfaction des assurés sociaux 2012 de la CNAMTS, traitement mission

[630] L'amélioration de la qualité perçue par l'assuré passe ainsi essentiellement par la réduction du délai de versement des IJ. Elle passe également par la diminution du nombre de contacts nécessaire au traitement des dossiers. En effet, le nombre de contacts nécessaires pour le traitement d'un dossier constitue le deuxième motif de réclamations des assurés (20 % des réclamations portant sur des pièces manquantes, 17,5 % sur l'incompréhension des assurés[75]).

[74] Il s'agit de tester différents échelles de temps pour voir si le seuil d'acceptabilité demeure toujours le même quelle que soit l'échelle adoptée.
[75] *Ibid.*

[631] En revanche, l'exactitude des montants versés apparaît secondaire pour deux raisons :

- compte tenu de la complexité du calcul des IJ, rares sont les assurés capables de constater si le montant versé est exact. Leur éventuelle (in)satisfaction à l'égard d'un montant d'IJ versé relève alors davantage de la réglementation qui en fixe le montant que de l'exactitude des calculs ;
- *a priori* les éventuelles erreurs de liquidation défavorables aux assurés concernent le plus souvent des cas « complexes », donnant lieu à la perception d'IJ dont le montant est faible, ce qui limite l'incidence de l'erreur.

[632] Par ailleurs, les taux d'erreurs de liquidation des IJ des CPAM sont bas[76] et font l'objet d'une attention spécifique dans le cadre de la certification des comptes de l'Assurance maladie. Certes, la Cour des comptes, dans son exercice de certification des comptes combinés 2012 de la branche Maladie a émis une réserve au motif que *« les indemnités journalières sont affectées par des erreurs de liquidation, dont l'incidence financière est imparfaitement mesurée […]*, et a indiqué que ceux de la branche AT/MP faisaient l'objet d'une « *impossibilité d'exprimer une position* ». Pour autant, le montant des erreurs, selon la Cour, s'élève à 48 M€ pour la branche maladie et 16 M€ pour la branche AT-MP, ce qui est circonscrit rapporté au montant total des IJ servis (11,8 Mds€[77], soit 0,5%). Selon une approche « assurés », sauf cas toujours possibles d'erreurs grossières, les erreurs, en plus ou en moins, sont limitées.

2 L'AMBITION D'ELARGIR LE DROIT AUX IJ A DEBOUCHE SUR DES REGLES COMPLEXES, SOURCE DE LENTEUR ET DE LOURDEUR PROCEDURALES, PRINCIPALEMENT POUR LES ASSURES EN SITUATION D'EMPLOIS ATYPIQUES

[633] Comme le souligne la MNC dans son rapport précité « *si les grands principes régissant l'attribution des indemnités journalières sont stables depuis des années, l'environnement règlementaire n'en reste pas moins complexe […].*

[634] *Cette complexité s'explique pour l'essentiel par la volonté du législateur de répondre à des situations particulières ou à des publics spécifiques afin d'ouvrir des droits aux indemnités journalières au plus grand nombre ».*

[635] En pratique, pour tenir compte de la diversité des situations professionnelles des assurés et du risque subi, la réglementation opère notamment des distinctions portant sur :

- les catégories d'assurés pour les conditions d'ouverture des droits (la dissociation principale étant entre les assurés salariés à temps complet et les assurés connaissant tout autre forme d'activité) ;
- le risque indemnisé (maladie, maternité / paternité d'une part, accident du travail d'autre part) et à titre secondaire selon les catégories d'assurés pour les périodes de référence prises en compte pour le calcul des IJ ;
- le risque indemnisé pour l'assiette et les modalités de calcul des IJ.

[76] Le taux de fiabilité du paiement des prestations en nature et en espèce s'élève à 99,3% en 2012. La mission note toutefois dans l'annexe relative aux indicateurs l'absence de prise en compte jusqu'en 2011 des sommes dues non versées.

[77] Rapport de la MNC précité, page 5

[636] En prenant en compte les salariés subrogés (i.e. ceux dont l'employeur maintient le salaire intégralement ou partiellement, l'employeur percevant, dans un second temps, de la CPAM les IJ dues à son salarié), on recense deux grandes catégories d'assurés :

- ceux payés vite, sur la base de pièces justificatives peu nombreuses (l'avis d'arrêt de travail et l'attestation de salaire produite par l'employeur) éventuellement dématérialisées, ce sont essentiellement les salariés subrogés, ceux en contrat à durée indéterminée à temps plein ;
- ceux payés dans un délai important, sur la base de pièces justificatives nombreuses (ainsi, un demandeur d'emploi doit, entre autre, fournir ses 12 derniers bulletins de salaires) rarement dématérialisées dans le cadre de contacts parfois itératif avec un agent de la CPAM, ce sont les salariés ayant une activité discontinue, les demandeurs d'emplois, les salariés payés en chèque emploi-service universel (CESU), ceux ayant plusieurs employeurs, etc.

[637] Selon la Cour des comptes, *« la proportion de situations* [complexes] *est difficile à évaluer mais selon les techniciens rencontrés de 10 à 15 % des situations professionnelles poseraient des problèmes particuliers tant de vérification du droit aux indemnités que de calcul »*.

[638] Les échanges que la mission a pu avoir avec les agents des CPAM confirment les constats de la Cour des comptes voire les aggravent, certains agents estimant que les cas complexes concernaient environ 40 % des dossiers traités. Outre le contenu même de la notion de dossier complexe qui peut varier d'un agent à l'autre[78], cette différence d'appréciation peut s'expliquer par le fait que deux des caisses visitées comptent un nombre important de publics précaires (celle de l'Artois et du Gard) mais aussi par la dégradation du marché de l'emploi entre la date des travaux de la Cour des comptes et ceux de la mission.

3 LES DELAIS DE VERSEMENT DES IJ DIMINUENT MAIS RESTENT ELEVES

3.1 Le règlement des IJ constitue un axe de service identifié dans la COG actuelle

[639] La question du versement des IJ constitue un aspect de la qualité de service clairement identifié dans la COG 2010-2013, donnant lieu à un suivi au travers de deux indicateurs :

- un indicateur de délai : le délai moyen de règlement de la 1ère IJ non subrogée, avec un objectif 2013 à 30 jours calendaires ;
- un indicateur d'exactitude du montant des IJ versées : le taux de fiabilité de la liquidation des prestations en nature (PN) et en espèces (PE[79]), avec un objectif de 99,3%.

[640] Les indicateurs de la COG relatifs aux taux de dématérialisation des documents (avis d'arrêt de travail et attestation de salaire) concourent également à l'atteinte des deux objectifs précités.

[641] Ces indicateurs sont déclinés dans les contrats pluriannuels de gestion (CPG) signés entre la Caisse nationale et les CPAM. Les CPG prévoient en outre un objectif de délai de saisie des arrêts de travail reçus. Les CPG des CPAM comportent également un objectif de taux de dématérialisation des déclarations d'arrêt de travail (DAT) dans le cadre de la déclinaison opérationnelle de la COG AT/MP 2009-2012.

[78] Il n'existe pas de définition du « dossier complexe » aussi les agents peuvent ne pas donne le même sens à cette notion.
[79] Les PE désignent les IJ.

[642] La préoccupation d'améliorer la qualité du service rendu en matière d'IJ est donc satisfaisante. La mission relève cependant qu'au titre du dispositif de scoring des CPG qui mesure la performance des CPAM, le délai de règlement des IJ et la fiabilité de la liquidation des PN et des PE (20 points tous deux sur un total de 1000 points) pèsent peu.

[643] En 2013, si ces deux indicateurs ne concouraient pas à l'intéressement collectif, ils participaient néanmoins à la détermination de la part variable de la rémunération des directeurs des CPAM (l'indicateur « délai moyen de règlement de la 1ère IJ non subrogée +AT/MP » pesait pour 7%).

Recommandation n°31 : Donner une place plus importante dans le scoring des CPG au délai de versement de la 1ère IJ non subrogée et en faire un élément structurant de l'intéressement collectif

[644] Outre ces indicateurs, dans le cadre du programme n°9 de la COG 2010-2013, « Simplifier la relation avec les assurés », il est prévu que la Cnamts propose *« des simplifications administratives relatives aux prestations en espèce et à la validité des pièces justificatives dématérialisées »* d'une part, et que l'Etat étudie *« la possibilités de simplification et d'harmonisation de calcul des IJ (assiette, salaire et période référence) »* d'autre part.

3.1.1 Des performances qui s'améliorent mais restent médiocres

[645] Le délai moyen de paiement des IJ se situe en 2013 à 36,16 jours (cf. tableau 4), la meilleure CPAM, celle de Bourges les versant en 25,9 jours, la moins performante, celle de Créteil en 56,1 jours.

Tableau 52 : Délai de paiement des CPAM de la 1ère IJ non subrogée

	2009	2010	2011	2012	2013
Objectif COG	46,7 jours	40 jours	35 jours	30 jours	30 jours
Résultat national (moyenne)		68,9 jours	39,23 jours	35,84 jours	36,16 jours
Nombre de CPAM atteignant l'objectif de l'année		4	55	31	31
Nombre de CPAM atteignant l'objectif de fin de COG		2	17	31	31

Source : Cnamts, traitement mission

[646] En outre, 10% des CPAM ont des délais moyens de versement supérieurs à 40 jours (cf. tableau 5), parmi elles figurent les CPAM du Rhône, des Bouches-du-Rhône, de Paris et celles de la petite couronne, c'est-à-dire les CPAM traitant les volumes d'IJ les plus élevés.

Tableau 53 : Répartition des CPAM en fonction des délais de paiement de la 1ère IJ non subrogée (2013)

Délai de paiement	**Moins de 30 jours**	**Entre 30 et 40 jours**	**Plus de 40 jours**
Nombre de CPAM	31	60	11
Proportion	30%	60%	10%

Source : Cnamts, traitement mission

[647] Enfin le délai moyen masque des délais de paiement éventuellement très élevés pour une partie des assurés. Selon la Cour des comptes, 20 % des dossiers étaient réglés en 2010 dans un délai supérieur à 70 jours. Une telle situation plaide pour que la Cnamts suive le délai moyen de paiement des 10 % de dossiers les plus tardivement réglés.

Recommandation n°32 : Suivre dans les CPG le délai de paiement des IJ du 9ème décile

3.1.2 Les dossiers complexes nécessitent la production de nombreuses pièces et une mobilisation des agents des CPAM importante

[648] La mission, à l'issue de ses visites dans quatre CPAM, est parvenue aux mêmes conclusions que la Cour des comptes et la MNC.

[649] Pour les dossiers d'IJ complexes (ceux des assurés ayant des professions à caractère discontinu (les intérimaires, les saisonniers, les intermittents, les demandeurs d'emploi) et ceux ayant plusieurs employeurs (les « multi-employeurs »)), le temps passé sur chaque dossier est important pour deux raisons :

- l'étude des demandes d'IJ de ces catégories d'assurés nécessite la production d'un nombre important de pièces justificatives[80] à la fois pour étudier le droit aux IJ et calculer leur montant ;
- ces dossiers ne peuvent faire l'objet d'un traitement automatisé (ils sont donc traités individuellement par les techniciens), les nombreuses règles relatives aux cas complexes n'ayant peu ont pas pu être intégralement prises en charge par les outils informatiques automatisant la liquidation des IJ.

[650] Dès lors, ces dossiers allongent les délais de règlement moyens des CPAM. Surtout, on se trouve dans une situation où les assurés les plus dépendants financièrement du paiement des IJ (non subrogés, revenus inférieurs à la moyenne des autres assurés du fait de leur situation professionnelle) sont ceux les percevant dans les délais les plus longs.

[651] Certains cas complexes le sont encore plus que d'autres : la MNC indique que lorsque les CPAM *« sont confrontées à des dossiers d'IJ concernant des assurés au chômage (ou ayant été au chômage) ou à des assurés exerçant sous un contrat « Chèque Emploi Service » (CESU), les caisses doivent souvent demander un nombre de pièces justificatives important, voire démesuré pour être en mesure de vérifier les conditions d'ouverture des droits puis de calculer le montant de l'IJ »*.

[652] Ces lourdeurs procédurales n'ont cependant pas nécessairement pour conséquence de déboucher sur des montants d'IJ importants.

[653] En effet, sur la base d'une rémunération au SMIC, le montant d'une IJ est de 23,76 € bruts, ce qui signifie qu'un intérimaire à temps plein, payé au SMIC, arrêté huit jours, percevra 23,76 bruts x 5 (compte tenu des 3 jours de délai de carence) soit 118,80 € bruts dans un délai vraisemblablement supérieur à 70 jours.

[80] Ces pièces n'étant pas toujours faciles à fournir par l'assuré et parfois longues à vérifier par les techniciens.

4 LA CNAMTS A AMELIORE SES PERFORMANCES PAR UN RECOURS ACCRU A L'AUTOMATISATION DES PROCEDURES, LA RATIONALISATION DE SON ORGANISATION ET L'ADAPTATION DE LA REGLEMENTATION

4.1 L'automatisation du processus de paiement des IJ

[654] Depuis plusieurs années, la Cnamts automatise le traitement des IJ, selon deux voies :

- la dématérialisation des pièces justificatives (avis d'arrêt de travail, attestation de salaires (les DSIJ), déclaration d'arrêt de travail) par les employeurs ou les prescripteurs d'arrêts de travail ou leur dématérialisation à réception *via* l'outil DIADEME ;
- le traitement automatisé des IJ grâce à l'injection des DSIJ dans le logiciel PROGRES.

[655] La transmission des pièces dématérialisées atteint des niveaux parfois élevés (ainsi le taux de dématérialisation des attestations de salaires atteint 83,4% en avril 2013), parfois moindre (celui des AAT se situe à 20,3% à la même date, en forte progression depuis 2012). Au total, il en résulte une diminution des délais de paiement des IJ et des erreurs de liquidation[81].

[656] Cependant, l'automatisation de la procédure concerne peu les « dossiers complexes ». En effet, pour ces dossiers, selon les données recueillies par la Cour des comptes, et confirmées par les interlocuteurs rencontrés par la mission, une reprise manuelle est fréquente en raison de l'inexactitude des éléments mentionnés dans les attestations de salaires. En pratique, seules 40 % des attestations dématérialisées, concernant les dossiers les plus simples, sont liquidées automatiquement, soit moins d'un tiers des dossiers.

[657] Avec le déploiement progressif, à compter du 1er janvier 2016, de la déclaration sociale nominative (DSN), les entreprises n'auront plus à envoyer d'attestations de salaires lorsque leurs salariés seront en arrêt maladie. Les données mensuelles transmises de la DSN donneront les informations salariales nécessaires à la liquidation et les entreprises n'auront plus qu'à envoyer, *via* le système d'échanges dématérialisés prévu, une « information d'évènement » pour signaler la maladie du salarié, de même pour sa reprise d'activité après l'arrêt.

[658] Cependant, la Cour et la MNC relèvent que, sans simplification de la réglementation, la DSN ne produira pas tous les effets escomptés. Ce constat est également partagé par la Cnamts[82].

4.2 L'optimisation en cours de la procédure de gestion des IJ par les CPAM

[659] Dans le cadre de la réorganisation territoriale du réseau de l'Assurance maladie, intervenue à compter de 2010, les CPAM ont regroupé l'activité de liquidation des IJ, ce qui a accru la spécialisation des agents.

[81] Par suppression d'une étape de ressaisie manuelle.
[82] Cf. page 12 du texte adopté par le Conseil de la Cnamts le 13 février 2014, « Les orientations de négociation de la COG 2014-2017 ».

[660] Par ailleurs le directeur de la CPAM de Bayonne a la charge d'une mission nationale déléguée ayant notamment pour objet d'optimiser le processus de gestion des IJ par détection des bonnes pratiques et des meilleurs outils locaux d'aide au traitement des IJ. Sans porter d'opinion sur le bilan de cette mission nationale déléguée de création récente, la mission se borne à constater que ladite mission n'a jamais été évoquée par les interlocuteurs rencontrés par l'Igas dans le cadre de ses déplacements, ce qui indique un dispositif encore en phase de montée en charge.

[661] Enfin, la Cnamts a diffusé aux CPAM un référentiel relatif à la réglementation des IJ maladie[83] afin d'améliorer le traitement des IJ et de favoriser une homogénéité accrue des pratiques de gestion.

4.3 L'adaptation de la réglementation

4.3.1 La réglementation est parfois adaptée par les CPAM pour simplifier la gestion des « dossiers complexes »

[662] La MNC a constaté l'existence de « mesures dérogatoires » dictée par la volonté d'optimiser et de simplifier le traitement des IJ, notamment pour les dossiers complexes.

[663] La mesure la plus fréquemment rencontrée concerne les assurés entrant dans les critères de l'article R. 313-7 du code de la sécurité sociale (saisonniers / professions à caractère discontinue / CESU). Pour ces derniers, si les droits peuvent être étudiés sur la période de droit commun (trois mois) ou sur celle du droit particulier (12 mois), le calcul de l'IJ doit par contre s'effectuer sur les 12 derniers mois. Or, lorsque l'ouverture des droits s'est faite sur le droit commun, plusieurs CPAM calculent l'IJ sur trois mois et non 12. Cette pratique permet un gain de temps considérable, mais peut léser l'assuré quand le calcul de l'IJ sur 12 mois serait plus favorable que celui sur trois mois. Elle présente l'inconvénient majeur de ne pas respecter la réglementation.

4.3.2 Les modifications récentes du droit positif

[664] Au cours de la période la COG, plusieurs évolutions du droit positif relatif aux IJ sont intervenues.

- depuis 2011, le montant de l'IJ correspond à une fraction du gain journalier de base, soit 50 % du salaire brut calculé sur 365 jours et non plus sur 360 jours ;
- depuis 2012, le salaire de base est plafonné à 1,8 fois le SMIC au lieu du plafond mensuel de la Sécurité sociale ;
- depuis 2012, les majorations pour enfant ont été restreintes aux arrêts de travail de plus de six mois.

[665] Néanmoins, ces mesures ont plus eu pour objet de maîtriser les dépenses que d'améliorer le dispositif.

[666] En revanche, le décret n° 2013-1260 du 27 décembre 2013 portant modification des conditions d'ouverture de droit aux prestations en nature et en espèces des assurances maladie, maternité/paternité, invalidité et décès (cf. tableau 6), entré en vigueur le 21 décembre 2013, apporte notamment un assouplissement notable des conditions d'ouverture du droit aux IJ pour les arrêts de travail de plus de six mois.

[83] Le référentiel n'aborde pas les IJ maternité / paternité et AT/MP.

Tableau 54 : Les nouvelles règles établies par le décret n°2013-1260 du 27 décembre 2013

	Avant le 30/12/2013	Après le 30/12/2013
Conditions d'ouverture des droits	– soit avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2030 fois le smic horaire dans les 12 mois civils précédant l'arrêt de travail, dont au moins 1015 fois le smic horaire au cours des six premiers mois ; – soit avoir travaillé au moins 800 heures dans les 12 mois civils ou les 365 jours précédant l'arrêt, dont au moins 200 heures au cours des trois premiers mois.	– soit avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2030 fois le smic horaire dans les 12 mois civils précédant l'arrêt de travail ; – soit avoir travaillé au moins 800 heures dans les 12 mois civils ou les 365 jours précédant l'arrêt.

Source : Décret du 27 décembre 2013, traitement mission

[667] **Cette mesure d'assouplissement est également une mesure de simplification puisque les conditions d'ouverture des droits sont allégées, ce qui simplifie d'autant l'examen du dossier. Dans le même temps en l'absence de simplification du calcul des IJ, la mesure va entraîner une hausse du nombre des dossiers complexes (la mesure les concerne), dont le délai de versement des IJ restera long.**

[668] Dans le cadre du PLFSS 2012, le Gouvernement a proposé une harmonisation de l'assiette des trois catégories d'IJ sur la base de l'assiette des IJ maternité. Ce projet a été abandonné car s'il constituait une mesure de simplification importante, il entraînait une baisse du taux réel de remplacement pour les IJ maladie. Ceci conduisait soit à une baisse de revenu pour les salariés, soit à un transfert de charges vers les entreprises (pour les salariés bénéficiant d'un maintien de salaire).

5 RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

[669] Au regard à la complexité de la réglementation relative aux IJ, la portée des processus de modernisation en cours risque d'être limitée par la nécessité de régler une partie importante des situations en marge du processus d'automatisation. La simplification du droit constitue donc une priorité.

5.1 Expérimenter un système d'acompte provisionnel d'IJ pour les « dossiers complexes »

[670] Le droit positif ne prévoit pas le règlement en une seule fois des IJ. Cette marge de manœuvre pourrait être utilisée pour mettre en place un mécanisme de versement des IJ en deux temps pour les « dossiers complexes »[84], ce qui accélérerait significativement leurs délais de versement. Le mécanisme en serait le suivant :

- l'identification à réception des dossiers complexes ;
- un acompte initial, calculé sur la base des trois derniers bulletins de salaires[85], dès que les conditions d'ouverture des droits sont vérifiées ;
- le solde dès lors que le montant exact des IJ à verser est connu.

[84] Pour les dossiers simples, il n'y aurait pas de gain de temps significatif à une telle procédure, mais une complexification du traitement du dossier d'IJ par les CPAM.

[85] Cf. l'article R. 323-4 du Code de la Sécurité sociale, la plupart des IJ sont calculées sur la base des trois derniers bulletins de salaires. C'est aussi la modalité la plus simple de détermination du montant de l'IJ (ce n'est cependant pas toujours la plus favorable lorsque une autre modalité de calcul est possible à savoir la reconstitution des salaires des 12 derniers mois).

[671] Ce mécanisme est notamment pratiqué par la CPAM du Gard. Pour l'acompte initial, le montant de l'IJ pourrait correspondre au montant minimum d'une IJ maternité (cf. dispositions de l'article R.331-5 du code de la sécurité sociale qui prévoit un montant plancher – 9,20 bruts en 2014 – pour cette catégorie d'IJ).

Recommandation n°33 : Instaurer un mécanisme expérimental d'acompte provisionnel d'IJ

5.2 Accélérer l'envoi des attestations de salaires et des déclarations d'arrêts de travail

[672] Le délai d'envoi des attestations de salaires par les entreprises retarde d'autant la liquidation, ces dernières étant en général établies au moment des opérations de paye[86]. En effet, si les salariés sont soumis à une transmission de l'avis sous 48 heures qu'ils respectent[87], cette disposition ne s'applique pas aux attestations de salaire envoyées par l'employeur.

[673] Or, les CPAM ne liquident l'IJ qu'à réception des attestations de salaire et ne relancent les employeurs que lorsque le salarié signale à la caisse qu'il n'est pas encore payé. L'amélioration du délai de paiement est donc largement conditionnée par celle du délai d'envoi des attestations de salaire.

[674] La signature de conventions entre les employeurs et la MSA a permis d'accélérer la liquidation au sein du régime agricole. Désormais, le délai moyen est de 29 jours dans les entreprises ayant signé une telle convention contre 42 jours dans les autres[88].

Recommandation n°34 : Mettre en place un objectif de signature de conventions dans lesquels les employeurs s'engagent sur le délai d'envoi des attestations de salaires et des déclaration d'arrêts de travail, dématérialisées ou papier, en ciblant ceux d'entre eux ayant le délais les plus longs

[675] Ensuite, l'envoi papier de ces formulaires nécessite une saisie dont le délai constaté tourne autour de dix jours. Par conséquent, la Cnamts doit poursuivre des objectifs de dématérialisation complète de la chaîne de traitement des IJ.

Recommandation n°35 : Tendre vers une disparition des attestations de salaire et des déclarations d'arrêts de travail papier

5.3 L'extension de la subrogation

[676] La subrogation représente 33 % du total des IJ en 2010[89]. Son avantage pour le salarié est de ne pas subir de rupture temporaire de revenu, il n'est cependant pas certain que les employeurs en souhaitent l'extension.

[677] En effet, le dispositif alourdit les formalités pesant sur les entreprises. Il nécessite en outre pour celles-ci une capacité à faire l'avance des fonds. De ce fait, seules les grandes entreprises la mettent en œuvre. Encore faut-il indiquer que selon les agents des CPAM rencontrés, ces dernières tendraient à y renoncer au motif que la subrogation favoriserait l'absentéisme.

---

[86] Ce qui s'explique par le fait que les applications de paye des employeurs ne sont pas paramétrées pour réaliser des sorties *ad hoc* d'attestation de salaires pour les salariés en arrêt maladie.
[87] Un régime de sanctions est associé au non respect de cette règle.
[88] Cf. rapport de la MNC précité.
[89] Estimation de la Cour des comptes.

[678] Outre les réticences des employeurs vis-à-vis de la subrogation, la mission relève que celle-ci ne pourra jamais bénéficier aux assurés relevant de la catégorie des dossiers complexes, pourtant les moins lotis actuellement. Aussi, la Cnamts et la DSS pourraient se rapprocher de Pôle Emploi pour étudier la possibilité de subroger les demandeurs d'emplois, catégories d'assurés supportant les délais de paiement parmi les plus longs.

[679] Dans une perspective de développement de la subrogation, il conviendrait enfin d'inclure également un objectif de délai de paiement des IJ subrogées.

Recommandation n°36 : Mener une action auprès des employeurs pour développer la subrogation

5.4 Simplifier le calcul des IJ en substituant le salaire net imposable au salaire brut, comme assiette de référence

[680] La substitution du salaire annuel net imposable au salaire brut est la mesure de simplification la plus souvent évoquée par les agents des CPAM avec lesquels la mission a échangé.

[681] Cette solution aurait pour avantage d'éviter aux entreprises de fournir et de remplir une attestation de salaire. Elle aurait cependant pour triple inconvénient :

- de se référer à un revenu antérieur d'au moins une année ;
- d'être moins avantageuse pour certains assurés (ceux dont le revenu augmente) ou plus avantageuse (ceux dont le revenu baisse) ;
- de ne pas permettre un calcul de l'IJ au plus près.

[682] Selon la mission, les inconvénients cités ne sont pas dirimants. L'objet premier des IJ est de fournir un revenu de remplacement afin de compenser la perte de revenus consécutive à un arrêt de travail[90]. La question de son arrimage au revenu immédiatement perçu est la modalité actuelle de calcul de l'IJ et non un élément constitutif de celle-ci, le plafonnement de celle-ci le démontre. En outre, l'argument de l'éloignement par rapport au salaire immédiatement perçu, se pose essentiellement pour les arrêts de travail de fin d'année et pour les assurés ayant connu des hausses ou des baisses de salaires significatives tout en restant sous le plafond de 1,8 SMIC.

[683] La question des perdants et des gagnants en fonction du changement d'assiette peut se poser, cependant le montant des IJ étant plafonné, ce point ne concerne pas tous les assurés. En outre en prenant en compte le salaire annuel net imposable de l'année antérieure, le décalage présentera un rôle contra-cyclique plutôt pertinent : en période de dégradation du marché de travail, le montant des IJ servi à l'assuré sera résilient à la baisse, en période d'amélioration du marché du travail et des salaires, le montant sera résilient à la hausse.

[684] L'impact financier de cette nouvelle assiette pour les employeurs qui pratiquent le maintien de salaires ou versent des IJ complémentaires pourrait être étudié. Rien ne permet d'affirmer que ledit impact serait négatif.

Recommandation n°37 : Simuler les conséquences pour les assurés et les entreprises de la prise en compte salaire annuel net imposable comme assiette de calcul des IJ

[685] En outre, à titre complémentaire, comme le propose la Cour des comptes, afin d'accélérer encore les délais de liquidation, dans le cas d'arrêts de travail itératifs sur une période d'une année pour un même assuré, les CPAM devraient être autorisées à procéder à la liquidation de l'IJ, sur la base du montant de l'IJ versée lors du premier arrêt de travail.

[90] Cf. l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale.

Recommandation n°38 : Arrêter le montant des IJ à l'identique du montant arrêté lors du premier arrêt de travail en cas d'arrêts de travail itératifs d'un assuré au cours d'une même année

5.5 Améliorer les outils d'aide à la liquidation des IJ

[686] Les outils informatiques de la Cnamts présentent la même lacune : ils n'aident pas à l'étude des droits complexes et leur calcul. Pour pallier cela, des CPAM ont développé des fichiers Excel d'aide, qui présentent les risques consubstantiels à leur modalité de développement : ils sont porteurs de risques. Par conséquent, un travail de la caisse nationale doit être mené pour développer des outils d'aide sécurisés (en recensant et en améliorant les meilleurs outils développés localement).

Recommandation n°39 : Recenser, sélectionner et paramétrer au niveau national les outils d'aide à la liquidation des dossiers complexes développés par les CPAM

5.6 Densifier les relations entre l'Assurance maladie et les partenaires

[687] Parmi les dossiers d'IJ donnant lieu à des paiements particulièrement longs et / ou à des demandes de pièce justificatives à l'assuré, un nombre significatif fait intervenir des partenaires de l'Assurance maladie, tels que les Caisses d'allocations familiales ou Pôle Emploi.

[688] Pour améliorer la gestion de ces dossiers (en termes de délai ou d'allégement de la procédure), la Cnamts, dans ses orientations pour la COG 2014-2017, propose de participer à la refonte de la chaîne d'échange avec Pôle Emploi afin d'optimiser la gestion des droits des chômeurs indemnisés et non indemnisés.

[689] Actuellement, à réception de l'avis d'arrêt de travail et des attestations de salaire, si une CPAM constate que l'assuré a récemment été inscrit à Pôle Emploi, elle doit obtenir des attestations de Pôle emploi lui indiquant les périodes de chômage et le type d'allocations versées.

[690] En pratique, c'est à l'assuré de produire ces attestations quand le dossier est incomplet. Or cette catégorie d'assurés est souvent en situation de précarité et certains d'entre eux ne sont pas en mesure de fournir les pièces demandées. Pour autant, les caisses ne peuvent pas obtenir les pièces demandées directement de Pôle Emploi, la réglementation l'interdisant.

[691] Le projet précité de la Cnamts est donc pertinent, selon l'avis de la mission, il doit même constituer une priorité au regard des publics concernés.

[692] De même, dans le cadre du déploiement du Répertoire National Commun de la Protection Sociale l'Assurance maladie annonce sa volonté d'envisager les possibilités de simplifier les demandes de pièces justificatives voire, pour certaines, de les supprimer lorsque l'information est connue par ailleurs.

[693] Sur ce point, la mission, à l'instar de la MNC, considère que les assurés rémunérés par chèques emploi-service universel (CESU) doivent faire l'objet d'une attention spécifique de la part de la Cnamts.

[694] En effet, ces assurés ont généralement plusieurs employeurs et doivent donc fournir autant d'attestations de salaires. Cette situation engendre du temps perdu dans le versement de l'IJ, à des assurés en situation financière souvent difficile. En effet, les assurés n'indiquent pas toujours dès le départ tous leurs employeurs ou ne fournissent pas toutes les attestations de salaires. Ces dernières sont d'autant plus difficiles à obtenir que leurs employeurs sont des particuliers, eux-mêmes peu à l'aise avec la procédure. Les caisses doivent alors demander aux assurés les bulletins de salaires et éventuellement une attestation sur l'honneur pour avoir le dernier jour travaillé (et l(les)'employeur(s) concerné(s)).

[695] Ce circuit complexe pourrait disparaître puisque les CESU sont gérés par le Centre National du CESU (CNCESU) qui fournit en ligne l'ensemble des éléments déclaratifs aux employeurs de personnes rémunérées par CESU. Le CNCESU doit par conséquent être en mesure de fournir les données de salaires et les nombres d'heures aux CPAM aux lieux et places des assurés.

Recommandation n°40 : Favoriser l'échange ou l'accès aux données entre les CPAM et le CNCESU

ANNEXE 5 : LES ASSURES SOCIAUX ET L'OFFRE MULTICANAL DE L'ASSURANCE MALADIE

Sommaire

ANNEXE 5 : LES ASSURES SOCIAUX ET L'OFFRE MULTICANAL DE L'ASSURANCE MALADIE 169

1 UNE VARIETE DE CANAUX DE CONTACTS POSSIBLES FACILITANT LES ECHANGES ENTRE LES ASSURES SOCIAUX ET L'ASSURANCE MALADIE 174

1.1 Une croissance spectaculaire du nombre total de contacts sur la période 2009-2013 174

1.2 Des modalités de contact variées et en constante évolution 175

1.2.1 Accueil physique : la stratégie d'offre d'accueil physique est laissée à l'appréciation de chaque caisse 176

1.2.2 Echanges de courriers : un canal de contacts principalement sortants 180

1.2.3 Accueil téléphonique : une optimisation par la création de plateformes mutualisées pour le traitement des appels simples 181

1.2.4 Les nouvelles technologies : la diversification des services en ligne de l'assurance maladie 184

1.2.5 Echange de courriels : une optimisation par la création de plateformes mutualisées pour le traitement des courriels simples 188

2 L'ORIENTATION DES ASSURES SOCIAUX DANS LES DIFFERENTS CANAUX DE CONTACTS : UNE PROBLEMATIQUE INSUFFISAMMENT CONNUE 189

2.1 La diversification des canaux de contacts a induit non seulement des reports entre canaux mais aussi une croissance nette du nombre de contacts 189

2.1.1 Le recours à ameli.fr a permis des reports de contacts entre canaux 189

2.1.2 La croissance globale du nombre de contacts a des causes multiples 191

2.2 Le choix du canal de contact par les assurés dépend d'une multiplicité de facteurs 196

2.2.1 L'objet de la demande joue un rôle central dans le choix du canal 197

2.2.2 Les possibilités offertes par chaque canal de contact sont diversement appréhendées par les populations selon leur profil socio-démographique et les caractéristiques de leur territoire d'appartenance 200

2.2.3 Le parcours de contacts de l'assuré est fonction de ses expériences antérieures : l'illustration des situations de déménagement 226

2.2.4 In fine, les quatre dimensions de l'orientation dans le multicanal 228

3 DES PROBLEMATIQUES INFORMATIQUES APPAREMMENT SECONDAIRES POUR L'ASSURE ONT UN IMPACT DIRECT SUR LA QUALITE DE SERVICE EN FRONT OFFICE 229

3.1 Les contacts des assurés sont imparfaitement retracés dans l'outil de gestion de la relation client mais le projet Medialog+ devrait permettre un meilleur suivi multicanal 229

3.1.1 L'outil de GRC Medialog ne retrace de façon automatique que les contacts par téléphone et à l'accueil physique ce qui limite le traitement des situations de réitération de contacts 229

3.1.2 Le projet Medialog+ vise à mieux retracer les différents contacts des assurés 230

3.2 Les conseillers de front office ont un avis ambivalent sur l'apport des outils informatiques à la qualité de service car ils identifient de fortes marges de progrès 231

3.2.1 Les conseillers apprécient la variété des outils mis à leur disposition mais regrettent les multiples difficultés qu'ils rencontrent pour les utiliser et répondre aux questions des assurés231

3.2.2 Le projet de création d'une fiche clients devrait faciliter le travail des conseillers et accroître la qualité du service rendu 232

3.3 La gestion électronique des documents permet d'accroître la rapidité de la réponse et la sécurisation de la situation de l'assuré 232

3.4 Les rigidités de l'organisation informatique de la base de données des bénéficiaires compliquent la prise en charge des assurés 233

4 PERSPECTIVES : RENFORCER LA CONFIANCE ET LA SATISFACTION DES ASSURES PAR UNE STRATEGIE MULTICANAL FONDEE SUR LES PRINCIPES A LA FOIS D'UTILITE ET D'EFFICIENCE DES CONTACTS 233

4.1 Les perspectives retenues par l'assurance maladie mettent l'accent davantage sur l'efficience de sa politique de contacts que sur l'utilité des contacts 234

4.1.1 Tous les services sur tous les canaux : l'incitation plutôt que la contrainte 234

4.1.2 L'accent mis sur une logique d'efficience 235

4.1.3 La professionnalisation des actions d'orientation des assurés nécessite une réflexion quant à l'instauration d'une structure intermédiaire entre le back et le front office : le middle office 237

4.2 Les points de vigilance identifiés par la mission 238

4.2.1 La problématique de la réitération est à ce jour trop peu prise en compte 239

4.2.2 Les évolutions induites par la stratégie multicanal impliquent des évolutions RH à ne pas sous estimer 240

4.2.3 Le développement de la politique d'accueil sur rendez vous ne sera un succès qu'à plusieurs conditions 241

4.2.4 L'incitation à recourir aux canaux de contacts dématérialisés doit s'accroître en visant en priorité une plus large diffusion et une intensification de l'utilisation par adhérent 244

4.2.5 Les efforts de mutualisation des moyens ne doivent pas se faire en cloisonnant chaque canal de contact 248

4.2.6 La déclinaison territoriale des objectifs nationaux dans les CPG ne suffit pas pour appréhender correctement la problématique du multicanal au niveau local 248

[696] La présente annexe vise à analyser comment les assurés sociaux s'orientent dans l'offre multicanal de l'assurance maladie. En effet, dès lors qu'ils recherchent une information, qu'ils ont une demande à adresser à leur caisse ou qu'ils doivent lui fournir un document, les assurés sociaux ont plusieurs canaux possibles de contacts, l'offre s'étant fortement diversifiée ces dix dernières années. En plus des canaux de contacts historiques que sont l'accueil physique, le courrier et le téléphone s'est ajoutée une multiplicité de canaux dématérialisés via le site Internet de l'assurance maladie, les courriels et le compte assuré Améli accessibles par ordinateur et téléphone portable - Smartphone, les bornes ou encore les visio-guichets.

[697] Or la démultiplication de ces canaux de contacts a conduit principalement à une augmentation globale du volume de contacts plus qu'à un redéploiement massif des canaux historiques vers les nouveaux canaux dématérialisés.

[698] Dans un contexte de nécessaire optimisation de la dépense publique, une meilleure compréhension des causes de la croissance des contacts et des modalités d'orientation des assurés sociaux dans les différents canaux de contacts possibles devient donc essentielle à l'élaboration d'une stratégie multicanal pertinente et efficiente à moyen terme.

[699] La présente annexe détaillera dans une première partie les modalités d'organisation des divers canaux de contacts existants avant d'identifier dans une seconde partie la manière qu'ont les assurés de s'y orienter. Une troisième partie montrera en quoi des problématiques informatiques internes à l'assurance maladie et a priori secondaires pour l'assuré ont en fait un impact direct sur la qualité de service qui lui est rendu en front office. Une dernière partie spécifiera les grandes orientations aujourd'hui poursuivies par l'assurance maladie dans sa stratégie multicanal et identifiera un certain nombre d'écueils à éviter ou de pistes à suivre.

[700] L'objectif de cette annexe est de traiter ce qu'il est convenu d'appeler les contacts de front office, c'est-à-dire les contacts directs entre l'assurance maladie et ses assurés, et en priorité les contacts entrants[91]. Cependant, il faut toujours garder à l'esprit qu'une part importante de ces contacts tient à des problématiques de back office, c'est-à-dire à la qualité du travail des services de production qui traitent et liquident les dossiers. La distinction forte qui existe à l'assurance maladie entre front office et back office doit cependant être nuancée par certaines évolutions récentes comme le développement de l'accueil sur rendez-vous, où des dossiers de CMUc sont instruits en direct devant l'assuré pendant l'entretien ou la création dans certaines caisses de cellule de marketing tendant à mettre en lien back et front office. Des éléments de back office seront donc abordés lorsque cela se justifie au regard de leur impact sur le front office, comme par exemple lorsque le retard dans le paiement d'une prestation génère des contacts entrants de la part des assurés sociaux souhaitant savoir à quelle date ils seront payés.

Préambule méthodologique

Cette annexe a été élaborée à partir de différents matériaux :

- Les données d'entretien avec les acteurs de l'assurance maladie au siège et dans quatre caisses primaires (cf. Artois, Gard, Val de Marne, Sarthe),
- La documentation collectée par la mission provenant de divers rapports publics, de l'assurance maladie, ainsi que d'instances de contrôle comme la MNC,
- Des observations sur site d'entretiens entre des assurés sociaux et l'assurance maladie (cf. plateformes téléphoniques ou de traitement de courriels et accueil physique),
- Des travaux qualitatifs réalisés en lien avec le SGMAP sur les contacts des assurés sociaux avec l'assurance maladie lorsqu'ils emménagent dans un nouveau département (cf. annexe relative à l'évaluation des situations de déménagement par le recours aux méthodes qualitatives).

[91] Une analyse plus approfondie de la stratégie de contacts sortants figure dans l'annexe relative à l'Ecoute clients des assurés sociaux par l'assurance maladie.

1 UNE VARIETE DE CANAUX DE CONTACTS POSSIBLES FACILITANT LES ECHANGES ENTRE LES ASSURES SOCIAUX ET L'ASSURANCE MALADIE

1.1 Une croissance spectaculaire du nombre total de contacts sur la période 2009-2013

[701] La croissance du nombre des contacts[92] a été très intense entre 2009, année de référence avant le début de la précédente COG, et 2013, dernière année de la COG. Cette croissance a été particulièrement forte les deux premières années avec des taux d'augmentation annuelle oscillant entre 16 et 18 % et ralentit en fin de période conventionnelle avec des taux tout de même élevés entre 10 et 11 % (cf. tableau 1). Au final, entre 2009 et 2013, le nombre de contacts entrants s'est accru de 66,8 %. Cette augmentation considérable est due presque exclusivement au développement du compte assuré Améli. En effet, la croissance annuelle de ce mode de contacts a oscillé selon les années à elle seule entre 20 % et 68 %, le pic de croissance étant entre 2010 et 2011.

Tableau 55 : Le taux de croissance du nombre total de contacts entrants de la part des assurés sociaux tous canaux confondus de l'assurance maladie

	2009	2010	2011	2012	2013
Total contacts entrants	138 314 294	160 805 476	188 782 029	208 270 569	230 771 710
Dont Internet	34 285 627	45 992 087	77 039 087	100 252 653	120 001 289
Variation annuelle entre n-1 et n		16,3%	17,4%	10,3%	10,8%
Variation annuelle pour Internet		34,1%	67,5%	30,1%	19,7%

Source : CNAMTS, retraitement Igas ; les données 2013 sont estimées à partir de la somme des contacts effectués entre janvier et août et d'une projection de tendance sur la fin de l'année.

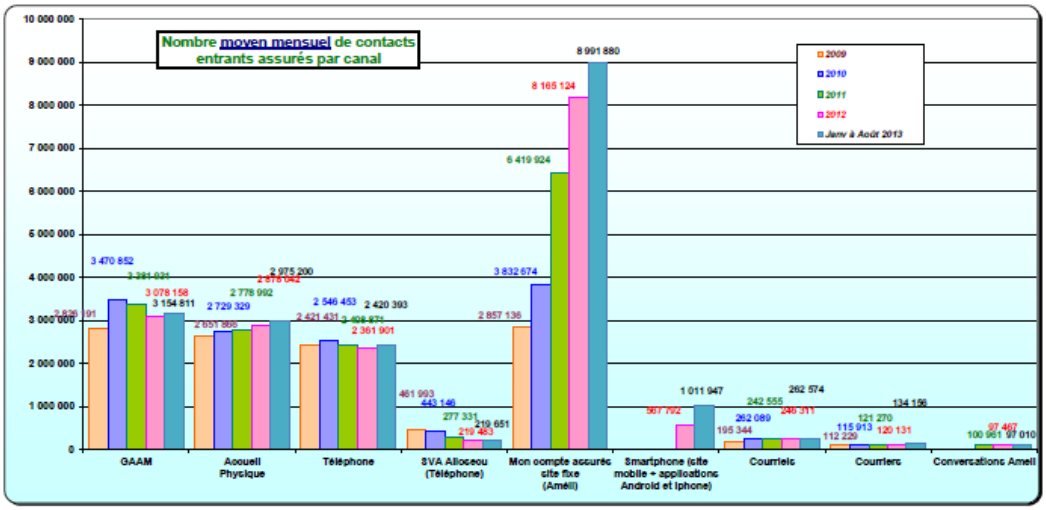
Note : Internet recouvre le compte Ameli, l'application Smartphone et le site Mobile mais pas le courriel.

[702] Il n'est dès lors pas surprenant qu'actuellement, près de la moitié des contacts entrants transitent par Internet (47 % en moyenne sur la période janvier à août 2013) alors que ce canal ne représentait qu'un quart de l'ensemble des contacts en 2009. Viennent ensuite trois blocs de contacts de poids équivalents (entre 16 et 18 %) que sont les bornes, l'accueil physique et le téléphone, dont les parts relatives ont diminué du fait du développement du compte assuré mais dont les volumes en valeurs absolues sont relativement stables voire parfois même en augmentation, comme par exemple pour l'accueil physique. Les autres modes de contacts sont résiduels.

[703] Le développement des outils dématérialisés, Internet ou mobile, a connu un succès spectaculaire sur la période, comme l'illustre le graphique 1 ci-dessous, mais ne s'est en rien traduit par une diminution sur les autres modes de contacts.

[92] Est considéré comme « contact » le fait qu'il y ait à un moment donné une circulation d'information entre l'assuré et l'assurance maladie à partir d'un procédé prévu à cet effet par l'assurance maladie, et ce que ce contact nécessite la mobilisation d'un conseiller (cf. accueil physique, téléphone, courriel, courrier…) ou non (Internet, Smartphone, bornes).

Graphique 6 : Nombre moyen mensuel de contacts entrants provenant des assurés sociaux par canal entre 2009 et août 2013



Sources :
GAAM : supgaa (supervision GAAM) - (nombre total transactions)
Accueil Physique : Medialog (nombre de sollicitations)
Téléphone : Medialog (nombre de sollicitations)
Mon compte assurés (Améli) : CEN (nombre total de connexions)
Alloséou : Jet Multimedia (téléphone uniquement)
Courriels : 2009 et 2010 = Medialog (courriels uniquement) + Éptica (nombre de courriels reçus), à compter de 2011 = Éptica (nombre de courriels reçus)
Courriers : Medialog (nombre de sollicitations)
Conversations Ameli : Virtuoz (nombre de conversations)

Source : *CNAMTS.*

[704] Il est à noter que cette hausse générale du nombre de contacts s'est faite à moyen globalement constant[93] en front office. Cela n'est pas tellement surprenant dans la mesure où le mode de contact ayant le plus progressé, le site Internet, est celui qui est le moins coûteux en ETP. En effet, tous les développements informatiques ainsi que l'administration des systèmes sont portés par quelques dizaines de personnes au siège de l'assurance maladie.

1.2 Des modalités de contact variées et en constante évolution

[705] Cette partie décrit les principales caractéristiques et modes d'organisation des différents canaux de contacts en commençant par les canaux dits historiques (accueil physique, accueil téléphonique et courriers) pour terminer par les canaux de création plus récente (Internet, Smartphone et courriel). Il est à noter que les bornes et les visio-guichets seront rangés dans la catégorie des contacts physiques dans la mesure où ils nécessitent de la part de l'assuré social qu'il se déplace sur un lieu dédié, choisi par l'assurance maladie et identifié comme tel. Le contact courriel qui, pour l'assurance maladie, se rapproche par bien des côtés du contact courrier dans la mesure où il nécessite de mobiliser des compétences en relation écrite, sera cependant présenté après l'offre de services en ligne étant donné l'obligation imposée aux assurés de posséder un compte assuré Ameli en ligne pour pouvoir envoyer un courriel à l'assurance maladie.

[93] A noter tout de même, une légère baisse des effectifs dédiés au téléphone, en partie compenser par une légère hausse des ETP consacrés à l'accueil physique.

[706] Trois modes de contact sont organisés selon la distinction « niveau 1 » versus « niveau 2 » : l'accueil physique, le téléphone et le courriel. Le niveau 1 est le niveau où sont traitées les demandes simples, qui représentent la majeure partie des motifs de contacts, comme par exemple une information générale ou le dépôt de pièces. Sont basculées en niveau 2 les demandes plus complexes nécessitant une plus forte personnalisation de la réponse à apporter à l'assuré social, comme par exemple le remplissage d'un formulaire de CMUc ou une demande d'indemnités journalières complexe. Dans les faits, entre 80 et 90% des contacts restent au niveau 1, ces chiffres pouvant varier selon le canal de contacts, la caisse, la longueur de la file d'attente et le niveau de compétence du (télé)-conseiller qui traite la demande. Sauf exception, toute demande traitée en niveau 2 a été au préalable vue en niveau 1.

[707] Cette structuration en deux niveaux a pour une large part été mise en place pour répondre aux objectifs de performance fixés dans les COG successives relatifs au délai d'attente à l'accueil, au taux de décroché ou à la rapidité de la réponse aux courriels ce qui a en grande partie permis d'atteindre les cibles fixées (cf. annexe relative à l'évaluation des indicateurs COG de l'axe Service).

1.2.1 Accueil physique : la stratégie d'offre d'accueil physique est laissée à l'appréciation de chaque caisse

1.2.1.1 Des modalités d'accueil variées encore largement tributaires de l'implantation historique de l'assurance maladie sur le territoire

[708] Ce mode traditionnel de contacts avec l'assurance maladie perdure du fait de la forte implantation territoriale de son réseau. En 2012, l'assurance maladie comptait 2 300 points d'accueil, ce qui lui a permis de recevoir près de 35 millions de visites dans l'année. L'objectif de l'assurance maladie est de parvenir à ce que les entretiens de niveau 1, au guichet, durent moins de trois minutes tandis que les entretiens de niveau 2 qui se font assis en box ne dépassent pas en moyenne les 15 minutes. Ces durées correspondent environ aux observations faites sur le terrain par la mission[94]. Près des quatre cinquièmes des visites sont traitées en niveau 1. Le délai d'attente des assurés sociaux fait l'objet d'un indicateur d'objectif de la COG dont la forte hétérogénéité de décompte d'un territoire à l'autre entrave l'interprétation (cf. annexe relative à l'évaluation des indicateurs COG de l'axe Service). Il faut néanmoins garder à l'esprit que ce délai fait l'objet d'une satisfaction très faible des assurés sociaux lorsqu'ils sont interrogés par enquête : ainsi, en 2012, ils n'étaient que 63,1 % à se déclarer « assez satisfaits » ou « très satisfaits » de leur temps d'attente global lors de leur dernière visite. Ce faible contentement est cependant en partie compensé par la satisfaction plus globale des personnes quant aux réponses qu'elles obtiennent en accueil, dans la mesure où ce canal de contact permet une forte personnalisation du traitement des situations et donc une forte réassurance des assurés.

[709] A l'exception des accueils sur rendez-vous, l'accueil physique offre la possibilité d'entrer en contact avec l'assurance maladie pour tout motif : dépôt d'une pièce, information générale, retrait d'un formulaire ou d'une attestation, élaboration d'un dossier, etc. Ce principe général d'ouverture sur tous les services vaut pour l'accueil physique et tous les autres canaux de contacts, à l'exception du site Internet dont les fonctionnalités à disposition dépendent des modules techniques développés par l'assurance maladie.

[94] La mission a observé que, dans certains cas (ex. période de grande affluence en niveau 1 ou absence de personnes en attente en niveau 2), il arrive que les conseillers envoient en niveau 2 des situations qui auraient pour certaines été traitées en niveau 1 si l'affluence avait été moindre. Cela tend à montrer que la répartition entre niveau 1 et niveau 2 dépend pour partie de la longueur de la file d'attente en niveau 1 et en niveau 2.

[710] Les 2 300 points d'accueil de l'assurance maladie sont de nature très variée : accueils permanents ouverts tous les jours, permanences accessibles uniquement certains jours par semaine ou bien sur rendez-vous, accueils sur des sites mutualisés avec d'autres administrations (ex. maisons des services publics (MSP), réseau de service public (RSP)[95], dispositif « Plus de services au public »[96]).

[711] La récente mission Igas-MNC relative à la politique d'implantation territoriale des organismes de sécurité sociale a montré le manque de connaissance des besoins des assurés par les caisses pour définir leur stratégie d'implantation. Les critères pris en compte sont dès lors largement extérieurs à la question centrale de la relation client, même s'ils y sont liés, comme par exemple l'enjeu financier lié à la réduction du parc immobilier ou les pressions politiques des élus locaux. Les caisses primaires d'assurance maladie expriment une véritable volonté d'optimiser leur implantation pour à la fois mieux répondre aux demandes du public mais aussi limiter les coûts que cela engendre.

[712] Cependant, les caisses sont largement livrées à elles-mêmes pour faire cette analyse alors même qu'elle nécessite expertise et outils. La caisse de Haute-Savoie a ainsi mené une étude à l'accueil avant de décider la fermeture en 2012 du site d'Annecy-le-Vieux pour réorienter les personnes vers le siège. Des travaux approfondis ont été menés par ailleurs par la caisse de l'Artois au moment de la fusion des deux caisses dont elle est le produit. Dans tous les cas, les acteurs locaux réalisent du mieux qu'ils peuvent mais de manière encore très artisanale le diagnostic des besoins et l'analyse des conséquences d'une relocalisation. Comme le relève la mission Igas-MNC, les techniques de géomarketing permettant une analyse de la clientèle et de la sphère d'influence d'un point d'accueil sont peu utilisées à ce jour par l'assurance maladie.

[713] Ce manque d'outillage des caisses, dans un contexte où la stratégie d'implantation sur le territoire est largement laissée à leur appréciation, conduit à donner un poids important à leur implantation historique. Dans un contexte d'optimisation de la dépense publique et de développement d'une logique multicanal, une plus grande professionnalisation de l'action ne pourra pas être atteinte sans un investissement accru de la CNAMTS pour soutenir son réseau dans le développement de ce type de méthode.

1.2.1.2 Le développement de l'accueil sur rendez-vous : vers une spécialisation d'un mode de contacts

[714] Traditionnellement, les accueils physiques de l'assurance maladie sont des accueils où tout assuré peut venir à tout moment poser toute question dès lors qu'il se présente pendant les horaires d'ouverture. Le déploiement progressif de l'accueil sur rendez-vous répond à une tout autre logique : l'heure et l'objet de la rencontre sont fixés préalablement à l'entretien et le rendez-vous peut dans certains cas intervenir en dehors des locaux de l'assurance maladie (ex. domicile, permanence). Les rendez-vous sont en moyenne plus longs que des entretiens de niveau 2 dans la mesure où, d'après les observations de la mission, ils durent généralement 20 à 30 minutes et peuvent parfois atteindre une heure. Les intérêts d'une telle organisation sont a priori multiples :

- Meilleure qualité de service pour l'assuré : en effet, le dossier peut être étudié préalablement à l'entretien (à la CPAM du Gard, un temps moyen de 5 minutes par dossier est octroyé aux agents pour préparer les entretiens), le temps de rencontre est plus long ce qui permet d'aller plus loin dans le traitement du dossier (ex. les rendez-vous

[95] D'après les données de la CNAMTS fournies à la mission, la Datar évaluerait à 300 le nombre de RSP et à 55 % les RSP où l'assurance maladie est présente.

[96] L'assurance maladie s'est engagée dans ce dispositif national depuis 2010. D'après les données de la CNAMTS fournies à la mission, entre juillet 2011 et décembre 2012, 22 contrats départementaux ont été signés sous l'égide des préfets de département engageant 23 CPAM à renforcer leur présence dans les espaces d'accueils mutualisés, à installer des visio-guichets et à former les personnels intervenant dans ces structures.

ayant pour objet l'obtention de la CMUc ne visent pas seulement à finaliser la demande mais aussi à instruire le dossier, tâches sinon effectuées par les services de production en back office).

- Meilleure maîtrise des flux de contacts par l'assurance maladie : en effet, les plages horaires prévues pour les rendez-vous sont connues à l'avance ce qui permet une meilleure planification de l'activité pour les équipes d'accueil.

[715] D'une manière générale, ce mode de contact spécialisé, au sens où il est dans la grande majorité des cas réservé au traitement de thématiques particulières, vise à mieux accompagner des publics en difficulté ou à aider les assurés à traiter des situations particulièrement complexes qui, sans ce mode d'accueil, généreraient un nombre important de contacts inutiles aussi bien pour l'assurance maladie que pour l'assuré.

[716] Le développement des accueils sur rendez-vous s'est appuyé sur le déploiement dans les caisses des parcours attentionnés, et en particulier du parcours CMUc/ACS. En 2012, 288 758 rendez-vous ayant pour objet la CMUc ou l'ACS ont été réalisés. 75 % des organismes pratiqueraient d'ores et déjà des accueils sur rendez-vous.

[717] Certaines caisses, comme la CPAM de la Sarthe, ont élargi ce mode d'accueil à d'autres types de rendez-vous comme par exemple les rendez-vous pour les demandes de pension d'invalidité dont le formulaire est particulièrement complexe à remplir[97].

1.2.1.3 Le développement de bornes automatiques butte sur un manque de moyens et sur une stratégie de déploiement insuffisamment claire

[718] Les guichets automatiques de l'assurance maladie (GAAM) sont d'apparition relativement récente puisque les premières bornes intérieures ont été mises en place à partir des années 2000, les premières bornes en façade ayant fait, quant à elles, leur apparition en 2007. En 2012, l'assurance maladie dispose de 1 308 guichets automatiques dont 121 en façade ce qui permet environ 35 millions de contacts par an. Les bornes ne permettent pas de réaliser des demandes complexes mais seulement des manipulations simples comme par exemple la mise à jour de la carte vitale, l'impression d'un formulaire de changement de médecin traitant ou l'édition d'une attestation de droits.

[719] Outre le fait que la mise en place des bornes décharge le personnel de front office des demandes à faible valeur ajoutée et donc peu gratifiantes pour les agents, ce canal de contacts permet à l'assurance maladie d'optimiser la gestion de ses moyens. En effet, d'après la CNAMTS, la suppression de l'ensemble du parc de bornes actuel conduirait à un surcroît de 1 325 ETP[98].

[720] Au-delà de ces éléments positifs, deux questions se posent quant à l'avenir de ce mode de contact :

- ***La position de l'assurance maladie quant à l'ampleur à donner à ce mode de contacts n'est pas exempte d'ambiguïtés***[99] : la question des moyens à déployer sur ce canal de contacts n'est pas aujourd'hui clarifiée. Lors des négociations entre l'assurance

[97] La mission a ainsi pu constater que même un conseiller chevronné pouvait rencontrer des difficultés à remplir ce formulaire long, répétitif et pas toujours d'une grande clarté pour un assuré.

[98] Données d'entretien fournies par la Cnamts non expertisées par la mission. De façon schématique, cette estimation revient à dire qu'en moyenne une borne équivaut à un ETP, ce qui montre la rentabilité économique de cet investissement.

[99] N'est pas ici traité la question des règles relatives au code confidentiel liées à l'installation des nouvelles bornes. En effet, au-delà du fait que ce code peut être le même que celui utilisé par les personnes sur leur compte assuré Ameli ce qui facilite les choses pour les assurés, les premiers déploiements de nouvelles bornes fin 2013 en région parisienne ont conduit, d'après la Cnamts, à nuancer les craintes initiales exprimées par le réseau sur la complexité du nouveau système de code.

maladie et l'Etat pour le renouvellement du parc devenant obsolète, l'assurance maladie considérait initialement qu'il fallait augmenter le nombre de bornes à 2 500 sur le territoire. Or, du fait du coût unitaire important des bornes (cf. près de 12 000 euros pour une borne totem et près de 17 000 euros pour une borne en façade), le renouvellement du parc se limitera à 1 100 bornes soit une réduction de 16 % par rapport au parc actuel. A ce jour, l'assurance maladie se refuse à financer en propre les 1 400 bornes restantes, signe sans doute que le retour sur investissement qu'elle en attend n'est pas très important du fait en particulier du développement massif en parallèle des services en ligne. Ces nouvelles bornes ne fonctionnent plus selon une logique client-serveur mais selon une logique web, ce qui permet de rapprocher l'offre de services sur les bornes de l'offre en ligne. Leur installation a débuté fin 2013 et se poursuivra en 2014. Quoiqu'il en soit, il apparaît que le déploiement des bornes répond largement plus aujourd'hui à une logique financière à court terme (cf. quel est le coût immédiat de financement d'une borne ?) plutôt qu'à une vision plus générale sur ce qu'une borne permet d'économiser par ailleurs sur d'autres dépenses, notamment de personnel, et sur la manière d'inscrire ce mode de contacts dans la stratégie multicanal de l'assurance maladie.

- L'absence de mutualisation des bornes entre partenaires publics est source d'inefficiences et d'une moindre qualité de service pour les assurés : fin 2008-début 2009 avait été initié un groupe de travail interbranche pour aller vers le déploiement de bornes multipartenaires. Les premières réunions techniques ont montré que d'un point de vue opérationnel, ce déploiement ne posait pas de difficultés, la CNAF, que la mission a rencontrée, s'étant même déclarée favorable à ce que la carte vitale de l'assurance maladie remplace la carte d'adhérent de la branche famille pour l'identification des assurés. En effet, il était prévu que le NIR devienne l'élément commun d'identification à toutes les branches ce qui aurait représenté une simplification notable pour les assurés. Ce projet porté par la direction de la sécurité sociale réunissant CNAMTS, CNAF, CNAVTS, MSA et RSI avait conduit à la rédaction et à la validation d'un référentiel fonctionnel et technique, base sur laquelle rédiger ensuite les futurs appels d'offres de bornes de chaque acteur. Malgré cet avancement, le projet n'a finalement pas abouti, chaque opérateur décidant de conserver de façon autonome ses bornes et de les installer sur le territoire suivant sa stratégie propre. D'après la Cnamts et la Cnaf, une partie de l'explication tient à la réduction des moyens financiers mis à disposition pour l'achat de bornes qui a incité chaque acteur à vouloir concentrer ses moyens sur les sites sur lesquels son retour sur investissement était a priori le plus élevé. La mission déplore le manque de pilotage de la DSS sur ce dossier qui a in fine conduit à un échec du projet, ce qui a des conséquences en termes d'efficience réduite et de qualité de service moindre.

[721] Le nombre réduit de bornes conduit dès lors à s'interroger sur la stratégie d'implantation physique des bornes. L'assurance maladie a un temps envisagé de déployer 400 bornes en milieu hospitalier avant d'y renoncer. Un tel choix reste d'actualité de façon marginale dans quelques endroits comme par exemple dans la Sarthe. Cependant, la quasi totalité des nouvelles bornes sera installée sur les accueils permanents de l'assurance maladie (86 % à l'intérieur des accueils et 14 % en façade). La mission a observé lors de ses déplacements de nombreux questionnements de la part des acteurs de terrain quant à la bonne stratégie à avoir. En effet, des questions importantes se posent : faut-il privilégier les lieux de passage comme les zones commerciales ou les hôpitaux ou préférer une implantation dans les caisses comme cela se fait aujourd'hui ? Quelle stratégie d'implantation adopter vis-à-vis des RSP ? Où est-il le plus pertinent de mettre le curseur entre bornes en intérieur et bornes en façade ? A ce jour, aucune stratégie claire de l'assurance maladie ne ressort, les nouvelles bornes étant attribuées en fonction des demandes exprimées par les caisses et des moyens réduits mis sur ce canal de contacts et dans une logique de remplacement de l'existant.

Recommandation n°41 : Clarifier la stratégie d'implantation géographique des bornes multiservices et plus généralement la place à moyen et long terme de ce canal de contact dans la stratégie multicanal de l'assurance maladie en s'orientant résolument vers l'installation de bornes partagées entre les différents acteurs de la sécurité sociale.

1.2.1.4 Les visio-guichets : un canal innovant mais qui reste extrêmement marginal

[722] Le visio-guichet est un accueil à distance qui transite via la technologie web. En 2013, 66 visio-guichets sont déployés dans 22 départements et ont permis la tenue de 3 000 contacts entre le 1er janvier et le 30 septembre. Si ce mode de contacts est innovant, il reste donc extrêmement marginal (cf. en moyenne à peine 5 contacts par mois par visio-guichet sur les 9 premiers mois de l'année 2013). Le déploiement de cette technologie ne paraît pas aujourd'hui poser de difficultés techniques particulières. Cependant, sa rentabilité réelle, du fait de son utilisation faible, conduit à s'interroger sur la réponse effective à un besoin que ce canal apporte. Cela conduit à privilégier pour le moment son utilisation dans des situations particulières de lieux d'accueil mutualisés entre partenaires, comme par exemple les RSP.

1.2.2 Echanges de courriers : un canal de contacts principalement sortants

[723] Ce canal de contacts reste un canal important de contacts, en particulier sortants, les contacts entrants ne représentant que 1% de l'ensemble des courriers. Ainsi, en 2012, l'assurance maladie a envoyé 155 millions de courriers, dont 100 millions de relevés de remboursement. Le développement des services en ligne devrait conduire à terme à une réduction de ces envois papiers, développement qui doit s'accompagner de nouvelles procédures de coordination Noemi entre l'assurance maladie et les mutuelles complémentaires.

[724] Un audit de 2009 réalisé par la CNAMTS sur la relation écrite avec les assurés a conduit à l'organisation sur la période de la précédente COG à la mise en place d'une éditique nationale autour de l'outil ESOPE, déclinée pour les caisses avec l'outil CLOE (Courrier Local Orienté Editique) et à la structuration d'une bibliothèque nationale des courriers (BNC).

[725] Concernant les contacts entrants, ils représentent entre janvier et août 2013 moins de 135 000 courriers reçus en moyenne par mois. Ces courriers sont principalement l'envoi de pièces, des dépôts de dossiers ou des courriers de réclamations.

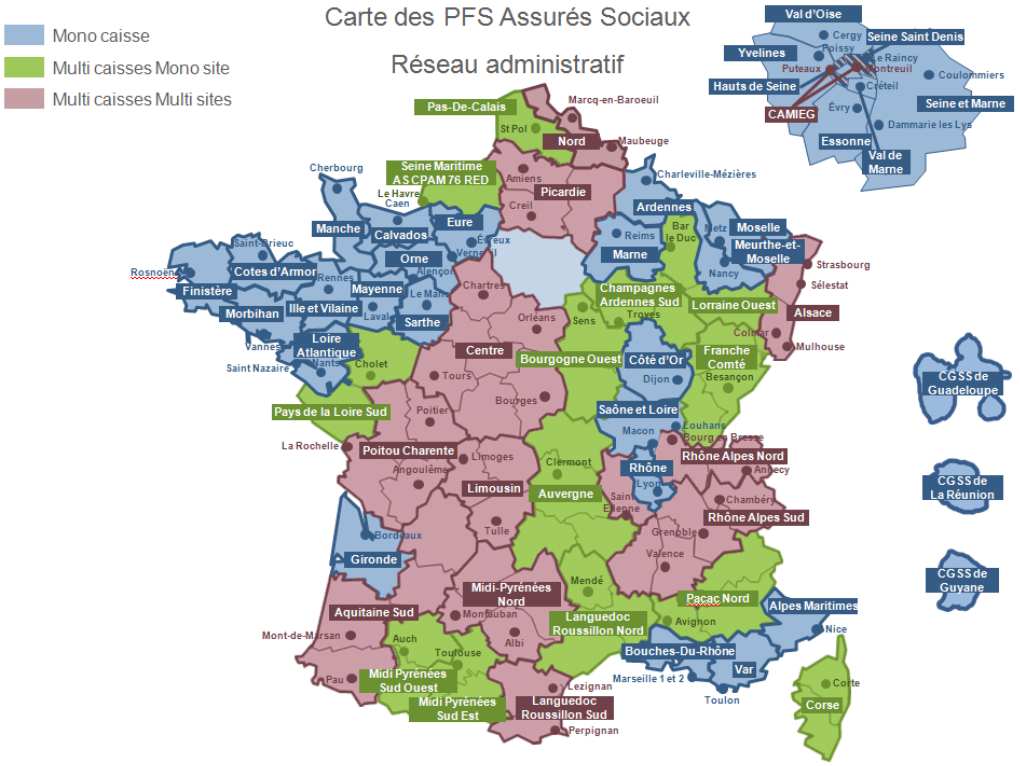
1.2.3 Accueil téléphonique : une optimisation par la création de plateformes mutualisées pour le traitement des appels simples

1.2.3.1 L'accent mis sur le taux de décroché a conduit à la création de plateformes spécifiques de traitement des appels en front office

[726] L'indicateur d'objectif relatif au taux de décroché est un des indicateurs les plus anciens des COG liant la CNAMTS et l'Etat. Ainsi, la COG 2000-2003 spécifiait déjà les cibles de 90 % de décroché en moins de 30 secondes en 2001 et de 95 % à l'horizon 2003. Un tel objectif a poussé à séparer les activités de réponses aux assurés et les activités de production pour distinguer nettement un front office et un back office. En effet, le mélange des deux activités était perçu comme nuisible à la qualité et à la performance de l'activité pour l'une comme pour l'autre : faible productivité dans un cas du fait d'interruptions récurrentes dans le travail par les appels et faible taux de décroché dans l'autre du fait de la volonté de ne pas arrêter le traitement d'un dossier en cours de route. La distinction entre un front office et un back office visait aussi à professionnaliser la fonction relation client au sein de l'assurance maladie, partant du principe qu'une telle fonction nécessite autant voire parfois plus de compétences pédagogiques et d'analyse de la demande que d'expertises techniques à proprement parler.

[727] Cette distinction a conduit à la création de plateformes de service. On en compte aujourd'hui 54 qui couvrent l'ensemble du territoire métropolitain et 4 pour les DOM, une plateforme pouvant couvrir les appels provenant des assurés de différentes caisses. Ces plateformes traitent uniquement les réponses de niveau 1, les appels nécessitant un traitement de niveau 2 sont transférés en back office via un système dit « d'échéance ». Le principe est que le téléconseiller de niveau 1 indique dans l'outil de gestion de la relation client (GRC), Medialog, la transmission en niveau 2 d'une demande. Des personnes référentes préidentifiées dans chaque service de back office (ex. gestion des bénéficiaires, prestations en nature, prestations en espèces) sont chargées de rappeler l'assuré dans les 48 heures suivant sa demande. La CNAMTS a privilégié cette organisation à celle consistant à transférer directement la communication vers un technicien de back office car cette dernière présente plusieurs désavantages : 1) risque que le back office ne décroche pas si personne n'est disponible, 2) manque de temps pour le back office pour étudier préalablement des demandes potentiellement complexes, 3) difficile programmation par le back office du temps nécessaire pour la réponse téléphonique ce qui impacterait négativement la productivité des services de back office. Dans les faits, environ 85% des appels sont traités directement par le niveau 1, le reste étant basculé en niveau 2.

Schéma 1 : Carte des plateformes d'accueil téléphonique des assurés sociaux en 2013



Source : *CNAMTS*

[728] En 2012, un peu plus de 30 millions d'appels téléphoniques[100] ont été recensés, ce qui est légèrement inférieur au pic historique de 33 millions atteint avant le déploiement massif des outils en ligne. Le taux de décroché en 2013 était de 83 %[101], en dessous de la cible fixée dans la COG à 90%. Ce résultat inférieur aux années précédentes s'expliquent par les fortes difficultés rencontrées en début d'année par les plateformes téléphoniques. Cela tient au fait que des changements législatifs et réglementaires ont été annoncés fin 2012 et début 2013 ce qui a généré un grand volume d'appels sachant que le premier trimestre constitue déjà la période où le nombre d'appels est toujours le plus élevé et où les plateformes travaillent largement à flux tendus.

[729] Jusqu'à présent, l'opérateur téléphonique avec lequel l'assurance maladie avait une délégation de service public[102] raccrochait automatiquement si l'assuré n'était pas parvenu à avoir un téléconseiller après 5 minutes d'attente. Un tel dispositif concourrait à générer de la réitération d'appels inaboutis des personnes non servies lors de leur premier appel et donc à faire chuter le taux de décroché. Cette difficulté impactant directement l'indicateur d'objectif de la COG sera contournée à l'avenir dans la mesure où le nouvel opérateur choisi par l'assurance maladie n'a pas recours à ce système d'interruption automatique de la communication. Le taux de décroché sera donc mécaniquement meilleur à l'avenir.

[100] La répartition est la suivante : 28,5 millions de contacts téléphoniques sur les plateformes et 2,6 millions d'appels sur le serveur « allosécu ».
[101] Données provisoires à octobre 2013.
[102] Le périmètre de la DSP se limite aux éléments techniques d'outillage des personnels (outils métiers et de supervision ainsi que les équipements techniques et la maintenance applicative). Les téléconseillers sont quant à eux des personnels de l'assurance maladie qui travaillent dans des locaux gérés par l'assurance maladie.

[730] Il faut néanmoins garder à l'esprit qu'un tel changement va accroître le délai moyen d'attente avant d'avoir un interlocuteur. Or, l'enquête de satisfaction auprès des assurés de 2012 montre que seuls 53,8% des assurés sont très satisfaits ou assez satisfaits de ce temps d'attente, ce qui constitue un niveau particulièrement bas. A titre de comparaison, le taux de satisfaction globale[103] par rapport à l'accueil téléphonique est quant à lui proche des 80 %[104].

[731] Le financement de l'outillage des plateformes est assuré ce que dépensent les assurés à chaque appel entrant, ce qui représente un budget d'environ 50 millions d'euros sur 6 ans.

1.2.3.2 L'approfondissement de la mutualisation : la création d'une plateforme nationale d'entraide ne répond que partiellement aux besoins du réseau

[732] L'objectif affiché par la CNAMTS à la création d'un mécanisme d'entraide national est de pouvoir soutenir temporairement une plateforme de service (PFS) qui n'atteint pas un taux de décroché de 90 %. Une telle démarche vise non seulement à faciliter l'atteinte de la cible de taux de décroché national de 90 % mais aussi à renforcer l'homogénéité du service aussi bien sur l'ensemble du territoire que d'un mois sur l'autre. Actuellement, deux plateformes, la Manche et la Lozère, sont opérationnelles pour ce dispositif de solidarité nationale, avec la mise à disposition du réseau de 30 positions téléphoniques de réception d'appels. Le système devrait connaître un déploiement plus large courant 2014 en fonction des premiers retours d'expérience sur ces deux plateformes. Le déclenchement de l'entraide peut être à l'initiative soit d'une caisse soit de la CNAMTS elle-même et cette activation doit s'accompagner de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un plan d'action local ayant pour objectif l'autonomie de la PFS soutenue car le soutien n'a pas vocation à être pérenne.

[733] Si cet effort d'une plus grande mutualisation de l'activité et des moyens va dans le bon sens dans la mesure où il permet de favoriser des solidarités à l'échelle du réseau et permet de rendre une meilleure qualité de service aux assurés, ce type d'organisation ne répond qu'à une partie des besoins de mutualisation. En effet, un tel dispositif est très bénéfique dès lors que les différentes plateformes rencontrent des difficultés à des moments différents, par exemple du fait d'une réorganisation de la structure ou d'un turnover ponctuel particulièrement fort sur une PFS donnée. Cependant, dans les situations où les PFS rencontrent toutes de façon simultanée un surcroît brutal d'activité, une telle organisation n'a que peu d'utilité. En effet, les diverses positions supplémentaires mises à la disposition du réseau seront dans ce cas rapidement saturées. Or, un grand nombre des pics d'activité répondent précisément à cette logique. C'est par exemple le cas de la période hivernale : les effectifs présents sur les PFS sont réduits à cette saison du fait d'agents en arrêts maladie et les appels téléphoniques connaissent un pic non seulement du fait des maladies saisonnières qui génèrent un surcroît d'activité (ex. suivi de remboursement, demande d'IJ) mais aussi du fait du nombre plus important de droits à renouveler à cette période[105].

[734] La période difficile qu'a traversée l'assurance maladie au premier trimestre 2013 est une excellente illustration de cette situation. L'annonce de plusieurs mesures d'accompagnement dans le cadre du plan précarité fin 2012 a entraîné un surcroît d'appels de potentiels bénéficiaires qui a mis en difficulté l'ensemble du réseau de façon simultanée. Le volume d'appels a atteint sur cette période des pics à 850 000 appels par semaine quand les plateformes sont calibrées pour absorber entre 550 000 et 650 000 appels en moyenne hebdomadaire.

---

[103] La satisfaction dite « globale » est la satisfaction de l'assuré vis-à-vis de sa caisse sans prendre en compte de sous problématique spécifique (ex. un canal donné, un problème donné,…).

[104] Il est à noter que cette enquête est faite à froid en plusieurs vagues annuelles. L'assurance maladie prévoit d'affiner et de consolider les résultats des enquêtes de satisfaction par le déploiement en 2014 d'enquêtes de satisfaction à chaud, c'est-à-dire immédiatement après le recours par un assuré aux services d'une plateforme téléphonique.

[105] Cette cyclicité peut s'expliquer par différents phénomènes, par exemple le fait que la majorité des étudiants arrivant en fin de droit bascule dans le régime général pendant l'hiver du fait de la prorogation de leur couverture jusqu'au 31 décembre de leur dernière année de scolarisation.

[735] Au-delà du traitement des chocs d'activité asymétriques rencontrés par les plateformes, l'organisation actuelle par plateforme de délestage ne répond qu'imparfaitement à la problématique d'un choc symétrique subi par l'ensemble des PFS au même moment. Pour traiter une telle situation et éviter une détérioration massive de la qualité de service comme ce fut le cas au premier trimestre 2013, seule une adjonction de ressources permettrait de limiter pour l'ensemble des PFS la dégradation du service. De ce point de vue, l'expérience menée dans la CPAM de la Sarthe d'une forte mutualisation entre plateforme téléphonique et plateforme de courriels paraît tout à fait pertinente et correspond pour partie à la voie poursuivie par la Cnaf et son réseau. En effet, tandis que, pour l'activité téléphonique, la caisse maîtrise très mal les pics d'activité (cf. les pics d'appels sont principalement entre 9h et 12h puis entre 14h et 16h), il n'en est pas de même pour le traitement des courriels qui peut être fait aux moments de la journée qui correspondent aux heures creuses sur la plateforme téléphonique. Une telle organisation présuppose cependant de réunir sur un même site plateforme téléphonique et plateforme de traitement des courriels et de s'assurer que les agents de niveau 1 ont les compétences pour remplir les deux missions, et en particulier une bonne maîtrise de l'écrit. Afin d'optimiser cette organisation, la CPAM de la Sarthe a mis sous la responsabilité d'une même personne les deux plateformes.

Recommandation n°42 : Développer les passerelles entre plateformes de traitement des appels et de réponse aux courriels en expérimentant une gestion croisée optimisée des flux de contacts entrants sur ces deux canaux de contacts et une diversification des tâches des téléconseillers.

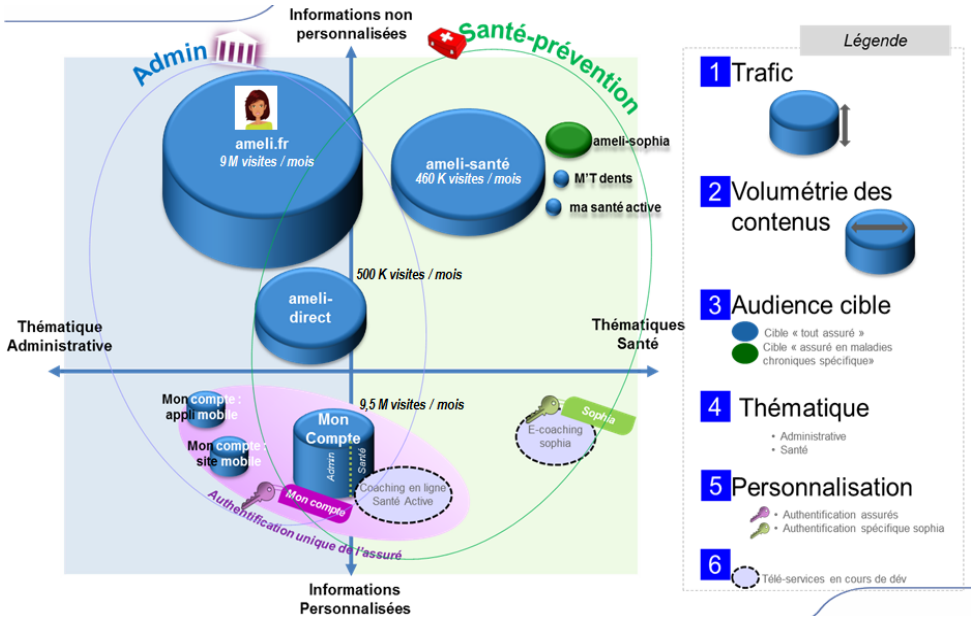
1.2.4 Les nouvelles technologies : la diversification des services en ligne de l'assurance maladie

1.2.4.1 Le bouquet de services en ligne s'est diversifié rapidement

[736] Depuis le milieu des années 2000, ont été développés divers sites Internet par l'assurance maladie, parmi lesquels ameli.fr, ameli-direct.fr ou encore ameli-sante.fr. Le site le plus visité est ameli.fr qui atteint à lui seul près de 9 millions de visites par mois (voir schéma ci-dessous). Au-delà des diverses informations administratives ou en santé que propose le site, il permet de mieux connaître son éligibilité à certaines prestations ou de calculer le montant de ses droits grâce à la mise en ligne de simulateurs (ex. un simulateur CMUc-ACS, simulateur IJ maternité) ou grâce à l'avatar Ameli avec lequel il est possible de converser[106].

[106] L'avatar a été mis en service en janvier 2011. Le succès a été immédiat avec plus de 120 000 utilisations dès le premier mois. Cependant, une fois passée ce premier essor, sa croissance ne s'est pas poursuivie. Au final, 1,5 millions de conversations en moyenne sont réalisées chaque année, ce qui est finalement peu lorsqu'on les compare au presque 9 millions de connexions mensuelles au compte.

Schéma 2 : Le bouquet de services en ligne de l'assurance maladie en 2013



Source : *CNAMTS.*

[737] Afin de renforcer son action, la CNAMTS a structuré au début de la période de la COG un département spécifique en charge de l'ensemble des services en ligne et qui a la spécificité de réunir en son sein non seulement la création et la gestion de nouveaux modules mais aussi l'administration des services existants.

[738] Via le site ameli.fr, l'assuré est en mesure d'accéder à un espace personnalisé à condition de s'être muni de son login et mot de passe personnel. Ce compte peut être consulté via un ordinateur connecté à Internet mais aussi par le biais d'un téléphone mobile avec connexion Internet ou au moyen de l'application Smartphone de l'assurance maladie que l'assuré doit au préalable avoir téléchargé. Le procédé le plus largement utilisé aujourd'hui pour aller sur son compte est l'ordinateur grâce auquel 9,5 millions de connexions sont effectuées. Cependant, le site Mobile et les applications Smartphone connaissent depuis 2011 un développement fort, dans la mesure où ils représentent à eux deux d'ores et déjà plus d'un million de connexions par mois, même si ces connexions se réduisent souvent à la simple consultation d'un paiement.

1.2.4.2 Le compte assuré via ameli.fr offre des fonctionnalités de plus en plus nombreuses

[739] Les fonctionnalités offertes par le compte assuré sont en constant développement depuis sa création en 2008 comme l'illustre le tableau ci-dessous.

Tableau 56 : L'évolution des fonctionnalités du compte assuré par rubrique entre 2009 et 2012

Rubriques	En 2009	En 2010	En 2011	En 2012
MES PAIEMENTS	Consultation des derniers paiements	Mon relevé annuel	Téléchargement du relevé fiscal	
	Rechercher un paiement	Mon relevé fiscal		Téléchargement du relevé de paiement de rente
	Mes relévés mensuels	Paiement des pensions d'invalidité et rentes		Téléchargement dn relevé de paiement de pension d'invalidité
	Participations forfaitaires et franchises	Information sur l'organisme complémentaire		Actualisation du rélevé annuel
MES INFORMATIONS PERSONNELLES	Ma situation	Déclaration MT pré remplie	Ma carte Vitale : suivi de l'émission d'une CV	Modifier mon adresse postale Saisir mes coordonnées téléphoniques
	Ma caisse d'Assurance maladie	Envoi par mail du code pour les assurés déjà titulaires d'un compte		Libellé de l'organisme complémentaire
	Mon Médecin traitant			
	Modifier mon code personnel			
	Modifier ma question secrète			
	Modifier mon adresse de courrier électronique			
MES DEMANDES	Contacter ma caisse par email	Déclarer perte - vol de carte vitale	Editer un relevé d'IJ	Espace d'échanges : ma messagerie
	Demander une attestation de droits	Editer une attestation de droit	Commander une CEAM et éditer un certificat	Automatisation de perte/vol de CV
	Demander une attestation de paiement d'IJ	Prévention 'Rougeole Oreillons Rubéole ' pour les bénéficiaires de la prévention MT dents	Prévention Cardio vasculaire	
	Demander une carte européenne d'assurance maladie			
MON ESPACE PREVENTION				Prévention du jeune enfant
	MT dents Vous attendez un enfant			PRADO maternité Evolution Cardio Vasculaire (haut et bas risque)
MES LIENS	Fédération d'identité avec Mon service public	Ameli.fr : mes droits et démarche		Promotion du double rattachement
		Ameli-direct.fr : je choisis avant de consulter		
		Ameli-santé.fr : je m'informe sur ma santé		
ENQUETES MESSAGES		Enquête de satisfaction en ligne	Nouvelle enquête de satisfaction en ligne	Message NPAI
				Message adresse email non validée
				Message sur étape d'émission de la CV

Source : CNAMTS

[740] Les fonctionnalités développées couvrent non seulement un périmètre de plus en plus large de services (cf. suivi de paiement, informations personnelles, demandes diverses, etc.) mais permettent aussi progressivement d'aller plus loin dans la dématérialisation de chaque démarche. Ainsi, suite à la possibilité depuis 2009 de demander en ligne une attestation de paiement d'IJ, une fonctionnalité permet aujourd'hui à l'assuré d'éditer lui-même un relevé d'IJ depuis son ordinateur connecté à son compte Ameli.

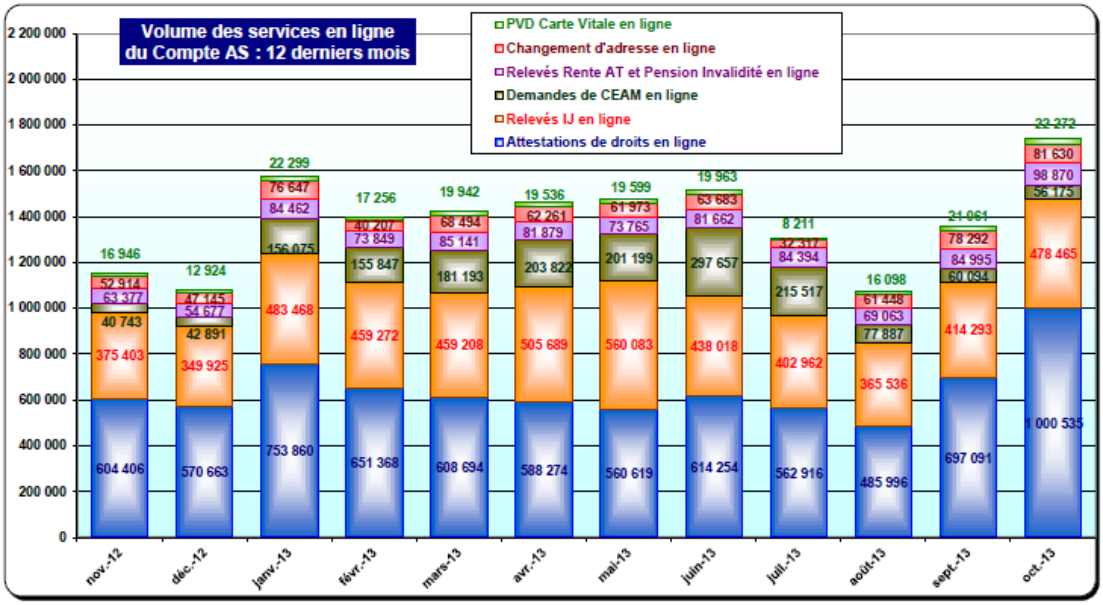
[741] Il n'existe cependant pas aujourd'hui de fonctionnalités permettant d'effectuer une démarche complète en ligne, allant du remplissage du formulaire en ligne à la transmission par voie dématérialisée des pièces à fournir. A titre de comparaison, Pôle emploi dans le cadre de son projet *Pôle emploi 2015* travaille à la mise en place d'un accompagnement « 100 % web » pour les demandeurs d'emploi les plus autonomes. Un suivi fin et la connaissance réelle du délai de traitement d'une demande, comme cela existe par exemple à La Poste pour suivre les différentes étapes de livraison d'un colis, ne sont pas non plus possibles.

Recommandation n°43 : Accroître la capacité des assurés à conduire leurs démarches en ligne de bout en bout, du téléchargement d'un formulaire jusqu'à l'envoi des pièces justificatives par voie dématérialisée ou à la prise d'un rendez-vous

[742] Ces voies doivent être poursuivies au moyen d'une étude qualitative préalable des besoins et usages des assurés sociaux afin de prioriser les prestations pour lesquelles le retour sur investissement sera le plus important.

[743] Les différentes fonctionnalités d'ores et déjà mises en service ont rencontré un fort succès. Au-delà des 13 millions de comptes à ce jour ouverts, le nombre de procédures effectuées en ligne est particulièrement important. Comme l'illustre le graphique ci-dessous, l'édition d'attestation de droits est la première démarche effectuée par les assurés, avec par exemple un million d'éditions en octobre 2013.

Graphique 7 : Volume de démarches effectuées en ligne par type de démarche



Source : CNAMTS

1.2.4.3 Les contacts via Smartphone, canal de contact le plus récent, connaissent un développement rapide

[744] Deux possibilités s'offrent aux utilisateurs de Smartphone : soit accéder au site Internet de l'assurance maladie et à leur compte assuré Ameli via le site mobile, soit télécharger les applications Android et IOS. Le site mobile a été mis en service en septembre 2012 tandis que l'application Smartphone est téléchargeable depuis mars 2013. On note une forte chute de fréquentation du site mobile depuis le déploiement de l'application, signe que ce sont en partie les mêmes assurés qui ont recours aux deux procédés.

[745] La diffusion de ces deux modes de contacts est particulièrement rapide : ainsi l'application a été téléchargée près d'un million de fois en moins d'un an. Le nombre total de connexions au cours du mois d'octobre 2013 dépasse 1,3 millions pour l'application. Le déploiement de ces deux modes de contacts n'est manifestement pas achevé dans la mesure où le nombre d'utilisateurs distincts par mois reste encore relativement faible : un peu moins de 60 000 pour le site mobile en octobre 2013 et un peu plus de 200 000 pour l'application le même mois, ce qui est relativement peu au regard des plusieurs dizaines de millions de possesseurs de Smartphone en France. Ces assurés utilisateurs du mobile et du Smartphone ont cependant une utilisation relativement intensive de ces canaux de contacts dans la mesure où le nombre moyen de connexions par utilisateur est d'environ six par mois.

[746] Les principales fonctionnalités offertes aux assurés sociaux concernent le suivi des derniers paiements et les informations relatives à leur situation comme par exemple le changement de médecin traitant.

[747] Ces deux modes de contacts présentent un intérêt particulier pour les assurés et pour l'assurance maladie puisque les assurés peuvent poser des questions ou laisser des commentaires sur des forums de discussion relatifs au fonctionnement de l'application. Sur Android, l'assurance maladie peut apporter des réponses, ce qui n'est pas encore possible sur IOS.

1.2.5 Echange de courriels : une optimisation par la création de plateformes mutualisées pour le traitement des courriels simples

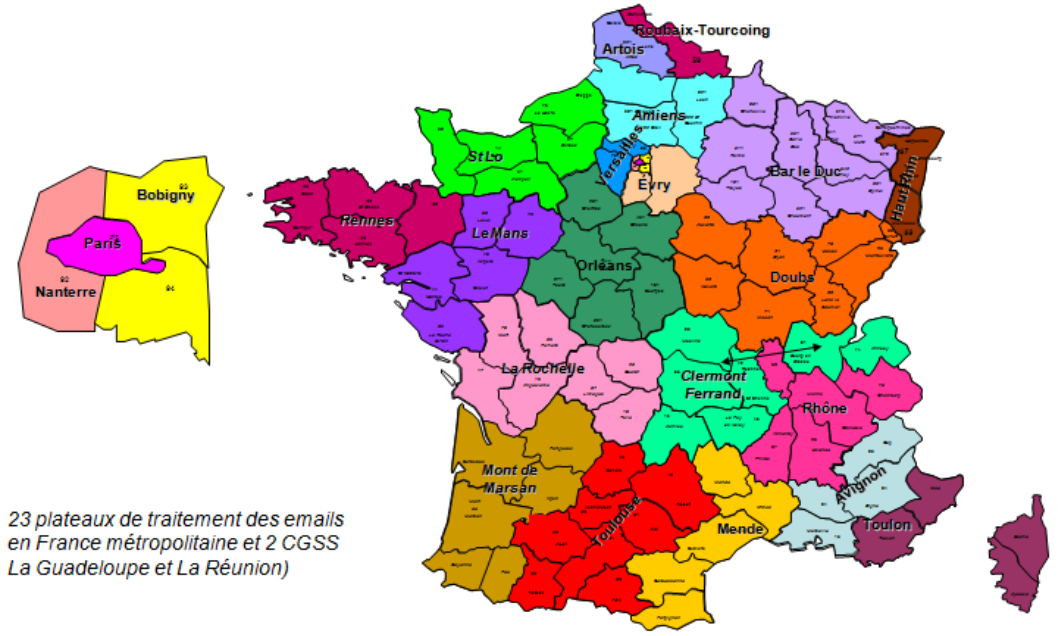
[748] Cette modalité de contacts est apparue en 2007. Après une première phase où la collecte d'adresses électroniques s'est faite de façon artisanale et en ordre dispersé caisse par caisse, la CNAMTS a restructuré son action autour de la création du compte assuré Ameli. Aujourd'hui, seul un assuré ayant adhéré au compte en ligne a la possibilité d'envoyer un courriel à l'assurance maladie. L'ensemble des courriels transitent par un logiciel métier dénommé EPTICA.

[749] L'organisation du traitement des courriels est structurée en une réponse de niveau 1 pour les courriels simples et une réponse de niveau 2 pour les courriels que le téléconseiller de niveau 1 n'est pas en mesure de traiter au regard des informations dont il dispose à partir des outils logiciels et des scripts de réponse qui lui sont accessibles.

[750] Tout comme pour le téléphone, la CNAMTS a mis en place une organisation de traitement des courriels par plateforme pour le niveau 1 afin d'optimiser le nombre de courriels traités et d'homogénéiser les réponses. L'objectif dès lors poursuivi par la CNAMTS est une réponse en moins de 48 heures pour les courriels simples traités en niveau 1 et une réponse en moins de 5 jours pour les courriels complexes traités par le niveau 2, avec une limite maximale de traitement de 7 jours niveaux 1 et 2 confondus (vision client).

[751] Cette organisation a conduit à la mise en place de 23 plateformes de traitement en France métropolitaine et de deux plateformes pour les CGSS. Ces plateaux sont régionaux, infra-régionaux ou inter-régionaux (voir la carte ci-dessous).

Schéma 3 : Répartition des plateaux de traitement des courriels, France métropolitaine en 2013



Source : *CNAMTS.*

[752] Le traitement des courriels est donc composé d'un niveau 1 sur plateau par lequel transite l'intégralité des courriels entrants et d'un niveau 2 où sont transférés les courriels complexes. Sont traités sur ce plateau un peu plus de 80 % des courriels (cf. le niveau 1). L'exemple typique d'une demande simple est l'envoi d'un webformulaire ou une demande d'information sur un paiement. A la suite de l'audit de 2009 de la CNAMTS sur la relation écrite avec les assurés, des réponses types sont aujourd'hui à la disposition des téléconseillers pour répondre à ce genre de courriels.

[753] Le périmètre de compétences de l'outil EPTICA est large : informations administratives, remboursements de soins, paiements d'IJ, CMU, CMUc/ACS, maternité, AT/MP, invalidité, carte vitale, etc. Tous les courriels envoyés par l'assuré font l'objet d'une réponse par courriel. Il peut néanmoins être proposé à l'assuré de se reporter sur un autre canal de contacts si sa démarche le justifie (ex. envoi par courrier de pièces, prise de rendez-vous en accueil pour construire un dossier de CMUc, etc.). La réponse à l'assuré peut aussi être l'occasion d'effectuer des offres sur rebond, c'est-à-dire de lui proposer de nouveaux services.

2 L'ORIENTATION DES ASSURES SOCIAUX DANS LES DIFFERENTS CANAUX DE CONTACTS : UNE PROBLEMATIQUE INSUFFISAMMENT CONNUE

2.1 La diversification des canaux de contacts a induit non seulement des reports entre canaux mais aussi une croissance nette du nombre de contacts

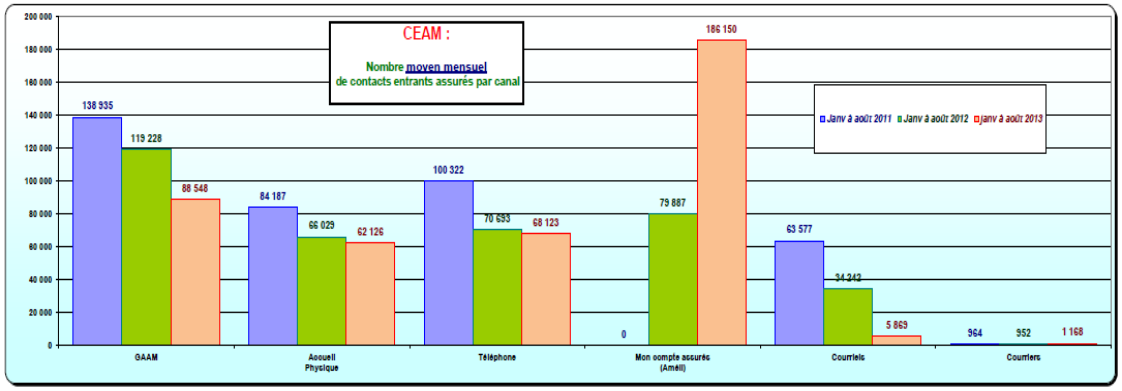
2.1.1 Le recours à ameli.fr a permis des reports de contacts entre canaux

[754] Un service illustre particulièrement bien les reports entre canaux qu'a permis le développement des services en ligne : la demande d'une carte européenne d'assurance maladie (CEAM)[107]. On constate que la répartition des parts de marché de chaque canal et son évolution dans le temps dans la mesure où la demande globale de ce service est restée stable sur la période récente.

[755] La carte européenne d'assurance maladie est une carte qui permet de faire valoir ses droits d'assuré partout dans l'Union européenne. Le nombre de demandes de carte est très stable d'une année sur l'autre et se situe entre 3,5 et 3,7 millions de demandes environ par an depuis 2011. La possibilité d'avoir recours à ce service via Internet a réellement débuté en janvier 2012. En 2011, les demandes transitaient, dans un ordre décroissant, par les bornes GAAM (36 %), le téléphone (25 %), l'accueil physique (21 %), le courriel (17 %) et, enfin, de façon résiduelle par le courrier (moins d'1 % de part de marché). L'arrivée d'Internet a complètement bouleversé cette répartition. En 2013, sur les huit premiers mois de l'année qui sont les mois où les demandes de CEAM sont les plus nombreuses, la répartition est la suivante : 45 % de parts de marché pour le compte assuré Ameli, 21 % pour les GAAM, 17 % pour le téléphone, 15 % pour l'accueil physique, 1 % pour le courriel, et toujours moins de 1 % pour le courrier. Le graphique ci-dessous illustre la comparaison entre 2011 et 2013 sur ces huit premiers mois de l'année.

[107] Il est à noter qu'un tel service concerne sans doute peu les publics précaires qui sont moins amenés à se déplacer en Europe mais plutôt des publics plus diplômés et plus jeunes que la moyenne et donc plus enclins à utiliser les nouvelles technologies. Il n'est donc pas surprenant qu'il ait permis des bons reports vers le compte Ameli.

Graphique 8 : Nombre moyen mensuel de contacts entrants assurés par canal pour une demande de CEAM entre 2011 et 2013 (janvier à août)



Sources :
GAAM : supgaa (supervision GAAM) - (nombre total Demande carte CEAM avec certificat)
Accueil Physique : Medialog (nombre de sollicitations motif CEAM)
Téléphone : Medialog (nombre de sollicitations motif CEAM)
Mon compte assurés (Améli) : CEN (nombre total de demandes de CEAM en ligne)
Courriels : Eptica (nombre de courriels reçus motif CEAM)
Courriers : Medialog (nombre de sollicitations motif CEAM)

Source : CNAMTS

[756] Les enseignements à tirer de ce graphique sont multiples :

- L'arrivée des services en ligne a fait perdre des parts de marché à l'ensemble des autres canaux de contacts, attestant du fait que les utilisateurs du compte Ameli ont, ou avaient, par ailleurs recours aux différentes modalités de contacts auparavant à disposition et que des changements d'habitude peuvent intervenir pour des utilisateurs de différents canaux.
- Certains canaux de contacts ont subi des reports plus massifs que d'autres : ainsi, les demandes transitant par courriels ont quasiment disparu, ce qui s'explique aisément dans la mesure où les personnes qui envoient un courriel sont obligatoirement des utilisateurs du compte assuré. Les deux canaux ensuite les plus impactés sont les GAAM avec une réduction de ses volumes mensuels de 36 % entre 2011 et 2013 et le téléphone avec une baisse de 32 %. Vient pour finir l'accueil physique qui a subi une diminution de ses volumes de 26 % sur la période.
- L'arrivée des services en ligne n'a pas conduit à la disparition de la demande sur les canaux de contacts non dématérialisés (cf. bornes, accueil physique et téléphone) qui continuent en 2013 à représenter plus de la moitié des demandes. Or si la baisse sur certains canaux de contacts paraît devoir se poursuivre au regard de la tendance, comme c'est par exemple le cas pour les bornes, elle semble achevée pour l'accueil physique et le téléphone (cf. volumes comparables entre 2012 et 2013, le gros du report vers le canal du compte assuré étant intervenu dès 2012).

[757] Ce dernier constat est particulièrement instructif. En effet, le service en ligne présente *a priori* une multiplicité d'avantages qui conduirait à anticiper une disparition progressive totale des demandes transitant via les autres canaux de contacts et ce d'autant plus que la demande de CEAM est une demande simple : coût réduit (cf. pas de frais de téléphonie, pas de frais de déplacement et pas de perte de temps liée à une visite ou à un temps d'attente pour avoir un téléconseiller) et facilité d'utilisation (cf. choix de l'heure et du lieu pour faire la demande). De plus, d'après l'enquête du Credoc « Conditions de vie et aspirations », le taux d'équipement des ménages en Internet à leur domicile en France en 2012 est de 78 %[108]. Une analyse plus approfondie paraît donc nécessaire pour comprendre pourquoi certains assurés ne se reportent pas sur Internet et préfèrent continuer d'utiliser leurs canaux traditionnels de contacts et, à l'opposé, d'analyser qui sont les assurés qui se reportent sur le compte assuré et pourquoi (voir partie 2.2). Si le report se fait de façon aisée pour certaines populations, il est manifestement loin d'être automatique pour d'autres, même si ces personnes possèdent par ailleurs un ordinateur connecté à Internet à leur domicile.

[758] Dans une certaine mesure, des analyses comparables pourraient être menées pour d'autres services ayant fait leur apparition sur le compte assuré. C'est par exemple le cas du relevé d'IJ, même si pour ce dernier la baisse a été plus massive pour les canaux physiques et téléphoniques que pour les GAAM. Cela peut s'expliquer par le besoin des assurés d'imprimer le relevé alors qu'ils n'ont pas tous une imprimante à disposition chez eux.

2.1.2 La croissance globale du nombre de contacts a des causes multiples

2.1.2.1 Au-delà des reports entre canaux, une croissance nette du nombre de contacts entrants : l'illustration par les éditions d'attestation de droits

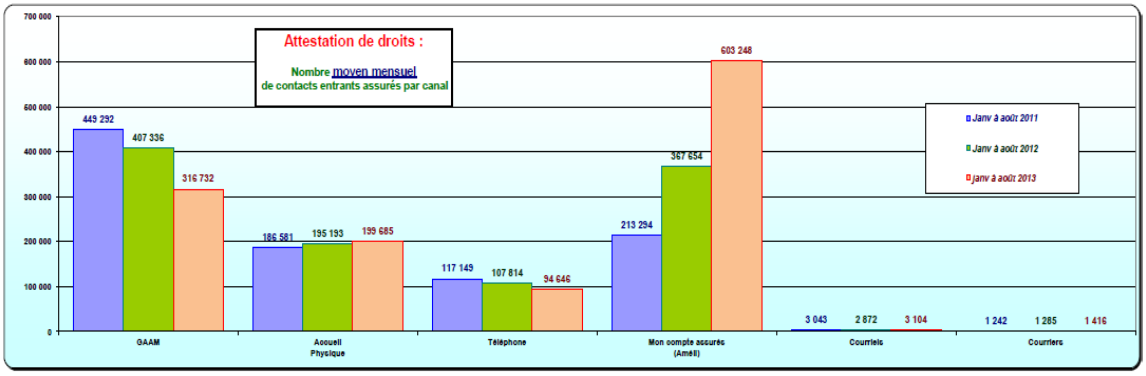
[759] La demande d'attestation de droits constitue un exemple particulièrement éclairant de ce phénomène *a priori* inattendu d'augmentation nette du nombre de contacts du fait de la diversification des canaux possibles. Les assurés ont besoin de se procurer une attestation de droits pour de multiples raisons tenant au fait qu'elle leur est souvent demandée dans les démarches qu'ils réalisent auprès d'autres administrations ou acteurs privés (ex : adhésion ou renouvellement de mutuelle, dossier d'inscription à l'université, entrée à l'hôpital ou en clinique si la carte vitale n'est pas à jour voire parfois en complément de la carte, achat de médicaments en pharmacie si la carte vitale a été perdue ou dysfonctionne).

[760] Le suivi entre 2011 et 2012 des volumétries d'édition par canal de contacts (cf. graphique ci-dessous) montre qu'en dehors d'un report sensible des bornes (-29 % de volume mensuel moyen entre 2011 et 2013 sur les huit premiers mois de chaque année), l'arrivée du service en ligne n'a aucunement impacté les autres canaux : les demandes via le téléphone sont restées stables sur la période et les demandes via l'accueil physique ont même eu tendance à légèrement augmenter. En revanche, entre 2011 et 2013, le nombre de demandes transitant par le compte assuré, sur lequel l'assuré peut réaliser par lui-même l'édition de son attestation, a connu une hausse spectaculaire passant de près 200 000 par mois en moyenne à plus de 600 000.

[108] Credoc, *La diffusion des technologies de l'information et de la communication dans la société française*, octobre 2012.

[761] Un tel phénomène montre qu'il faut se défaire de la vision simpliste selon laquelle la diversification des canaux de contacts ne permettrait qu'un redéploiement entre canaux à volume de contacts constants. Avec cette diversification, il devient possible de répondre à des demandes auparavant non visibles qui trouvent dès lors, au regard du coût réduit des services en ligne et de leur facilité d'utilisation, une nouvelle voie pour s'exprimer. S'interroger sur la pertinence de certains de ces nouveaux contacts est un autre sujet : à titre d'exemple, l'augmentation considérable des attestations de droits pose question et mériterait une étude en soi et un travail avec les organismes qui sollicitent ce type de documents (cf. professionnels de santé, pharmaciens, université, hôpitaux, mutuelles…) pour réduire les demandes injustifiées.

Graphique 9 : Nombre moyen mensuel de contacts entrants assurés par canal pour une demande d'attestation de droits entre 2011 et 2013 (janvier à août)



Sources :
GAAM : supgaa (supervision GAAM) - (nombre total impressions attestations de droits et attestations d'ayants-droit)
Accueil Physique : Medialog (nombre de sollicitations motif attestation de droits)
Téléphone : Medialog (nombre de sollicitations motif attestation de droits)
Mon compte assurés (Ameli) : CEN (nombre total d'attestations de droits en ligne)
Courriels : Eptica (nombre de courriels reçus motif attestation de droits)
Courriers : Medialog (nombre de sollicitations motif attestation de droits)

Source : CNAMTS

2.1.2.2 La croissance spectaculaire du volume de contacts entrants a de multiples explications

[762] Comme indiqué dans la première partie de la présente annexe (cf. partie 1.1), la mise en service du compte Ameli et des services en ligne a conduit à un accroissement massif du nombre global de contacts sur la période récente tandis que, dans le même temps, le volume de contacts en accueil physique a eu tendance à s'accroître, les contacts par téléphone et courriel à se stabiliser et les contacts via les GAAM à décroître. Or l'analyse détaillée montre que la création du compte a permis quelques reports de demandes des canaux traditionnels de contacts vers ameli.fr. Dès lors, plusieurs pistes méritent d'être avancées pour expliquer pourquoi la croissance des contacts est si importante sur Internet et pourquoi, à l'exception des bornes, les autres canaux de contacts ne voient pas leur fréquentation diminuer de façon notable.

[763] ***1. Cette croissance ne semble pas pouvoir s'expliquer par une détérioration de la qualité de travail des services de back office des caisses entre 2009 et 2013***

[764] Une des raisons pour lesquelles les assurés entrent en contact avec l'assurance maladie tient au fait qu'ils souhaitent s'informer sur le traitement apporté à leur situation (ex. délai long), voire l'accélérer, ou qu'ils estiment que leur caisse a fait une application erronée de la réglementation à leur situation personnelle. La qualité du travail de back office aussi bien en termes de performance (cf. rapidité de traitement) qu'en termes de fiabilité (cf. limitation des erreurs) a donc un impact relativement direct sur le flux de contacts entrants provenant des assurés sociaux.

[765] Or, au regard des résultats satisfaisants obtenus par la CNAMTS sur les indicateurs suivis dans la COG ou dans les CPG sur l'axe service (cf. voir annexe n°1), le fonctionnement général de l'assurance maladie a plutôt eu tendance à s'améliorer. A titre d'exemple, sur la période de la COG, le délai moyen de livraison de la carte vitale s'est réduit, tout comme le délai de traitement de la première IJ non subrogée[109].

[766] Si cette explication potentielle à la hausse globale du nombre de contacts ne paraît pas s'appliquer à l'échelle de l'assurance maladie, il n'est pas impossible localement qu'une détérioration de l'activité ait pu transitoirement générer un surcroît de contacts. Plusieurs acteurs locaux ont ainsi rapporté à la mission que la dégradation des indicateurs relatifs à la production en back office se traduisait généralement de façon assez rapide et quasi mécanique par une hausse des contacts entrants, en particulier sur le canal téléphonique et à l'accueil physique. En effet, ces deux canaux de contacts présentent l'avantage pour les assurés d'obtenir une réponse à la fois rapide et personnalisée (cf. voir la partie 2.2.1. sur l'orientation des assurés dans le multicanal).

[767] ***2. L'offre conditionne pour une large part la demande : l'offre de contacts s'étant considérablement élargie la demande s'est accrue de façon massive***

[768] Une analyse reposant sur les concepts de l'offre et de la demande constitue une grille d'analyse pertinente pour comprendre la hausse globale des contacts. Un assuré ne fait la démarche de demander une information à l'assurance maladie que s'il la sait en mesure de la lui fournir et que les coûts que lui imposent sa prise de contact se justifient au regard de ce que lui apportera sa démarche. Ainsi, le déploiement par l'assurance maladie de la rubrique en ligne « mes paiements » a permis aux assurés de connaître en temps réel leurs remboursements et ce au moyen de démarches nettement moins coûteuses en temps et en argent qu'auparavant. Ce nouveau service a dès lors rendu visible un besoin réel mais jusque là latent des assurés, ce qui a généré des flux de contacts nouveaux massifs.

[769] De manière comparable, il n'est nullement interdit de penser que l'offre de contacts en accueil physique était hier à quasi saturation au regard de la disponibilité des assurés pour venir en caisse et des effectifs présents en caisse pour les recevoir. Dès lors, le temps libéré grâce aux quelques reports de demandes simples vers le compte assuré a été immédiatement comblé par de nouvelles demandes auparavant non satisfaites. Cela est d'autant plus plausible qu'un contact par téléphone ou en accueil physique n'est pas du tout de la même nature qu'un contact via Internet : tandis que le contact qui permet d'accéder directement à un conseiller de l'assurance maladie (cf. accueil physique ou téléphone) permet une forte personnalisation de la réponse apportée et une réassurance élevée, le contact par Internet est plus standardisé. Ces phénomènes pourraient par conséquent expliquer pourquoi la hausse spectaculaire des contacts sur Internet ne se traduit pas par une baisse massive des contacts sur les autres canaux mais par leur remarquable stabilité. Pour le dire autrement, l'offre de contacts émanant de l'assurance maladie détermine dans une large mesure le volume de contacts entrants effectivement observé sur les canaux historiques. Seule une réduction de l'offre ou des modifications plus globales dans le fonctionnement de l'assurance maladie (ex. tiers payant généralisé y compris part complémentaire) pourraient conduire à une diminution du volume de contacts sur ces canaux, réduction qui s'accompagnerait mécaniquement d'une diminution de la qualité de service.

[109] Ce dernier délai reste très long (supérieur à 30 jours et en dessous de l'objectif COG) mais a été diminué par deux sur la période de la COG.

[770] En conclusion de cette sous-partie, le déploiement des canaux de contacts dématérialisés permet de couvrir des besoins plus larges de la population et pour partie inexprimées jusqu'à présent. Cela permet d'améliorer la qualité de service en particulier pour la prise en charge des demandes simples des assurés, ce qui s'accompagnent de quelques effets de bord positifs sur les demandes complexes dont un nombre sans doute plus large transitent sur les autres canaux. La complexité moyenne croissante des appels et courriels traités par les plateformes de service en est la traduction : les demandes couplant plusieurs motifs et nécessitant un temps de traitement long y sont de plus en plus nombreuses[110]. Ces évolutions encouragent à un développement encore plus large des services en ligne. La véritable révolution consistera non pas tant à répondre à des besoins hier latents simples mais à des demandes complexes.

[771] ***3. L'impact de la crise économique induit une croissance des besoins***

[772] La crise économique qui s'est déclenchée en 2008-2009 peut avoir été à l'origine d'un surcroît de demande pour l'assurance maladie.

[773] En effet, un certain nombre de prestations étant indexées sur les ressources des assurés (ex. CMUc, ACS), la dégradation de la situation économique d'un certain nombre d'assurés a pu les conduire à devenir éligibles alors qu'ils ne l'étaient pas auparavant, ce qui a pu accroître les sollicitations adressées à l'assurance maladie. Ces deux types de demandes, CMUc et ACS, étant relativement complexes à effectuer et touchant plus particulièrement des publics précaires, elles ont plutôt tendance à transiter par l'accueil physique, ce qui pourrait expliquer la hausse du nombre de contacts sur ce canal entre 2009 et 2013 alors même qu'un certain nombre de demandes simples n'y transitaient plus grâce à la création du compte Ameli. Lors de déplacements dans quatre CPAM, la mission a observé une forte concentration de premières demandes et de renouvellements de CMUc et d'ACS en accueil physique, plus que sur les plateformes téléphoniques.

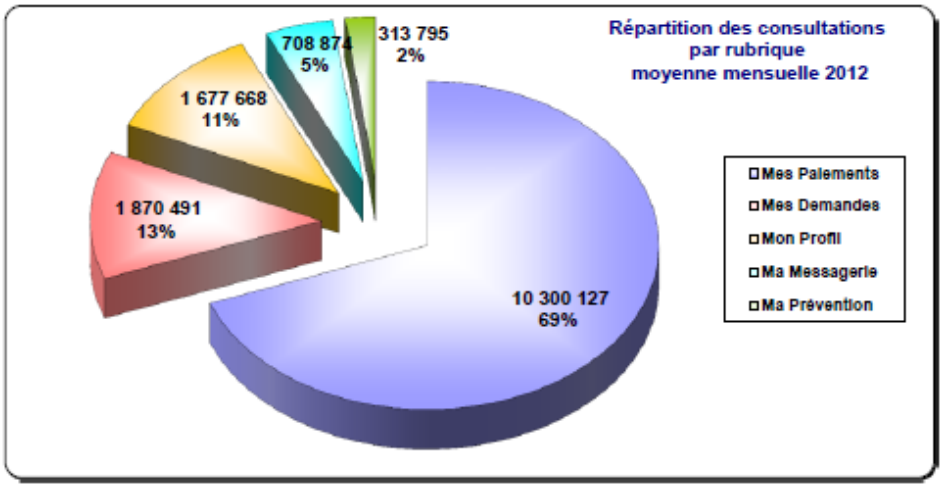
[774] Par ailleurs, du fait de la crise économique et de la précarisation croissante qu'elle induit pour de nombreuses populations, les sollicitations de l'assurance maladie pour des problématiques liées à des questions de remboursement (cf. montant et délai) ont tendance à s'accroître (voir le détail ci-dessous).

[775] ***4. La complexité du système général de prise en charge financière des assurés génère un besoin élevé de réassurance qui explique en partie le fort recours aux services en ligne***

[776] Ce besoin de réassurance est particulièrement perceptible à travers la problématique du suivi des remboursements de soins et expliquent en partie l'explosion du nombre de contacts dématérialisés. Ainsi, parmi les rubriques du compte assuré en ligne, la plus consultée est celle relative aux paiements de l'assuré. Comme l'illustre le graphique ci-dessous, elle représente plus des deux tiers de l'ensemble des consultations. Une analyse des motifs de contacts via le site mobile et l'application Smartphone conduit à constater la même suprématie de la rubrique « Mes paiements ». En valeur absolue, le nombre de consultations de cette rubrique sur le compte assuré est considérable : en 2012, cette rubrique a été consulté plus de 123 millions de fois, ce qui représente donc en moyenne plus de 12 consultations par an par adhérent au compte Ameli.

[110] D'après une enquête réalisée en 2012 sur 4000 appels d'assurés, 12% présentaient plusieurs motifs. L'assurance maladie constate par ailleurs une hausse de la durée moyenne de communication téléphonique.

Graphique 10 : Proportion moyenne mensuelle de consultations par rubrique du compte assuré Ameli en 2012



Source : *CNAMTS*

[777] La consultation par l'assuré de ses paiements constitue donc une des premières raisons pour lesquelles il se connecte à son compte Ameli. Une grande part des quelques 10 millions de connexions mensuelles au compte s'expliquent par conséquent de cette manière, même si un assuré peut de fait effectuer plusieurs démarches à l'occasion d'une seule connexion. Il est important de rappeler qu'en 2012 l'assurance maladie continuait pourtant d'envoyer près de 100 millions de relevés de remboursement par voie postale.

[778] Le succès considérable de ce service en ligne dénote aussi probablement le besoin des assurés de contrôler les versements effectués par l'assurance maladie. Le besoin de réassurance que ce comportement traduit aurait dès lors plutôt tendance à exprimer une relative défiance des assurés quant à la justesse des sommes qui leur seront effectivement remboursées ou bien une impatience de leur part à être rapidement remboursés.

[779] Une autre explication à ce besoin de connaître précisément la date et le montant de ses paiements est plus conjoncturelle : elle s'explique par le fait que ces services en ligne ont été déployés alors que la France connaît une crise économique majeure et une précarisation forte d'une partie de la population active. Ces phénomènes induisent un besoin accru de la population de suivre de façon fine et anticipée les versements dont elles bénéficient. Les travaux du SGMAP menés sur les motifs de contacts avec les administrations tendent ainsi à montrer que ce sont les administrations avec lesquelles les personnes ont des relations d'argent (ex. impôt, caf, assurance maladie) qui génèrent les contacts les plus importants et le besoin de réassurance le plus élevé.

[780] Une dernière explication sans doute encore plus importante tient au fonctionnement général actuel du système de soins (ex. secteur 1 versus secteur 2 pour les consultations chez un généraliste, coût variable des consultations entre spécialités médicales, niveaux de remboursement différenciés des médicaments, prise en charge différente selon le parcours de soins suivis par l'assuré) et de la prise en charge financière des assurés (cf. compréhension de qui prend en charge quoi et à quelle hauteur entre l'assurance maladie et les mutuelles). La complexité générale, en particulier du deuxième point, rend quasi impossible aujourd'hui l'anticipation et la visibilité pour les assurés de ce que sera véritablement leur reste à charge in fine.

[781] Un tel besoin de savoir ce qui a été effectivement payée par l'assurance maladie à la suite d'une consommation de soins devrait alerter les pouvoirs publics sur la complexité générale du système et sur sa nécessaire simplification, dans un contexte où la majorité des flux sont traités sans erreur par l'assurance maladie. Etre en mesure de comprendre *a priori* comme *a posteriori* de façon simple ce que sera son reste à charge devrait en effet être une des dimensions essentielles de la qualité de service du système de santé dans son ensemble. Les efforts réalisés par l'assurance maladie pour rendre plus transparents les tarifs des médecins grâce au site Internet ameli-direct.fr vont dans le bon sens mais paraissent très insuffisants pour faire accéder les assurés à une bonne compréhension.

Recommandation n°44 : Expertiser du point de vue des assurés sociaux la complexité générale du système de prise en charge financière des dépenses de santé pour les patients et évaluer son impact sur le non recours aux soins.

[782] ***5. Des modifications de la législation peuvent avoir un impact mais celui-ci n'est que ponctuel***

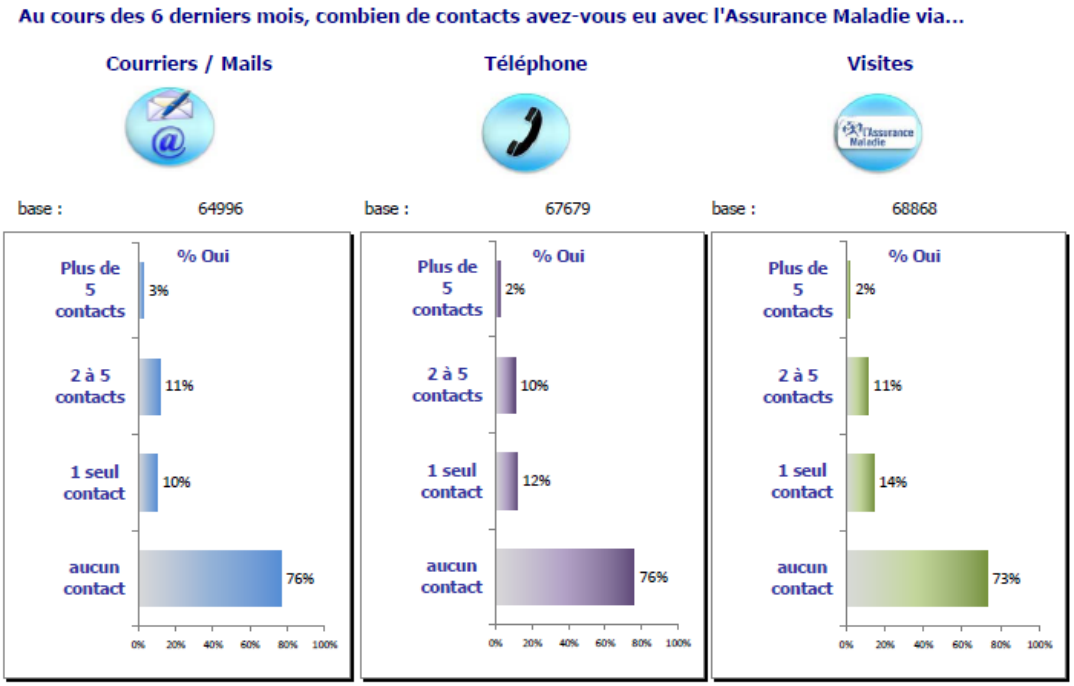
[783] Comme présenté plus haut (voir partie 1.2.), les modifications de la réglementation, par exemple sur des plafonds, ou des annonces gouvernementales sur la création de nouveaux dispositifs, génèrent un surcroît de contacts entrants des assurés. En effet, ces derniers souhaitent savoir si ces nouvelles règles leur seront applicables et si oui de quelle manière. C'est en grande partie ce qui explique les difficultés rencontrées sur les plateformes téléphoniques au début de l'année 2013 à la suite des annonces du gouvernement sur la mise en œuvre du plan pauvreté. Il faut cependant relativiser l'impact de ce phénomène sur la hausse globale des contacts de la période dans la mesure où il est très ponctuel et n'a des effets que transitoires qui s'estompent au bout de quelques mois.

2.2 Le choix du canal de contact par les assurés dépend d'une multiplicité de facteurs

[784] Les analyses de la présente partie ne visent pas une quelconque exhaustivité mais constituent davantage une tentative d'identification des facteurs déterminant l'orientation des assurés sociaux dans les différents canaux de contacts à leur disposition.

[785] Avant toute chose, il convient de rappeler que la majorité des assurés nest pas a priori destinées à entrer en contact avec des conseillers de l'assurance maladie dans la mesure où le suivi des remboursements est possible par courrier et Internet. Comme l'a montré la vague 2012 de l'enquête de satisfaction des assurés sociaux qui portent sur les consommants des trois derniers mois, la majorité des assurés n'a pas d'autre motif de contacts que son remboursement de soins. Il n'est dès lors pas surprenant de constater qu'à la question « au cours des six derniers mois, combien de contacts avez-vous eu avec l'assurance maladie …. », via le courrier/mail, 76% des assurés ne déclarent aucun contact, de même pour le téléphone et 73% pour les visites en accueil physique (cf. graphique ci-dessous).

Graphique 11 :L'intensité des contacts par canal en 2012



Source : *CNAMTS*

[786] Dans un contexte où l'assurance maladie s'efforce autant que possible de pouvoir offrir un bouquet de services le plus large possible sur l'ensemble de ses canaux de contacts, le canal effectivement utilisé repose donc quasi exclusivement sur le choix de l'assuré. Dans la mesure où ces canaux de contacts représentent des coûts de gestion très différents (cf. voir annexe relative aux coûts de gestion de la relation clients), il est important de comprendre comment s'orientent les assurés entre les différents canaux afin d'élaborer une stratégie multicanal à la fois pertinente, efficace et efficiente.

2.2.1 L'objet de la demande joue un rôle central dans le choix du canal

2.2.1.1 Le motif de la demande oriente le choix du bénéficiaire sans le déterminer mécaniquement

[787] Au-delà des motifs de contacts sur le compte assuré présentés précédemment (cf. partie 2.1.2.2), l'analyse des motifs de contacts sur les autres canaux permet de comprendre en quoi le motif d'une demande oriente le choix de l'assuré préférentiellement vers certains canaux plutôt que vers d'autres mais sans le déterminer mécaniquement.

[788] Les analyses qui suivent ont été établies à partir de relevés faits dans la Sarthe[111] sur l'accueil physique, le téléphone et les courriels, sur une période de six mois en 2013. Avant toute chose, il convient de noter que le recours au courriel étant d'une manière générale beaucoup plus faible que le recours aux deux autres canaux de contacts, aucun type de demande ne transite majoritairement par ce canal. Cela étant, l'analyse des motifs de contacts sur ce canal permet d'observer la très forte suprématie des prestations en nature qui représentent environ 45 % des contacts par courriel. A titre de comparaison, ce motif ne constitue qu'environ 15 % à 20 % des demandes qui transitent par l'accueil physique et le téléphone. Le courriel étant un canal globalement peu utilisé, il n'est pas surprenant que pour un motif donné la proportion de contacts transitant par le courriel reste faible : cela se traduit ici par le fait que moins de 10 % des contacts ayant pour objet une prestation en nature transitent en fait par le canal courriel ; à l'inverse, plus de 90 % des demandes pour ce motif passent par l'accueil physique et le téléphone, et ce à parts égales. Cela montre que, lorsqu'un assuré a recours au courriel, il l'utilise de façon particulièrement fréquente pour ce motif. Ce poids relatif élevé montre que ce canal de contacts semble aux yeux des utilisateurs particulièrement approprié à ce type de demande. Ce constat mériterait des investigations complémentaires de l'assurance maladie pour en expliquer la cause. Cela pourrait notamment l'inciter à essayer de réorienter le maximum de demandes pour ce motif vers le canal courriel dont la gestion lui est moins coûteuse. Elle pourrait cibler par exemple sa promotion du compte assuré et l'usage des courriels prioritairement auprès des bénéficiaires de ces prestations.

Recommandation n°45 : Cibler préférentiellement les campagnes de promotion du compte Ameli et de l'usage du courriel sur les publics effectuant des démarches pouvant aisément être effectuées en ligne et pour lesquelles les assurés déjà utilisateurs des canaux dématérialisés expriment une forte satisfaction.

[789] L'accueil physique et le téléphone sont deux modes de contacts qui se rapprochent par bien des aspects : immédiateté de la réponse dans la grande majorité des cas grâce à un échange direct avec un conseiller de l'assurance maladie. Cependant, les assurés sociaux ne s'orientent pas exactement de la même manière vers l'un ou vers l'autre canal selon le motif de leur contact. Ainsi, tandis que le super-motif « Prestations supplémentaires »[112] représente près d'une sollicitation sur 5 en accueil physique, au téléphone la proportion chute à moins d'une sur 14. L'analyse en termes de volume de contacts montre alors logiquement que trois fois plus de contacts sur ce motif transitent par l'accueil physique que par l'accueil téléphonique, signe claire d'une préférence des assurés ayant ce motif de contact à s'orienter vers l'accueil physique.

2.2.1.2 L'urgence de la demande conduit généralement à privilégier les modes de contact direct[113]

[790] Le cas des réclamations[114] constitue une très bonne illustration de ce phénomène. Les assurés sociaux sont à l'origine de plus d'un million de réclamations chaque année, ce qui représente près de 2 % de l'ensemble des contacts qu'ils ont avec l'assurance maladie[115].

---

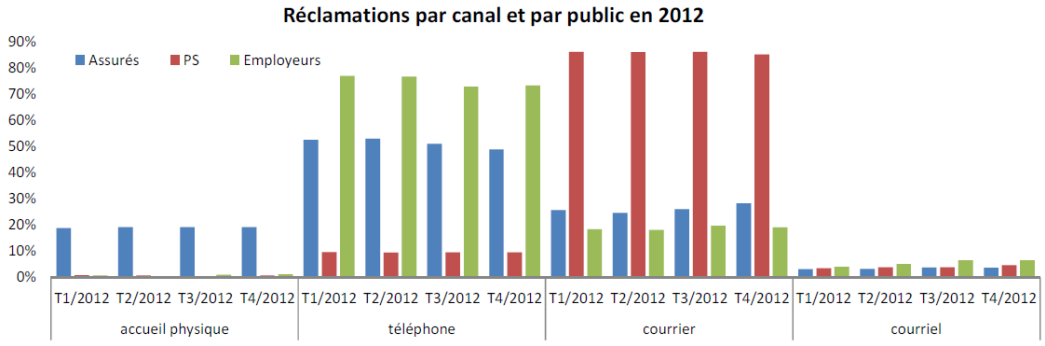
[111] Des constats largement comparables ont été faits par la mission sur la CPAM du Gard.

[112] L'arborescence des motifs dans l'outil de GRC Medialog se décline en super-motif, motif et sous-motif. Les prestations supplémentaires sont de nature très variées : ticket modérateur (cf. partie du coût des frais de maladie ou d'hospitalisation restant à la charge de l'assuré), transports non remboursables et frais de transport pour visite aux enfants et conjoints hospitalisés, participation aux frais de déplacement de la mère apportant le lait maternel à son enfant hospitalisé, suspension du travail pour visites à un enfant hospitalisé, incompatibilité du métier exercé avec un état de grossesse, appareillage divers, optique, dentaire, auditifs, fournitures diverses non remboursables, orthodontie, forfait journalier (forfait facturé à un patient pour chaque nuit d'hospitalisation), …

[113] Ce constat n'est pas toujours vrai comme l'illustre par exemple le cas de la CEAM dont le recours aux services en ligne se sont très fortement développé : cela s'explique non seulement par l'appétence des publics concernés pour ce canal mais aussi par le fait que le service en ligne peut être fait de bout en bout.

[791] Comme indiqué précédemment sur le graphique 1, les canaux de contacts physiques et téléphoniques représentent des volumes de contacts sensiblement comparables en moyenne annuelle nationale. Or pour l'émission d'une réclamation, les assurés sociaux ont recours de façon beaucoup plus forte au canal téléphonique qu'à l'accueil physique, signe d'une préférence nette pour ce mode de contacts (voir le graphique ci-dessous). A titre de comparaison, les professionnels de santé utilisent quant à eux presque exclusivement le courrier.

Graphique 12 : Réclamations par canal et par public en 2012



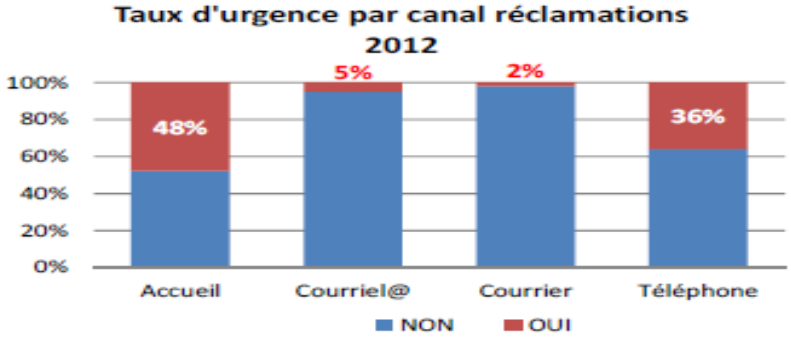
Source : CNAMTS

[792] Cependant, lorsque les assurés estiment que leur réclamation doit être traitée de façon urgente (ce qui arrive dans 20 % des cas), ils sont relativement plus enclins à se reporter sur l'accueil physique (voir le graphique ci-dessous). Ainsi, alors qu'à peine plus d'un tiers des réclamations transitant par téléphone sont considérées comme urgentes (36 %), c'est le cas de presque la moitié de celles qui sont faites par un accueil physique (48 %). Par ailleurs, une demande urgente ne transite quasiment jamais par courrier ou par courriel, ce qui s'explique aisément par le temps plus long de réponse pour l'assuré.

[114] Il faut être vigilant ici au fait que la définition de l'assurance maladie de ce qu'est une réclamation croise à la fois le mécontentement subjectif de l'assuré avec la modalité administrative de traitement de ce mécontentement (cf. traitement en niveau 2). Voir l'annexe relative à l'Ecoute clients des assurés sociaux par l'assurance maladie pour plus de détails.

[115] Ne pas prendre en compte les contacts par Internet conduit à presque doubler ce pourcentage.

Graphique 13 : Taux d'urgence par canal de réclamations en 2012



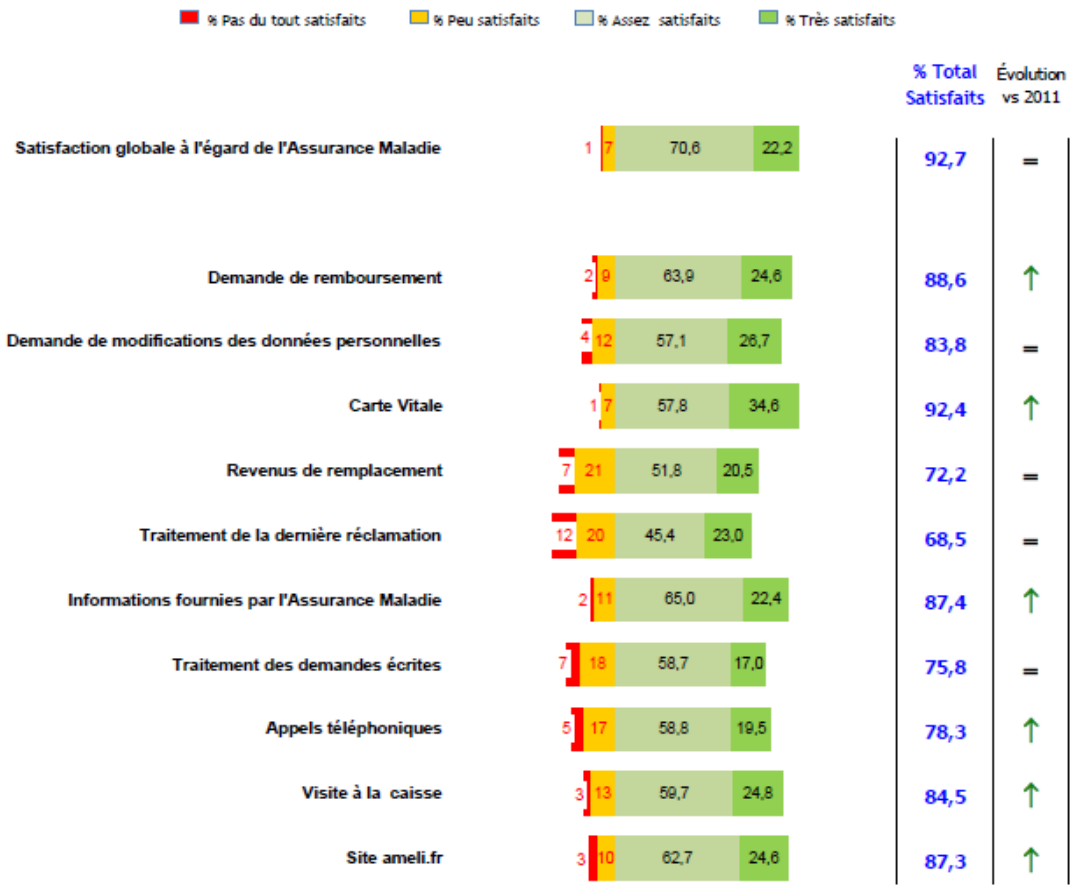
Source : *CNAMTS*

[793] Le cas des réclamations illustre donc bien le fait qu'en situation de difficultés (ce que traduit le fait d'émettre un mécontentement), les assurés privilégient les modes de contact qui permettent une meilleure personnalisation du contact.

2.2.2 Les possibilités offertes par chaque canal de contact sont diversement appréhendées par les populations selon leur profil socio-démographique et les caractéristiques de leur territoire d'appartenance

[794] D'une manière générale, le site ameli.fr est le canal qui remporte le plus fort taux de satisfaction (87,3 % d'assurés assez satisfaits et très satisfaits en 2012), devant l'accueil physique (84,5 %), le téléphone (78,3 %) et en dernier les demandes écrites (75,8 %) (voir graphique ci-dessous). A l'exception d'Internet, ces résultats ne sont pas particulièrement élevés, le taux de satisfaction globale à l'égard de l'assurance maladie s'élevant par comparaison à 92,7 %. De plus, le taux de personnes très satisfaites est notablement faible pour les canaux de contacts écrits et téléphoniques (moins de 20 %), ce qui positionne ces modes de contacts parmi les items du questionnaire ayant les performances les plus faibles. En comparaison, l'item « traitement de la dernière réclamation » réunit plus de personnes très satisfaites (23 %).

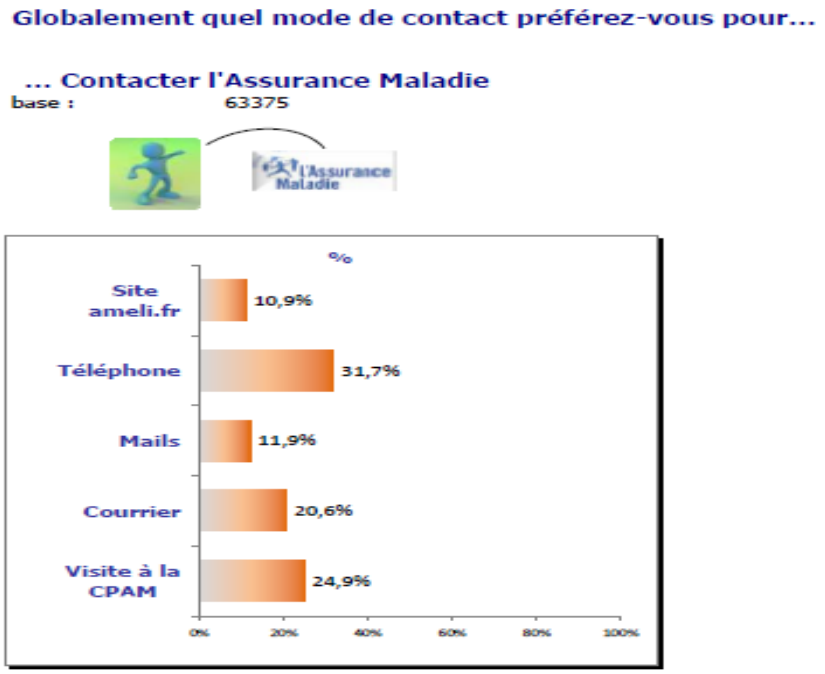
Graphique 14 : La satisfaction des assurés sociaux vis-à-vis de l'offre de services de l'assurance maladie en 2012



Source : *CNAMTS*

[795] Ces résultats sont d'autant plus problématiques que le téléphone est le mode de contacts que les assurés déclarent préférer pour contacter l'assurance maladie tandis que le site ameli.fr est celui vers lequel ils s'estiment le moins enclins à se porter (voir graphique ci-dessous).

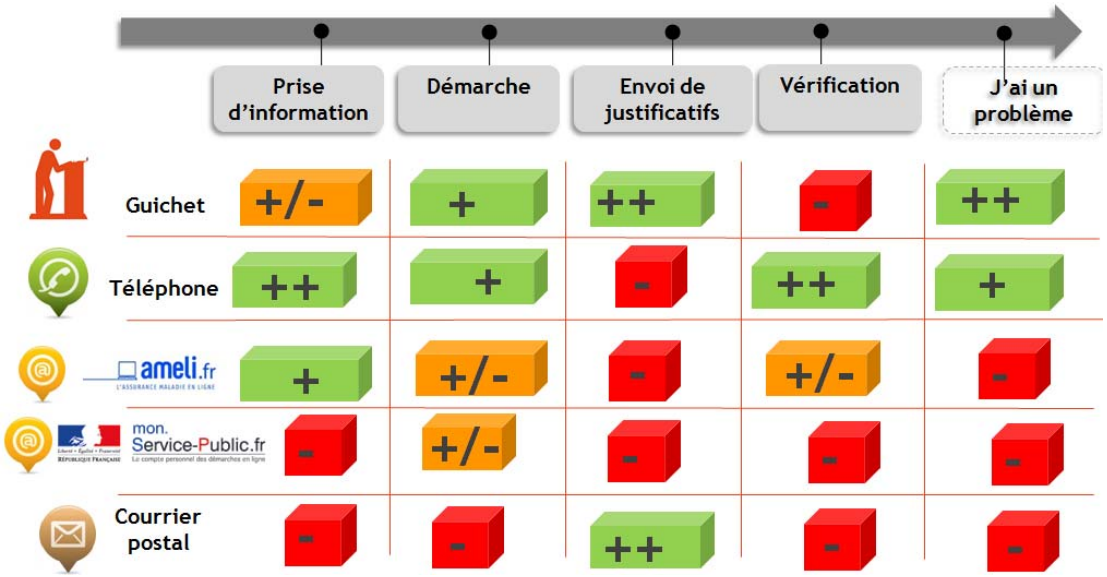
Graphique 15 : L'appétence varie d'un contact à l'autre



Source : *CNAMTS*

[796] Comme a permis de le montrer l'étude qualitative commanditée par la mission en lien avec le SGMAP sur l'orientation des assurés dans l'offre multicanal en situation de déménagement, les assurés perçoivent de façon fortement différenciée les apports de chaque canal de contacts (cf. graphique ci-dessous). A titre d'exemple, alors qu'Internet et le téléphone paraissent très pratiques pour de la prise d'informations, les services dématérialisés ne sont pas perçus très positivement pour mener effectivement ses démarches.

Graphique 16 : Goût pour chaque contact en fonction de la tâche à effectuer par l'assuré



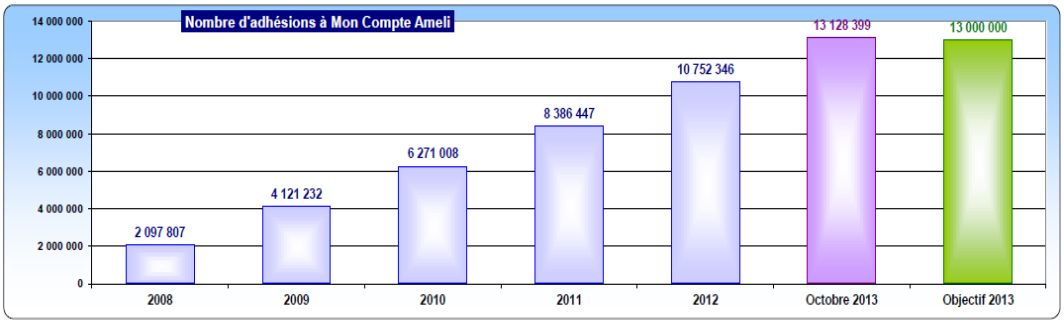
Source : *BVA, en lien avec le SGMAP.*

[797] Ces écarts de perception entre canaux nécessitent de comprendre plus finement, au-delà des motifs de contacts, pourquoi les personnes s'orientent vers tel ou tel canal pour effectuer leur demande en décortiquant leurs pratiques et ainsi mieux cerner les raisons pour lesquelles leur satisfaction varie si fortement d'un canal à l'autre.

2.2.2.1 Internet : un recours fortement déterminé par la qualité de la couverture réseau et par l'appétence pour les nouvelles technologies des affiliés du territoire

[798] Le nombre d'adhérents a augmenté de façon conséquente ces cinq dernières années pour dépasser en 2013 les 13 millions d'adhérents assurés (voir graphique ci-dessous) ce qui correspond à environ 36% des assurés. La croissance forte du nombre d'affiliés a été portée par la fixation d'un objectif CPG de 35,55 % en moyenne nationale en 2013, ce qui a été atteint à l'automne. Cependant, une telle croissance ne dit pas grand-chose des caractéristique des adhérents au compte ni même de l'utilisation effective qu'ils en ont.

Graphique 17 : Nombre d'adhésions au compte Ameli entre 2008 et 2013

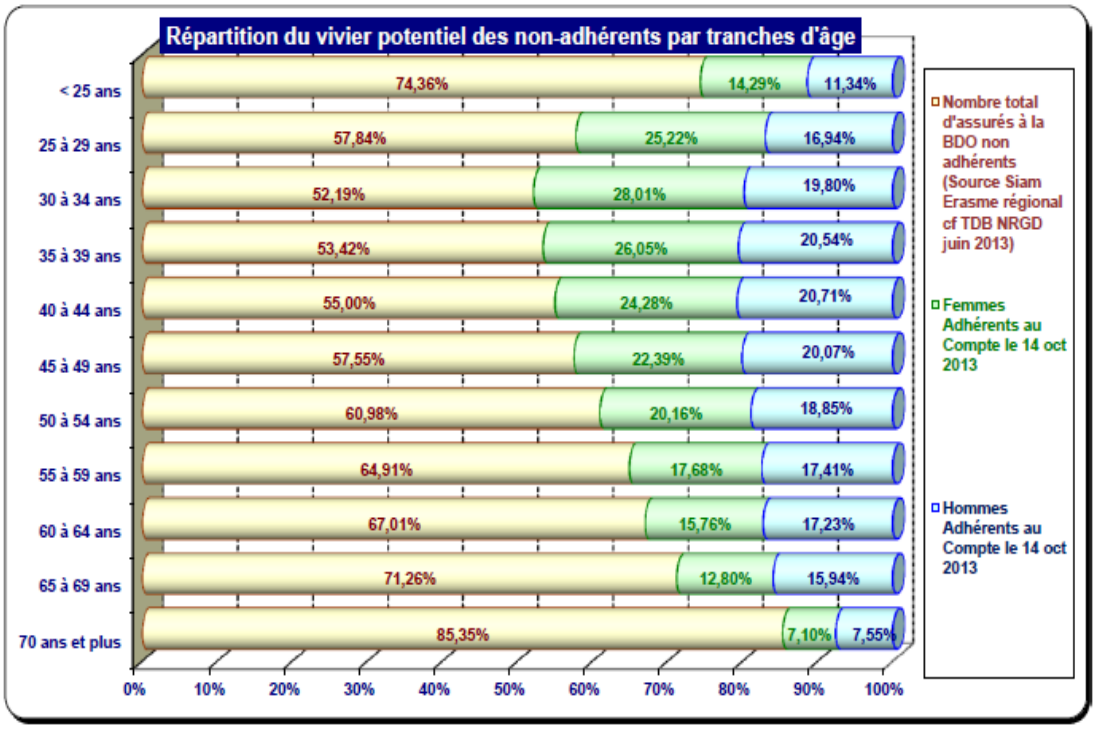


Source : *CNAMTS*

[799] Le graphique ci-dessous illustre plusieurs phénomènes caractéristiques. Tout d'abord, il fait ressortir le fait que, sans surprise, plus on est âgé, moins on adhère au compte Ameli. Ainsi, tandis que seuls 15 % des affiliés de plus de 70 ans ont adhéré au compte à ce jour, ils sont près de la moitié dans ce cas pour les affiliés âgés entre 30 et 40 ans.

[800] L'adhésion au compte est par ailleurs plus le fait des femmes que des hommes : ainsi tandis que les femmes adhérentes représentent 28 % des affiliés âgés entre 30-34 ans[116], les hommes adhérents sont moins de 20 % sur cette tranche d'âge. Ce constat corrobore les observations qualitatives de la mission sur le terrain tendant à montrer que ce sont plus souvent les femmes que les hommes qui entrent en contact avec l'assurance maladie. Les conseillers rencontrés par la mission ont à plusieurs reprises attesté du fait qu'il est fréquent que les femmes contactent l'assurance maladie pour leur mari ou leurs enfants, ce que les hommes ont moins tendance à faire de leur côté. Cependant, plus les affiliés sont âgés, plus ce phénomène de surreprésentation des femmes s'estompent, jusqu'à même s'inverser au dessus de 60 ans. Dès lors, il existe un contraste fort entre les femmes et les hommes : tandis que l'adhésion au compte de ces derniers varie peu avec l'âge (entre 25 et 69 ans, les taux varient de quelques points de pourcentage), pour les femmes, les taux d'adhésion varient du simple à plus du double entre 25 et 69 ans.

Graphique 18 : Répartition du vivier potentiel des non-adhérents par tranches d'âge

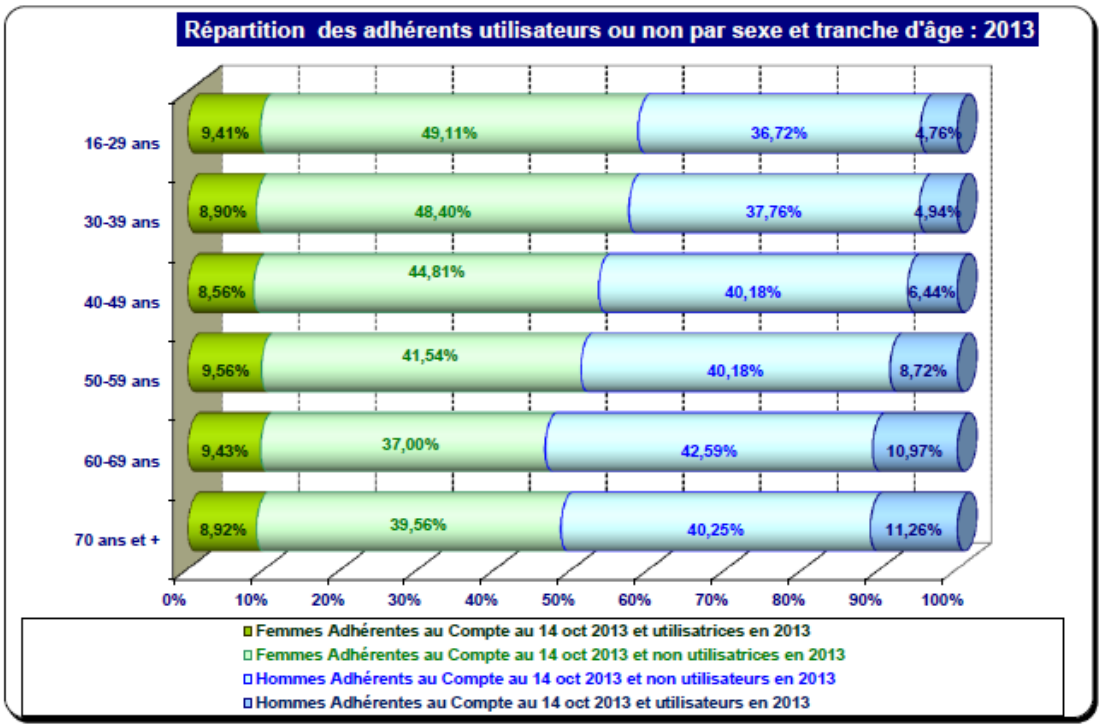


Source : *CNAMTS*

[801] Ce contraste entre les femmes et les hommes selon l'âge s'accentue au regard de l'utilisation effective du compte. En effet, un certain nombre d'affiliés ont un compte assuré mais ne l'utilise pas. Ainsi parmi les adhérents, le taux de non utilisation varie entre 14 % des adhérents chez les 30-39 ans et 20 % chez les 70 ans et plus. Chez les hommes, le ratio de non utilisation parmi les adhérents oscille entre près d'un sur dix chez les 16-29 ans et un sur cinq chez les 70 ans tandis que chez les femmes, le ratio est compris entre un peu moins d'un sur six pour les 30-39 ans et un sur cinq chez les 60-69 ans.

[116] Cela peut s'expliquer par l'incidence de la maternité qui fait l'objet de contacts accrus entre les affiliées et l'assurance maladie.

Graphique 19 : Répartition des adhérents utilisateurs ou non par sexe et tranche d'âge en 2013



Source : *CNAMTS*

[802] En conclusion, les femmes ont tendance à être plus souvent adhérente au compte que les hommes, mais, lorsqu'elles ouvrent un compte, elles en font une moindre utilisation. Concernant l'âge, les jeunes non seulement ont plus facilement le réflexe d'ouvrir un compte Ameli, mais aussi l'utilisent plus fréquemment.

[803] L'enquête de satisfaction auprès des utilisateurs du compte Ameli menée en 2012 permet d'observer que la rubrique « Mes demandes » présente le plus faible niveau de satisfaction, avec 80,5 % d'assurés satisfaits dont 26,5 % de très satisfaits en 2012, quand par exemple la praticité d'ouverture du compte réunit 93,1 % d'assurés satisfaits dont 67,6 % de très satisfaits. Cela peut s'expliquer par le fait que c'est dans la rubrique « Mes demandes » que les adhérents attendent de l'assurance maladie la personnalisation la plus forte du service, personnalisation qu'il est par définition plus difficile de produire sur ce canal n'offrant pas de contact direct entre un conseiller de l'assurance maladie et l'assuré. Au final, les rubriques « Vos paiements » et « Vos informations personnelles » qui sont celles qui ont les taux d'utilisation les plus élevés ont des taux de satisfaction importants et constituent donc les produits d'appel du compte Ameli.

[804] De tels éléments, qui mériteraient d'être approfondis par l'analyse d'autres variables sociodémographiques, sont des indicateurs qui peuvent être très utiles pour définir dans l'avenir la stratégie de promotion du compte auprès des affiliés la plus efficace possible. Ainsi, si la simple ouverture du compte induit généralement son utilisation chez les jeunes en particulier les jeunes hommes, cet enchaînement est loin d'être automatique chez les personnes plus âgées et chez les femmes. La promotion du compte pour ces populations gagnerait donc à développer des actions de « prise en main » permettant aux affiliés de véritablement voir l'intérêt qu'ils auraient à y recourir par la suite, au-delà de la simple ouverture initiale du compte. Par ailleurs, la promotion du compte a tout intérêt à valoriser ce que les adhérents peuvent faire comme démarches grâce aux rubriques « Mes paiements » et « Mes informations personnelles », deux rubriques très utilisées et très appréciées.

[805] ***Une meilleure connaissance des spécificités territoriales d'accès au compte Ameli comme levier d'une véritable stratégie locale d'utilisation des services en ligne***

[806] La moyenne nationale de 36 % fin 2013 des affiliés adhérents au compte Ameli cache de très fortes disparités entre caisses. En effet, seules 39 caisses sur 106, soit 37 % des caisses, atteignent ou dépassent l'objectif COG. L'atteinte de l'objectif est dès lors rendue possible grâce à la surreprésentation des grosses caisses, notamment en zones urbaines, parmi les caisses atteignant la cible de 35,55%.

[807] Il existe de fait une forte différenciation du taux de pénétration du compte assuré selon les territoires : les 10 départements métropolitains où le taux de pénétration est le plus faible (entre 22 et 27 % d'adhésion au compte parmi les affiliés) sont des départements à dominante rurale et à très faible densité de population : Cantal, Lozère, Meuse, Indre, Aisne, Ariège, Haute Saône, Orne, Creuse. En revanche, les 10 départements ayant les plus forts taux d'adhésion au compte assuré ne sont pas exclusivement des départements à dominante urbaine et à forte densité même s'ils occupent une place importante (cf. Yvelines, Hauts-de-Seine, Rhône, Seine-et-Marne, Val de Marne). En effet, on trouve également des départements semi-ruraux ayant des densités de population moyennes voire faibles, se situant entre 69 et 121 habitants au km² (cf. Pyrénées Atlantiques, Gard, Marne ou Manche). Un département français se distingue très fortement des autres départements : les Alpes Maritimes. En effet, ce département à densité de population moyenne dont une des caractéristiques est d'avoir sur son territoire une plus forte proportion de personnes âgées qu'ailleurs en France a un taux d'adhésion au compte de 57%, soit 13 points de pourcentage devant le second département au classement. Un tel score est rendu possible par le fait que ce territoire a une bonne couverture Internet mais s'explique pour une large part du fait d'une promotion très forte du compte par la caisse auprès des assurés. La mission lors de son déplacement dans le Gard (classé 3ème nationalement) a constaté une forte volonté de la CPAM de promouvoir le compte. La mission ne dispose pas de données d'utilisation par adhérent comme par exemple le taux de fréquentation par mois par adhérent qui permettrait de valider véritablement l'utilisation plus forte sur ces territoires du compte Ameli ; cependant, les écarts entre caisses quant aux taux d'adhésion sont tellement élevés que cela reflète bien des différences d'appropriation par les populations et de stratégie des caisses.

[808] Ces analyses territoriales détaillées montrent deux points :

- Il existe une typologie claire des territoires sur lesquels le compte assuré se développe peu. Ce sont des départements ruraux, à forte surreprésentation de personnes âgées et à faible densité de population où il est probable que la couverture Internet du territoire est peu performante, élément sur lequel l'assurance maladie n'a pas de moyen d'action autre que de sensibiliser la Datar et les collectivités territoriales quant à l'intérêt d'une meilleure couverture réseau. Ces territoires du fait de leur faible densité de population réunissent *in fine* une proportion très faible de la population française.
- Il n'existe pas de typologie claire des territoires où le compte assuré est un succès. Des territoires à relativement faible densité (cf. Marne), semi-ruraux et avec une forte prévalence de la pauvreté (ex. Gard) ou de populations âgées (cf. Alpes Maritimes, Manche) parviennent malgré tout à s'élever en tête de classement. Si avoir une couverture Internet du territoire satisfaisante est une condition nécessaire à ce succès, ce n'est donc pas une condition suffisante. L'action de promotion du compte assuré par la caisse joue indubitablement un rôle décisif qui peut même aller jusqu'à contrebalancer certaines caractéristiques sociodémographiques a priori défavorables à l'utilisation forte des nouvelles technologies sur certains territoires. Cette deuxième catégorie de territoire réunit la majorité de la population française.

[809] Pour ces différentes raisons, la mission considère qu'une progression forte est encore possible en particulier pour les territoires où la couverture Internet est satisfaisante. Une analyse différenciée des caisses au regard de ce paramètre permettrait de fixer des objectifs plus ambitieux caisse par caisse et d'apporter un soutien opérationnel à chacune pour lui indiquer le type d'actions le plus efficace sur son territoire au regard du profil de la population et de la couverture réseau.

Recommandation n°46 : Mettre en place un plan d'actions structuré pour accroître massivement le taux d'adhésion au compte assuré Ameli par caisse, à l'exception des quelques territoires cumulant des facteurs défavorables à ce développement (ex. mauvaise couverture réseau, population très âgée et très faible densité de population sur le territoire).

2.2.2.2 Le courriel : un canal que peu d'affiliés utilisent mais qui est perçu comme rapide et souple par ceux qui y ont recours

[810] Le courriel est un canal de contacts aujourd'hui très peu utilisé : alors que plus de 13 millions d'assurés possèdent un compte Ameli et que près de 9 millions de connexions mensuelles sont recensés, à peine 250 000 courriels sont envoyés en moyenne chaque mois. En faisant l'hypothèse, par définition fausse, que ces courriels proviennent d'utilisateurs distincts, cela signifie que moins de 2 % des assurés recourent au courriel chaque mois. Or cette estimation majore sans nul doute très largement la réalité[117]. Sur la période de la COG, alors que le nombre d'adhérents au compte a été multiplié par plus de trois, le nombre de courriels envoyés n'a pas augmenté. Ce phénomène inattendu s'explique en partie par la diversification intervenue entre 2010 et 2013 quant à l'offre de services sur le compte. En effet, un certain nombre de demandes transitant hier par le courriel, comme par exemple la demande de formulaires ou d'attestations, peut-être directement effectué à présent sur le compte ; dès lors, les envois de courriels ont pour motif des demandes plus complexes, telles qu'une aide à la compréhension de la législation par exemple. Cela étant, le chiffre exceptionnellement bas de recours aux courriels doit appeler l'attention de l'assurance maladie pour en promouvoir un usage plus intensif en particulier pour les demandes que les adhérents au compte Ameli effectuent aujourd'hui par téléphone et qui pourraient aisément transiter par courriel. Ce canal de contacts présente l'intérêt majeur pour l'assurance maladie de pouvoir lisser les flux, la réponse à apporter se faisant sous 48 heures et non immédiatement comme par téléphone.

[811] La satisfaction des utilisateurs du canal courriel doit donc être analysée de façon fine afin de permettre d'en promouvoir efficacement l'usage auprès des adhérents au compte Ameli qui n'y recourent pas aujourd'hui. Une enquête de décembre 2011 en sortie de service, c'est-à-dire en même temps à la suite d'une réponse au courriel de l'assuré, permet de mieux comprendre pourquoi les personnes ont eu recours au courriel et quelles sont leurs attentes et leur satisfaction[118].

---

[117] De fait, une partie non négligeable des 250 000 mails envoyés mensuellement émanent probablement des mêmes utilisateurs et non d'utilisateurs distincts.

[118] Il faut prendre avec précaution les résultats d'une telle enquête pour deux raisons : 1) la structure des répondants est en partie biaisée (cf. les 25-39 ne représentent que 27% de l'échantillon alors qu'ils représentent 36% des personnes ayant un compte et à l'inverse, les plus de 55 ans représentent 32% des répondants alors qu'ils ne représentent que 26% des adhérents au compte) et l'assurance maladie ne réalise pas de repondération des réponses, ce qui améliorerait pourtant la robustesse statistique des résultats. 2) les utilisateurs du courriel qui n'auraient pas reçu de réponse à leur dernier courriel ne sont, par définition, pas dans l'échantillon cible. Or l'enquête annuelle de satisfaction auprès des assurés réalisée en 2011 et 2012 montre qu'à la question « En général, dans quel délai obtenez-vous une réponse de l'assurance maladie après avoir envoyé un courriel ? », presque 5 % répondent « je n'ai pas reçu de réponse », ce qui représente près d'un cas sur dix si l'on ne tient pas compte des personnes n'ayant jamais envoyé de courriel. Cette réponse ne signifie pas forcément que les personnes n'ont pas eu de réponse mais peut-être qu'elles ne se sont pas aperçues qu'elles avaient eu de réponse, soit parce qu'elles ne sont pas allées sur leur messagerie, où est envoyée une notification les informant qu'un message a été reçu sur leur compte ameli, soit parce qu'elles ne sont pas retournées sur leur compte ameli.fr.

[812] Les assurés ayant déjà envoyé un courriel ont connu ce mode de contact en adhérant au compte assuré dans 70 % des cas ou grâce à des recherches sur Internet (17 %). La promotion faite par la caisse n'intervient que dans 3 % des cas. Les assurés qui ont été interrogés immédiatement après avoir envoyé un courriel déclarent avoir privilégié ce mode de contact plutôt que le téléphone ou une visite principalement du fait de sa commodité d'utilisation (cf. simple, pratique, disponible à toute heure) et du gain de temps pour faire ses démarches. Les arguments relatifs à la gratuité du service et à la conservation d'une trace écrite des échanges interviennent respectivement dans 10 et 8 % des cas. A l'inverse, le rejet par ces utilisateurs du procédé téléphonique ou physique s'explique principalement par le délai d'attente jugé excessif pour le téléphone (14%) et par la réticence à se déplacer en caisse, en particulier si elle est jugée loin (21 %). En d'autres termes, parmi les utilisateurs du courriel, 78 % déclarent avoir une préférence pour ce mode de contact. A la question « La prochaine fois que vous aurez une question à poser à l'assurance maladie, serez-vous prêt à choisir le courriel plutôt que le téléphone ou de vous déplacer dans votre caisse ? », plus de 94 % des personnes répondent oui.

[813] Par conséquent, ce mode de contact courriel est à ce jour peu utilisé mais paraît généré une forte fidélisation des assurés qui y ont recours, en particulier pour les demandes relatives aux prestations en nature, ce qui est un point d'appui fort pour en assurer dans l'avenir le développement, et ce d'autant plus que près de 92 % des utilisateurs des courriels se disent prêts à recommander ce canal de contact à leur proche[119].

[814] Au-delà de ce premier bilan général positif, les attentes des assurés qui utilisent le courriel semblent imparfaitement satisfaites. En effet, si près des deux tiers déclarent avoir eu une réponse à leur question qui leur a permis de savoir clairement ce qu'ils avaient à faire, ils sont 18 % à avoir eu une réponse qui n'a pas levé toutes leurs interrogations et qui va leur nécessiter de demander des précisions et 17 % à avoir eu une réponse qui en définitive ne leur apprend rien dans la mesure où, après la réponse, il se pose toujours la même question. Dans le premier cas, l'absence de complétude de la réponse ou d'anticipation des questionnements ultérieurs de l'assuré risque de générer de la réitération de contacts sur le même canal courriel et dans le second cas, il est très probable que l'assuré va se détourner du courriel pour réitérer sa demande via un autre canal (cf. téléphone ou accueil physique). Dans ces cas, la pire situation est celle où l'assuré ne réitère pas sa demande et qui donc risque soit d'engager des démarches inadéquates soit de les abandonner, ce qui peut par exemple être source de non recours.

[815] L'analyse de la satisfaction et de l'insatisfaction des utilisateurs du courriel permet dès lors de mieux comprendre pourquoi près d'un tiers des personnes n'ont pas la réponse complète qu'elles attendent.

[816] Ce mode de contact apporte de la satisfaction principalement du fait de la simplicité des démarches à effectuer pour l'assuré (cf. rapidité, commodité, gratuité, clarté, traçabilité), plus que pour la nature des réponses apportées. En effet, l'analyse de l'insatisfaction montre que dans près de 62 % des cas les personnes trouvent que les réponses ne sont pas satisfaisantes (cf. manque de détails, pas assez à jour, pas de véritable solution apportée au problème posé) et dans 50 % des cas de délais de réponse jugés trop longs[120].

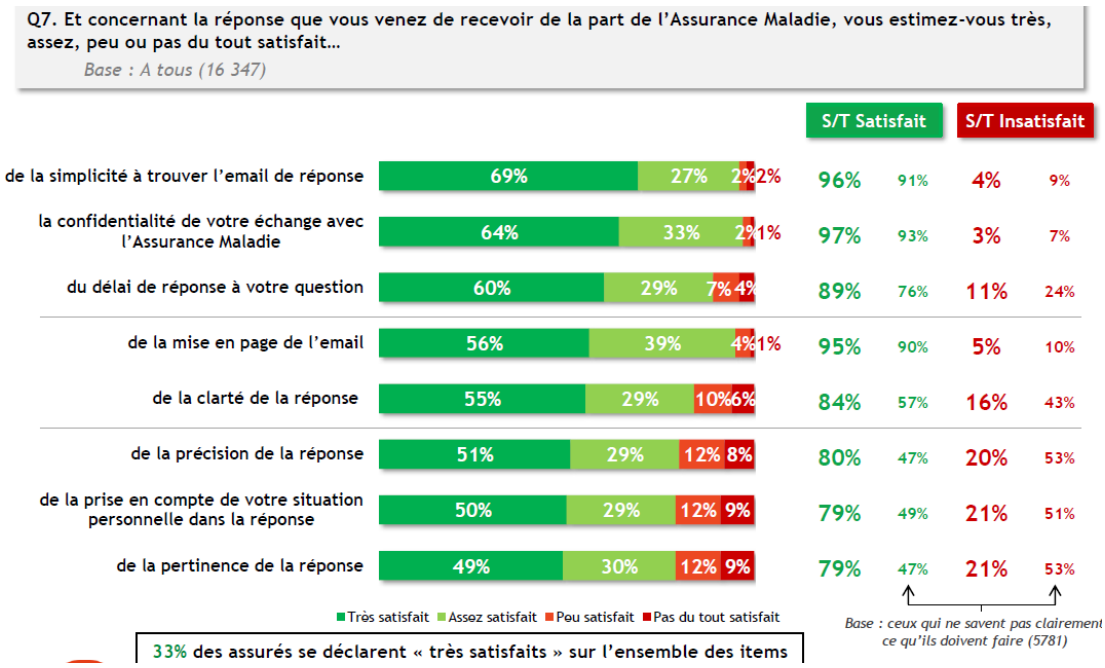
---

[119] Ce chiffre particulièrement élevé devrait inciter l'assurance maladie à réfléchir sur les manières de capitaliser dessus afin d'amener un maximum d'assurés à utiliser le canal de contacts courriel, en organisant par exemple des campagnes spécifiques de communications auprès des adhérents du compte sur ce chiffre. L'argumentaire à faire valoir pourrait par exemple être « 92 % des utilisateurs de courriels recommandent ce mode de contact à leurs proches : et pourquoi pas vous ? »

[120] Ces résultats sont à prendre avec grande précaution du fait de la très grande faiblesse de l'échantillon des répondants à cette question dans l'enquête.

[817] Une analyse plus approfondie des moteurs de la satisfaction et de l'insatisfaction permet de constater que les items générant le plus de satisfaction ou le moins d'insatisfaction (cf. où les assurés très satisfaits sont les moins nombreux et où les assurés très insatisfaits sont très représentés) sont ceux permettant *in fine* à l'assuré d'avoir une lecture personnalisée de la réponse (cf. précision de la réponse, prise en compte de la situation personnelle de l'assuré dans la réponse et pertinence de la réponse) (voir le graphique ci-dessous). En d'autres termes, la personnalisation de la réponse apparaît clairement comme l'enjeu majeur de la fidélisation des personnes sur Internet. D'après les observations de la mission sur plateformes de traitement des courriels, la difficulté de personnalisation de la réponse s'explique en partie par le peu d'informations que les assurés donnent en général sur leur situation[121]. Or les téléconseillers ont à la fois peu de temps et des outils limités pour explorer les détails de la situation personnelle de chacun. Cela les empêche donc d'apporter une réponse aussi fine que ce que sont en droit d'attendre les assurés.

Graphique 20 : Les déterminants de la satisfaction quant à la réponse de l'assurance maladie aux courriels, décembre 2011



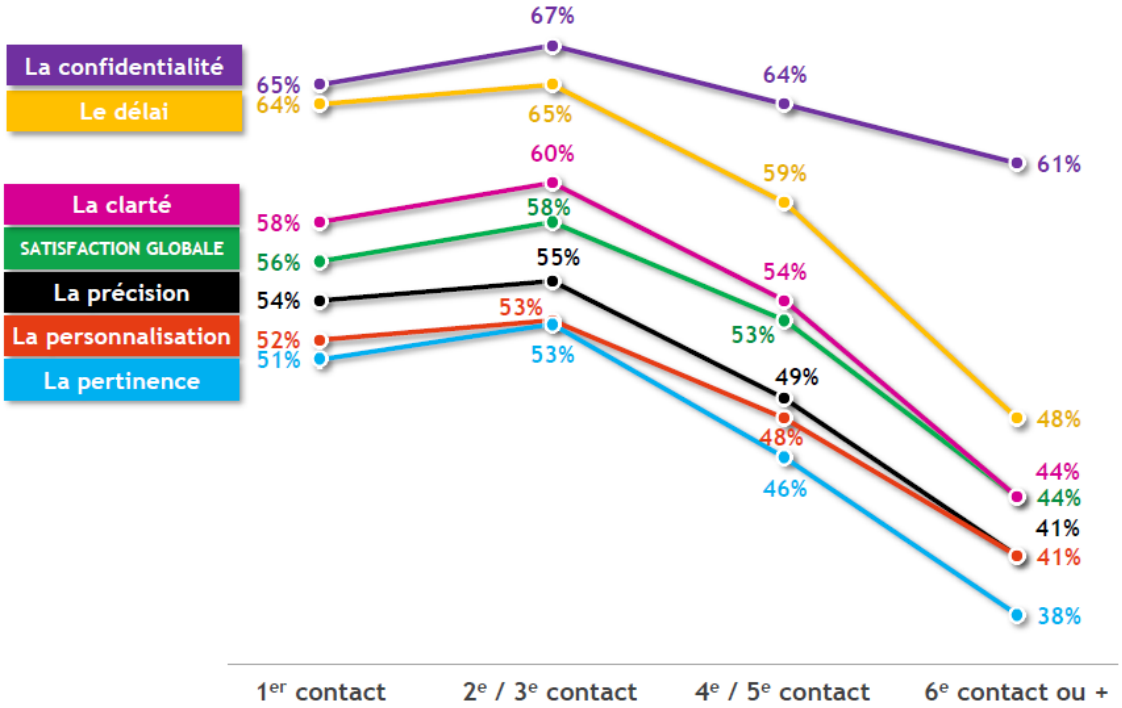
Source : CNAMTS

[121] Les écoutes sur plateformes téléphoniques ont eu tendance à montrer que beaucoup d'assurés pensent que l'assurance maladie a une vision omnisciente de leur situation et que tout conseiller connaît l'intégralité de leur dossier très aisément du fait des nouvelles technologies, ce qui dans les faits est très loin d'être le cas, même si des progrès sont en cours (voir en partie 3 de la présente annexe la présentation de la fiche clients).

[818] Ce manque de personnalisation ressentie et objective du courriel a des effets sur l'orientation des assurés dans leur choix du canal de contacts pertinent au regard du motif de leur demande : ainsi, tandis que les utilisateurs du courriel déclarent à 88 % que, pour une demande de document, ils privilégieraient le courriel (82 % pour une information générale), ils ne sont plus que 71 % si l'objet du contact est de poser une question sur ses droits et 65 % si le motif est de poser une question sur sa situation personnelle. Dans ces deux derniers cas, deux tiers des assurés préfèrent le canal téléphonique et un tiers la visite en CPAM. Les assurés évaluent donc au cas par cas le coût associé à chaque démarche (cf. argent, temps, simplicité) et le besoin ressenti de personnalisation de la réponse attendue pour choisir le canal qui leur paraît le plus pertinent, et selon cet arbitrage coûts-bénéfices choisissent *in fine* des canaux différents. Identifier les déterminants de ces choix peut être particulièrement utile pour l'assurance maladie afin, d'une part, de faire évoluer les représentations des assurés et donc leur orientation dans le multicanal dans une logique d'efficience et, d'autre part, de mieux cibler les voies d'amélioration du service sur ce canal.

[819] La question de la personnalisation du service sur le canal courriel est un sujet d'autant plus crucial pour son développement futur que plus les assurés ont fait un usage intense du courriel, plus ils expriment un mécontentement quant à la qualité des réponses apportées (voir graphique ci-dessous). Ainsi, tandis que lors des premiers contacts par courriel, les assurés sont fortement satisfaits, la satisfaction quant à l'usage du courriel décline rapidement ensuite, baisse largement imputable à l'insatisfaction croissante qui gagne les assurés quant au fait que les réponses de l'assurance maladie ne leur permettent pas suffisamment de comprendre ce qu'ils doivent faire au regard de leur situation personnelle (cf. clarté, précision, pertinence, personnalisation). A titre d'exemple, sur l'item « personnalisation », la proportion d'assurés très satisfaits est de l'ordre de 53 % pour les personnes n'ayant envoyé qu'un à trois courriels depuis leur première utilisation de ce canal, mais chute à 41% pour les assurés ayant eu au moins six contacts par courriel. En d'autres termes, une fois que l'effet « découverte » du canal est passé, découverte qui apporte une grande satisfaction initiale du fait de sa simplicité d'utilisation, la standardisation trop forte des réponses tend à générer de l'insatisfaction de la part des assurés qui voient alors les limites actuelles de l'outil. Ce phénomène d'usure de la satisfaction doit particulièrement alerter l'assurance maladie car il pourrait à moyen terme entraver le développement de ce canal de contacts. Le fait que le nombre de courriels envoyés ne décolle pas depuis plusieurs années pourrait d'ailleurs s'expliquer par ce phénomène.

Graphique 21 : Pourcentage de très satisfaits du dernier contact par email selon le nombre de contacts avec l'assurance maladie, décembre 2011



Source : *CNAMTS*

[820] Diverses pistes pour mieux personnaliser la réponse aux courriels ainsi que l'anticipation des questions ultérieures de l'assuré viendront de fait de l'amélioration des outils informatiques : la création d'une fiche client à disposition des téléconseillers est une voie prometteuse (voir partie 3) mais il serait aussi imaginable que, pour certains motifs de contact appelant souvent une forte personnalisation ultérieure de la demande, un préformatage du courriel d'envoi de l'assuré soit effectué dans l'outil EPTICA avec différents champs obligatoires sur la situation personnelle de l'assuré à remplir avant tout descriptif de la demande.

Recommandation n°47 : Accroître la personnalisation des réponses sur le canal de contacts courriel.

[821] L'analyse plus détaillée de la satisfaction relative au délai de réponse permet par ailleurs d'identifier des phénomènes de décrochage de la satisfaction des assurés en fonction du délai (voir tableau ci-dessous). Ces effets de seuil sont d'autant plus importants qu'outre l'insatisfaction générée, cela accroît le risque que l'assuré réitère sa demande sur le même ou sur un autre canal, ce qui génère des coûts inutiles pour l'assurance maladie et pour l'assuré. Ainsi, la satisfaction est élevée si le délai de réponse est inférieur à trois jours (90,7 %), puis diminue faiblement (cf. elle reste supérieure à 80 % jusqu'à 5 jours). A partir de 5 jours, la baisse se fait plus sensible mais le véritable décrochage intervient pour un délai de réponse supérieur à huit jours (seulement 51,6 % d'utilisateurs satisfaits)[122].

[122] Ces analyses appellent deux remarques de vigilance méthodologique : 1) pour consolider ces résultats et l'identification de ces seuils, il faudrait tester le questionnaire avec d'autres modalités de réponse (ex 2 jours, 4 jours, 7 jours, 10 jours,…), 2) il serait plus pertinent de travailler sur le taux d'assurés très insatisfaits ou insatisfaits pour analyser l'impact des délais longs de réponse dans la mesure où cet élément ne constitue pas un facteur d'excellence (ex. passer de 10 jours à 6 jours a peu de chance de faire augmenter de manière considérable la proportion d'assurés très satisfaits) mais plutôt un irritant (ex passer de 10 jours à 6 jours a de grandes chances de faire sensiblement diminuer la proportion d'assurés très insatisfaits).

Graphique 22 : Taux de satisfaction des utilisateurs du courriel en fonction du délai de réponse en 2012

MAILS % satisfaits	NATIONAL				Délai de réception des réponses aux mails adressés à l'Assurance Maladie									
					moins de 3 jours		Entre 3 et 5 jours		Entre 5 et 8 jours		Plus de 8 jours		Je n'ai pas reçu de réponse à mon mail	
	Base 2012	% satisfaits 2011	% satisfaits 2012	Évol.	% satisfaits 2012	Ecart	% satisfaits 2012	Ecart	% satisfaits 2012	Ecart	% satisfaits 2012	Ecart	% satisfaits 2012	Ecart
Satisfaction globale "Traitement de vos demandes"	7 107	74,8	76,5	↑	90,7	+	82,3	+	73,6	-	51,6	-	42,5	-

Source : CNAMTS

[822] Comme indiqué précédemment, la stratégie opérationnelle de l'assurance maladie consiste aujourd'hui à viser une réponse en 48 heures pour les courriels simples (cf. traitement de niveau 1) et une réponse en une semaine au plus pour les courriels complexes (cf. traitement de niveau 2). Si ces objectifs paraissent globalement pertinents au regard de l'évolution de la satisfaction en fonction des délais, leur pertinence pourrait être renforcée : ainsi, partant du principe que la satisfaction reste supérieure à 90 % en deçà de 3 jours, on pourrait viser une réponse de niveau 1 en moins de 72 heures, et non 48 heures. Les moyens ainsi économisés pourraient permettre de travailler plus spécifiquement sur les courriels reçus il y a au moins 7 jours en attente de réponse afin d'en limiter le nombre. Une priorisation des courriels à traiter en fonction du degré d'urgence de la demande serait aussi une voie permettant d'améliorer la satisfaction sans coût supplémentaire de gestion pour l'assurance maladie.

Recommandation n°48 : Affiner la stratégie opérationnelle de traitement des courriels au regard des données relatives à la satisfaction des assurés.

[823] En conclusion, au regard du faible usage du courriel aujourd'hui et de la forte fidélisation de ses utilisateurs, la mission considère qu'un effort particulier doit être réalisé par l'assurance maladie pour en assurer un développement plus grand en visant à la fois une utilisation par un nombre plus large d'affiliés et une personnalisation accrue du service. Une telle évolution nécessitera une montée en compétence des agents de niveau 1 des plateaux de traitement des courriels (cf. problématiques RH de la partie 4 de la présente annexe).

2.2.2.3 Le site mobile et l'application Smartphone : un canal dématérialisé de contact préférentiellement utilisé par les femmes jeunes et les hommes âgés, et dans les territoires ruraux

[824] Comme pour l'analyse des pratiques sur le compte assuré, les grilles de lecture socio-démographique d'un côté et territoriales d'un autre sont particulièrement éclairantes pour comprendre les usages et déterminer le développement à attendre dans l'avenir de ce canal de contact.

[825] ***Une prépondérance massive des femmes jeunes qui appellent un traitement spécifique de ce canal***

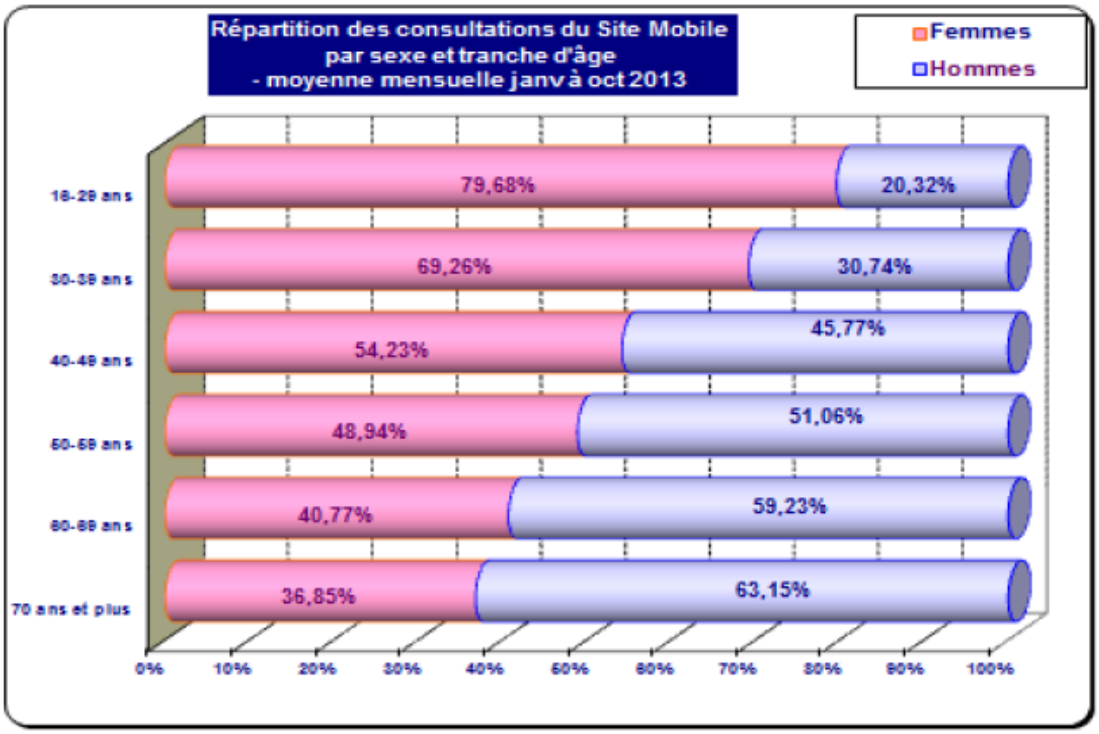
[826] Ce mode de contact dématérialisé présente deux intérêts majeurs pour les assurés équipés d'un Smartphone : ils peuvent, comme pour l'accès à Internet en général, se connecter à l'heure qu'ils souhaitent. On observe ainsi que si près de 60 % des connexions au site mobile interviennent sur des heures correspondant aux heures d'ouverture des accueils physiques des caisses, 40 % se font en dehors de ces plages horaires avec même 12 % des connexions qui interviennent entre 21 heures et minuit[123]. Par ailleurs, les utilisateurs peuvent recourir à ce mode de contact lors de déplacements en dehors des lieux habituels où ils se connectent à Internet par ordinateur, c'est-à-dire sur leur lieu de travail ou à leur domicile.

[827] Le recours à ce mode de contact est encore plus discriminant sociologiquement que les autres canaux dématérialisés. Ainsi environ les deux tiers des consultations sont le fait des femmes[124], en particulier entre 16 et 39 ans. Cependant, la tendance à une plus large utilisation des hommes au fil des âges est ici marquée d'une manière particulièrement forte et intervient plus tôt en âge. Ainsi, tandis que les femmes de 16 à 29 ans représentent près des quatre cinquièmes des consultations du site mobile parmi les affiliés appartenant à leur tranche d'âge, passé 50 ans, les consultations sont majoritairement le fait des hommes, au point qu'après 70 ans, à peine plus d'un tiers des consultations sont le fait des femmes (voir graphique ci-dessous). En termes de volume, les femmes de 16 à 39 ans représentent quasiment la moitié (cf. 48% calculés sur la période janvier à octobre 2013) des consultations du site mobile, ce qui dénote un poids considérable de cette catégorie de la population.

[828] Une telle homogénéité de population sur un canal de contacts ne se retrouve pour aucun autre canal de contact. Elle constitue en un sens une incitation à mener un travail spécifique sur cette population pour comprendre ses besoins et attentes et voir jusqu'à quel point il serait possible de pousser l'utilisation de ce canal de contacts peu coûteux pour l'assurance maladie au sein de cette catégorie d'assurés.

[123] Les statistiques sont globalement comparables pour l'utilisation des applications Smartphones.
[124] Données CNAMTS 2013.

Graphique 23 : Répartition des consultations du site mobile par sexe et tranche d'âge – moyenne mensuelle de janvier à octobre 2013



Source : *CNAMTS*

[829] Ces deux phénomènes (surreprésentation des femmes jeunes et inversion des pratiques genrées en fonction de l'âge) sont aussi vérifiés pour le recours aux applications smartphone même si les écarts sont légèrement moins marqués entre sexes.

Recommandation n°49 : Etudier de façon approfondie pourquoi les femmes jeunes occupent une place si prépondérante parmi les utilisateurs du site Mobile et de l'application Smarphone afin de renforcer les services dont elles pourraient avoir besoin et de les fidéliser sur ce canal

[830] ***Des différences territoriales d'utilisation à même de mieux spécifier l'articulation entre ce mode de contacts et les autres canaux de contacts***

[831] L'analyse des différences d'usage entre affiliés n'appartenant pas aux mêmes territoires constitue aussi une grille de lecture riche d'enseignements pour mieux déterminer la stratégie de diffusion de ces services à l'avenir et les progrès à en attendre[125].

[125] N'est présenté ici que l'analyse au regard du recours au site mobile dont la mise en place est plus ancienne. Les résultats sont sensiblement les mêmes pour les applications Smartphone, bien que de légères différences interviennent dans le classement de chaque département au niveau national. Le point sur lequel les résultats sont un peu moins nets pour l'application que pour le site Mobile tient aux territoires où l'intensité d'utilisation (cf. nombre de connexion dans le mois) est la plus faible et pour lesquels la surreprésentation des territoires urbains est un peu moins forte, même si Paris et les Hauts-de-Seine restent en queue de peloton.

[832] On constate ainsi que les 10 territoires ayant le moins d'utilisateurs distincts du site mobile dans le mois sont des territoires très peu denses (entre 3 et 33 habitants au km² quand la moyenne française se situe à 117 hab/km²) et où la part de personnes âgées de plus de 60 ans est nettement plus élevée que la moyenne nationale : ainsi, les 60 ans et plus y représentent 31 % de la population en moyenne contre 24 % en moyenne nationale (données Insee à fin 2013). Deux éléments peuvent expliquer ce phénomène : une couverture réseau médiocre sur le territoire et une difficulté à faire évoluer les pratiques chez des populations peu sensibles aux nouvelles technologies. A l'inverse, les 10 territoires ayant le plus d'utilisateurs distincts dans le mois sont des territoires très denses (tous plus de 224 habitants au km² et 9 d'entre eux étant supérieurs à 531 habitants au km²). Une telle distinction s'explique aisément par les différences de couverture en téléphonie entre territoires. Sur ces 10 territoires peu denses, à peine plus d'une personne sur 1 000 a recours au site Mobile chaque mois, alors que dans les 10 territoires denses, plus de 3 personnes sur 1 000 y ont recours.

Tableau 57 : 10 premiers territoires en utilisateurs distincts chaque mois du site mobile en 2013

10 **premiers** territoires en utilisateurs distincts chaque mois du Site Mobile	Nombre d'utilisateurs distincts par mois	Densité moyenne (Insee 2013)	Nombre affiliés au 1er janvier 2013	Proportion d'affiliés utilisateurs chaque mois
Bouches du Rhône	4492	388	1 177 672	3,8 ‰
Paris	4273	21 370	1 529 665	2,8 ‰
Hauts de Seine	3346	8 935	967 336	3,5 ‰
Seine Saint Denis	3313	6 449	913 201	3,6 ‰
Val de Marne	3227	5 419	815 274	4,0 ‰
Rhône	3207	531	1 004 116	3,2 ‰
Seine et Marne	2983	224	775 100	3,8 ‰
Val d'Oise	2828	940	732 206	3,9 ‰
Yvelines	2562	617	844 369	3,0 ‰
Essonne	2258	674	732 503	3,1 ‰
Total	32489		9491442	3,4 ‰

Source : CNAMTS, retraitement Igas.

Tableau 58 : 10 derniers territoires en utilisateurs distincts chaque mois du site Mobile, 2013

10 **derniers** territoires en utilisateurs distincts chaque mois du Site Mobile	Nombre d'utilisateurs distincts par mois	Densité moyenne (Insee 2013)	Nombre affiliés au 1er janvier 2013	Proportion d'affiliés utilisateurs chaque mois
Hautes-Alpes	137	25	74 412	1,8 ‰
Meuse	136	31	99 613	1,4 ‰
Haute-Marne	127	30	97 343	1,3 ‰
Ariège	111	31	83 527	1,3 ‰
Gers	106	30	90 914	1,2 ‰
Guyane	103	3	77 923	1,3 ‰
Lot	89	33	86 939	1,0 ‰
Cantal	59	26	69 293	0,9 ‰
Creuse	44	22	58 488	0,8 ‰
Lozère	41	15	36 661	1,1 ‰
Total	953		775113	1,2 ‰

Source : CNAMTS, retraitement Igas. .

[833] En revanche, l'analyse de l'intensité d'utilisation du site Mobile par utilisateur (cf. nombre de connexions moyen par utilisateur distinct par mois) aboutit à un résultat quasiment inversé (voir tableaux ci-dessous) : parmi les 10 départements où l'intensité d'utilisation du site Mobile est la plus faible (cf. nombre de connexions par mois par utilisateur le plus bas), les départements densément peuplés et plus jeunes qui ont beaucoup d'utilisateurs occupent une place prépondérante (cf. Val de Marne, Essonne, Yvelines, Hauts de Seine, Paris). A l'inverse, les 8 premières caisses en termes d'intensité d'utilisation du site Mobile par utilisateur sont des territoires à dominante rurale, à faible densité de population (cf. entre 30 et 65 habitants au km²) et légèrement plus âgés en moyenne que dans le reste de la France (cf. part des 60 ans et plus oscillant entre 26 et 31 % quand la moyenne nationale est de 24 %). Ce résultat potentiellement contre intuitif appelle une analyse des pratiques des assurés plus approfondie mais tend à montrer deux points :

[834] - même dans les territoires ayant des caractéristiques les prédisposant *a priori* peu à un usage étendu des nouvelles technologies, un recours plus massif aux outils dématérialisés est possible.

[835] - dans les territoires bien connectés à forte densité de population et dont la moyenne d'âge est plus faible, des marges de progrès sont envisageables pour intensifier l'utilisation. Pour affiner l'analyse, il serait néanmoins souhaitable de reproduire des analyses comparables sur les autres canaux dématérialisés de contacts (cf. comptes Ameli par ordinateur et application Smartphone) afin de maîtriser les potentiels vases communicants qui peuvent exister entre ces canaux.

Recommandation n°50 : Déployer une stratégie d'intensification de l'utilisation des canaux de contacts dématérialisés dans les territoires où le taux d'affiliés utilisateurs est élevés et l'intensité de l'utilisation faible.

[836] Il est à noter que certains territoires n'entrent pas dans cette catégorisation. Ainsi, il y a des territoires qui ont non seulement une faible proportion d'utilisateurs distincts chaque mois et qui ont aussi une faible utilisation par utilisateur. C'est notamment le cas du Gers et du Cantal qui sont dans les derniers pour les deux items, laissant penser que la progression de l'utilisation des outils en ligne sur ces territoires sera difficile[126]. A l'opposé, certains territoires sont positionnés favorablement sur les deux items (cf. nombre d'utilisateurs distincts par mois et intensité d'utilisation par utilisateur) : c'est par exemple le cas de la Moselle et de l'Artois. On peut dès lors estimer que ces territoires ont des gains à venir moindres quant au développement de ce canal de contacts.

Tableau 59 : 10 premiers territoires en nombre de connexions par mois par utilisateur chaque mois au site mobile en 2013

10 **premiers** territoires	Nombre de connexions par mois par utilisateur	Densité moyenne (Insee)
Orne	7,94	48
Haute Marne	7,28	30
Vosges	7,26	65
Mayenne	7,24	59
Jura	7,2	52
Haute Loire	7,07	45
Lot et Garonne	7,02	62
Aube	6,93	58
Moselle	6,85	140
Artois	6,75	219

Source : CNAMTS, retraitement Igas

[126] Il faut de plus rester vigilant au fait que les effectifs concernés sont très faibles sur ces deux territoires.

Tableau 60 : 10 derniers territoires en nombre de connexions par mois par utilisateur chaque mois au site mobile en 2013

10 **derniers** territoires	Nombre de connexions par mois par utilisateur	Densité moyenne (Insee)
Val de Marne	4,76	5 419
Hérault	4,74	171
Essonne	4,74	674
Charente Maritime	4,67	91
Manche	4,62	84
Yvelines	4,53	617
Cantal	4,17	26
Gers	4,17	30
Hauts de Seine	3,89	8 935
Paris	3,49	21 370

Source : CNAMTS, retraitement Igas.

[837] Le croisement de ces différents résultats (taux d'utilisation par territoire versus intensité d'utilisation par territoire) permet de construire une typologie (voir tableau ci-dessous) selon les perspectives de développement qu'offre ce canal pour chaque territoire.

Tableau 61 : Typologie territoriale d'utilisation du site mobile

		Département où la proportion d'utilisateurs réguliers est :	
		Faible	Forte
Département où l'intensité d'utilisation par utilisateur est :	Faible	Département en retrait (ex. Gers, Cantal)	Département à fort progrès potentiels (ex. départements d'Ile de France)
	Forte	Département segmenté (ex. Haute Marne, Ariège)	Département à perspectives de développement modérées (ex. Moselle, Artois)

Source : Igas, à partir des données 2013 (janvier à octobre) fournies par la CNAMTS.

[838] Les territoires ayant une faible couverture réseau sont ceux où les perspectives de développement sont logiquement les moins grandes. En effet, se connecter à Internet avec son téléphone sur ces territoires étant sans doute moins aisé qu'ailleurs (cf. couverture de faible qualité en termes géographique et de débit), les proportions d'utilisateurs et d'intensité d'utilisation risquent de rester faibles. Cependant, lorsque la couverture pour un utilisateur est bonne, l'intensité d'utilisation peut alors être particulièrement élevée (ex. Haute-Marne, Ariège). Il serait d'ailleurs intéressant pour ces territoires de pouvoir comparer l'utilisation d'Internet et l'utilisation des mobiles et Smartphones. Quoiqu'il en soit, les perspectives de développement sur ces territoires pour l'assurance maladie en termes de volume sont relativement faibles dans la mesure où ces territoires représentent une part faible de la population française.

[839] En revanche, là où la proportion d'utilisateurs est déjà élevée, ce qui dénote entre autres une bonne couverture réseau, les perspectives paraissent bien meilleures. A titre d'exemple, développer des stratégies d'intensification de l'utilisation de ce canal de contact pour les départements d'Ile-de-France, et notamment Paris et les Hauts-de-Seine, pourraient avoir des fortes retombées soit en diminution des contacts sur les autres canaux soit en amélioration nette de la qualité de service aux assurés. En effet, ces territoires ont aujourd'hui un fort potentiel de développement dans la mesure où ils ont beaucoup de personnes utilisatrices (et potentiellement plus encore si l'on prend en compte le profil jeune de la population et la bonne qualité de la couverture réseau) et une intensité d'utilisation par utilisateur faible.

[840] Ces spécificités territoriales, aussi intéressantes soient-elles pour la compréhension des perspectives de développement canal par canal, gagneraient à être inscrites dans une vision plus globale décloisonnant les différents canaux de contacts et offrant une stratégie multicanal à la fois transversale et locale permettant de prendre en compte finement ces différences entre territoires (voir partie 4).

2.2.2.4 Le recours au téléphone : une appétence très variable selon les territoires

[841] Estimer le recours des usagers au téléphone n'est pas aisé car ce mode de contact a la particularité par rapport aux autres d'être moins systématiquement concluant, c'est-à-dire que les assurés ne parviennent pas toujours à effectivement entrer en contact, c'est-à-dire à obtenir la mise en relation avec un téléconseiller. En effet, un certain nombre d'appels sont perdus, l'assuré raccrochant avant d'être pris au fil par un téléconseiller, ce qui peut s'expliquer par exemple par un temps d'attente jugé trop long. Un tel échec peut donner lieu à une réitération d'appel sur le canal téléphonique ultérieurement mais aussi à un report sur d'autres canaux de contacts (ex. courriel ou accueil physique). La mission ne disposait pas pour mener ses investigations, contrairement au compte assuré, d'informations sur le nombre d'appelants distincts par mois et le nombre d'appels par appelant.

[842] Les analyses de la mission font cependant apparaître des pratiques fortement différenciées de recours au téléphone selon les territoires.

[843] Ainsi, on constate que des territoires qui ont des taux de décroché comparables servent une proportion d'appels (rapportée à la population affiliée) sensiblement distincte (cf. tableau ci-dessous). Ainsi, alors que l'Alsace et la Seine-Saint-Denis ont un taux de décroché très similaire, autour de 76 %, la proportion d'appels servis par rapport à la population affiliée est de seulement 39,6 % en Alsace alors qu'elle est de 61,6 % en Seine-Saint-Denis. En d'autres termes, il est raisonnable de considérer que les Alsaciens ont relativement moins recours au téléphone que les Séquano-dionysiens. De la même manière, les Auvergnats et Francs-Comtois ont notablement moins recours que les habitants de Corse et de l'Aude-Pyrénées Orientales (les deux caisses étant réunies sur une même plateforme téléphonique).

Tableau 62 : Nombre d'appels servis par rapport au nombre d'affiliés et taux de décroché sur six territoires entre janvier et septembre 2013

Plateforme téléphoniques	Nombre d'appels servis / nombre d'affiliés	Taux de décroché (nb d'appels servis/nb d'appels présentés)
Alsace	39,6%	75,9%
Auvergne	42,8%	90,4%
Corse	66,2%	87,5%
Franche Comté	41,4%	84,0%
Aude-Pyrénées Orientales	61,1%	91,0%
Seine Saint Denis	61,6%	76,1%
Moyenne nationale	**48,5%**	**82,7%**

Source : Données CNAMTS, retraitement Igas.

[844] Deux configurations extrêmes méritent d'être distinguées comme l'illustre schématiquement le tableau ci-dessous (cf. partie grisée) :

1. ***Celle d'un fort recours au téléphone sur certains territoires.***

[845] Le taux de décroché est bas avec une proportion d'appels servis malgré tout importante par rapport à la taille de la population. C'est le cas de la Seine-Saint Denis. Le phénomène que rencontre ce territoire s'explique de plusieurs manières. Un premier élément d'explication tient sans doute au profil sociologique de la population du département qui est l'un des plus pauvres de France et pour lequel une problématique telle que le suivi des remboursements de soins a une acuité particulière. Ce fort recours au téléphone peut de plus s'expliquer par la forte réduction récente du nombre de points d'accueil sur ce territoire, sachant par ailleurs que le département a un taux d'adhésion au compte assuré Ameli comparable à la moyenne nationale (cf. 38% vs 36%)[127]. On peut par ailleurs noter que la caisse a vu son taux de satisfaction baisser entre 2010 et 2012 de 92 % à 84 %, à rebours des évolutions nationales, ce qui pourrait dénoter une dégradation du fonctionnement de la caisse sur la période pouvant générer un surcroît d'appels téléphoniques. Ainsi, malgré des progrès, la caisse de Seine-Saint-Denis continue par exemple d'avoir un délai de paiement de la première IJ non subrogée très supérieur à la moyenne nationale (49,7 jours contre 36,2 jours entre janvier et octobre 2013), sachant par ailleurs que les IJ constituent un motif de contact important avec l'assurance maladie d'une manière générale. L'exemple de la Seine-Saint-Denis illustre donc simultanément deux phénomènes : les reports possibles entre canaux mais aussi l'impact sur le front office de la qualité et de la performance du back office.

2. ***Celle d'un faible recours au téléphone sur d'autres territoires.***

[846] Le taux de décroché est bas et la proportion d'appels servis au regard du nombre d'affiliés est aussi faible. C'est le cas des habitants de Franche-Comté et de l'Auvergne. A l'opposé de la Seine-Saint-Denis, ces territoires ont des taux de satisfaction élevés (supérieurs à 90 % dans toutes les caisses en 2012 et pouvant même atteindre 95 %, par exemple dans le Jura). Les indicateurs relatifs à la performance de la production sont généralement moyens voire bons sur ces territoires. Ainsi, chacun de ces deux territoires a des délais de paiement de la première IJ non subrogée inférieurs à la moyenne nationale. Par ailleurs, la proportion d'adhérents au

[127] La proportion de recourants au site Mobile est plus élevée qu'ailleurs mais cela pèse peu dans ces comparaisons entre canaux dans la mesure où les utilisateurs réguliers du site Mobile sont moins de 4 pour 1 000 assurés et qu'ils ont de plus une utilisation peu intense du site.

compte assuré Ameli y est plus faible que la moyenne nationale (environ 30 % dans les deux cas), signe que, sur ces territoires, les assurés engagent globalement moins de démarches de contacts auprès de l'assurance maladie.

Tableau 63 : Typologie sur quelques territoires du recours au téléphone

		Taux de décroché (nb d'appels servis/nb d'appels présentés)	
		Bas	Haut
Proportion d'appels servis au regard de la population affiliée	Bas	Alsace	Franche Comté / Auvergne
	Haut	Seine Saint Denis	Corse / Aude-Pyrénées Orientales

Source : Igas, à partir de données CNAMTS

[847] De tels analyses mériteraient d'être approfondies afin de déterminer si les appels servis par les plateformes concernent majoritairement les mêmes appelants, auquel cas c'est de la réitération de contacts, ou des appelants différents, auquel cas cela signifie qu'une part plus étendue de la population a recours au téléphone comme mode de contact. Il faudrait de plus mettre en lien deux autres dimensions : 1) la qualité de la réponse apportée au téléphone, par exemple au moyen du taux de fiabilité des réponses apportées ou des résultats aux enquêtes de satisfaction, 2) les résultats de la caisse en termes de performance dans le traitement de back office des prestations et de diverses demandes, partant du principe que plus une caisse dysfonctionne dans la production de ses services aux assurés, plus cela génèrera des contacts entrants des assurés.

[848] Dans tous les cas, un tel constat tend à montrer que, selon les territoires, les habitudes de recours au téléphone sont plus ou moins fortes, ce qui à nouveau justifie de distinguer les stratégies d'orientation des assurés dans le multicanal en fonction de paramètres locaux.

2.2.2.5 L'accueil physique : une conviction répandue d'une meilleure qualité de prise en charge par rapport aux autres canaux

[849] Toutes les observations, entretiens et travaux conduits par la mission tendent à confirmer que les assurés ont la conviction que l'accueil physique est le canal de contacts qui offre la meilleure prise en charge. En effet, non seulement c'est grâce à ce canal que peuvent être traitées les demandes les plus complexes, mais c'est aussi sur ce mode de contact que la personnalisation est la plus forte et la réassurance la plus intense. Le fait d'avoir un conseiller devant soi qui confirme ou infirme un certain nombre de points donne une plus grande confiance aux assurés quant à la fiabilité non seulement des réponses qu'on leur apporte mais aussi de leur propre compréhension de leur situation, des démarches à effectuer et du traitement qu'il en sera fait. Il convient par ailleurs de noter que la majorité des caisses visitées ont rapporté la propension élevée des assurés à préférer venir au siège des caisses ou dans les plus grosses antennes plutôt que sur les autres sites, les assurés ayant généralement la conviction plus ou moins consciente que leur dossier sera mieux traité là plutôt que dans les plus petites antennes.

[850] Cette conviction n'est pas totalement dénuée de fondement. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle l'assurance maladie, tout comme d'autres administrations publiques comme par exemple Pôle emploi (cf. voir annexe relative à la stratégie multicanal de Pôle emploi), considère que l'accueil physique est le canal de contacts qui offre la plus-value par entretien la plus grande pour l'assuré (cf. dossier complexe, forte réassurance, évaluation plus large de la situation de l'assuré). Cependant, ce canal de contact peut parfois s'avérer coûteux aussi bien pour l'assurance maladie (ex. prix du foncier, location, temps d'agents) que pour les assurés (ex. coût de déplacement). Ainsi, outre le coût en temps et en argent inhérent au déplacement pour venir à la caisse, il faut pour un assuré être disponible aux horaires d'ouverture et ne pas craindre un aléa potentiellement élevé quant au temps d'attente avant de rencontrer un conseiller[128]. Ces réalités ne sont bien sûr pas perçues par tous les assurés de la même façon selon la distance entre leur domicile-lieu de travail et l'antenne la plus proche de leur CPAM, selon la facilité à stationner près de la caisse ou la régularité et la proximité des transports en commun desservant l'accueil et selon la disponibilité des assurés pour venir en journée. Ce qui peut être particulièrement coûteux pour les uns (ex. parent actif avec des enfants en bas âge vivant loin de la caisse) ne le sera pas pour d'autres (ex. personne sans enfant et sans activité résidant à proximité de la CPAM).

[851] Or, l'objectif de l'assurance maladie est de parvenir à choisir ses lieux d'implantation, ses horaires d'ouverture et le type d'offre de contact sur chaque site non pas en fonction des habitudes du public mais dans une logique d'optimisation des moyens sur les contacts où la plus-value est la plus forte. L'orientation efficiente des assurés dans l'offre multicanal repose donc sur une équation dont l'assurance maladie ne maîtrise qu'imparfaitement les différentes composantes d'entrée.

[852] Diverses stratégies sont cependant à la main des caisses : devant l'affluence massive des assurés au siège, la CPAM du Gard a ainsi décidé il y a quatre ans de sectoriser territorialement les assurés en fonction de leur code postal, assurés qui dès lors sont systématiquement réorientés vers l'antenne de leur secteur s'ils se présentent à l'antenne d'un autre secteur. La CPAM de l'Artois a quant à elle constaté que la fermeture d'un site avait induit des reports de visite vers d'autres antennes installées à moins de dix kilomètres. Cependant, une partie non négligeable de la clientèle ne s'est purement et simplement pas reportée sur les autres sites.

[128] Les observations de la mission ont montré que, au-delà du décompte d'un délai moyen d'attente ou de l'indicateur d'objectif selon lequel 90 % des assurés sont reçus en moins de 20 minutes, l'aléa quant au temps d'attente va de 0 (cf. l'assuré est pris en charge immédiatement) quand l'assuré vient aux heures creuses des journées les moins fréquentées à parfois 30 ou 40 minutes (ces attentes extrêmes ont été relevées à l'accueil d'un siège de CPAM un lundi matin entre 11h et 12h30) avant d'être pris en charge en niveau 2.

[853] Un juste équilibre doit donc être trouvé grâce à deux leviers : 1) les choix d'implantation dont il est intéressant qu'ils soient proches des lieux de vie pour faciliter l'accès, ce qui peut cependant avoir la conséquence potentiellement néfaste d'attirer des publics qui, vivant à immédiate proximité, ont plus aisément tendance à venir à l'accueil alors même que leur motif de contacts ne le justifie pas, 2) la nature des services offerts sur chaque site (cf. espace libre-service, accueil sur rendez-vous pour certains motifs, accueil généraliste). Quoiqu'il en soit, la différenciation entre niveau 1 et niveau 2 est une organisation pertinente pour effectuer un premier tri entre demandes simples et demandes complexes et ainsi éviter de consacrer des ressources inutiles à des demandes ne le justifiant pas. De la même manière, l'accueil sur rendez-vous est une manière efficace de faire le tri dans les personnes qui fréquentent l'accueil pour déployer les moyens les plus importants aux personnes qui en ont le plus besoin. De multiples modes d'organisation existent dès lors dans chaque caisse : site purement généraliste (cf. pré-accueil, accueil de niveau 1 et accueil de niveau 2) ou purement sur rendez-vous ou bien site mixant les deux. La mission considère cependant qu'une bascule intégrale de l'assurance maladie vers de l'accueil physique tout rendez-vous n'est pas souhaitable dans l'immédiat en l'absence d'une étude approfondie par l'assurance maladie des motifs de contacts en accueil, de l'orientation des personnes dans le multicanal et des modalités de report entre canaux. En effet, ce qui peut paraître *a priori* une demande simple, peut en fait s'avérer être une demande complexe pour certains publics (ex. personnes en situation précaire, assurés ayant des difficultés de maîtrise de la langue française).

[854] Parvenir à orienter ou réorienter les assurés qui se présentent au guichet pour un motif qui ne le justifie pas et sachant qu'ils seraient tout à fait en mesure d'utiliser d'autres modes de contacts moins coûteux pour l'assurance maladie est donc un enjeu important aussi bien en termes de gestion que du point de vue de la qualité de service ressentie par les assurés. La mission a constaté dans certains accueils, mais pas partout, une relative fermeté du personnel qui, à juste titre, réorientait des personnes venues pour des demandes très simples (ex. édition d'une attestation ou dépôt d'un arrêt de travail) vers l'usage des bornes ou de la boîte aux lettres de la caisse.

[855] Si l'assurance maladie souhaite parvenir à plus fortement réorienter les assurés vers les canaux de contacts autres que l'accueil lorsque cela se justifie (cf. le canal offre la possibilité de traiter la demande et la personne est en mesure de l'utiliser), il faudra qu'elle déploie des efforts intenses pour le faire. En effet, non seulement cela risque de temporairement déplaire à certains assurés qui vont devoir rompre avec leurs habitudes d'utilisation systématique de l'accueil mais aussi cela nécessitera un accompagnement non négligeable pour certains publics modérément autonomes, accompagnement d'une ampleur sans nul doute plus importante que ce qui est aujourd'hui fait par le biais des politiques d'offres sur rebond. Il pourra dans cette logique être pertinent d'aménager des espaces libre-service avec divers postes informatiques permettant d'effectuer des démonstrations aux assurés de la façon d'utiliser par exemple le canal web. La CPAM de la Sarthe réfléchit ainsi à une réorganisation de ce type dans le cadre de la refonte des locaux de son siège.

Recommandation n°51 : Intensifier les pratiques de réorientation des assurés vers les canaux de contacts les moins coûteux lorsque cela se justifie en s'assurant au préalable que les assurés concernés sont en mesure d'utiliser ces modes de contacts par exemple avec l'utilisation d'espaces libre-service avec ordinateurs connectés à Internet dans les accueils et un accompagnement dédié.

[856] La mission relève néanmoins la pauvreté générale des informations et analyses qu'elle a été en mesure de collecter relatives à l'accueil aussi bien auprès des caisses qu'à la CNAMTS. L'analyse fine des publics fréquentant les accueils, les sphères d'influence géographique de chaque site permettant de bien connaître les parts de marché de chaque implantation, la segmentation des demandes par motifs, par nombre de motifs ou par type de public, sont autant de questionnements sur lesquels les caisses sont très largement démunies, et pour lesquels le national ne leur apporte pas de véritable soutien méthodologique pour mieux connaître leur activité et optimiser leurs choix.

Recommandation n°52 : Accroître le soutien méthodologique de la Cnamts en direction du réseau pour développer une écoute clients plus professionnelle et plus structurée sur l'accueil physique dans les caisses.

2.2.2.6 Le courrier : « notre réputation, c'est de perdre les courriers »

[857] Même si le canal de contacts courrier est peu important en volume, il occupe une place particulièrement importante pour les assurés dans la mesure où c'est souvent par ce biais que transite la transmission de pièces justificatives ou le dépôt de dossier. Or, des dires de plusieurs conseillers dans différentes caisses, l'assurance maladie aurait, du point de vue des assurés, tendance à perdre des courriers. Ce jugement a été confirmé par les travaux qualitatifs menés par la mission en lien avec le SGMAP (voir l'annexe relative à l'évaluation des situations de déménagement par le recours aux méthodes qualitatives). La mission n'a pas été en mesure d'objectiver ce point de vue à partir de données chiffrées récentes mais plusieurs éléments tendent à expliquer d'où provient cette représentation qui, qu'elle soit vraie ou fausse, a dans tous les cas des conséquences bien réelles et parfois néfastes sur le comportement des assurés, ce qui requiert des actions spécifiques de l'assurance maladie.

[858] Parmi ce faisceau d'indices, la CPAM de l'Artois a ainsi fait part à la mission du fait qu'au moment du lancement de la démarche qualité dans la caisse il y a une dizaine d'années, un audit sur cette thématique avait été fait et avait conclu au fait que près de 10 % des courriers[129] s'égaraient dans la caisse. Il est raisonnable de penser que ce chiffre particulièrement élevé a fortement diminué depuis grâce au développement de la numérisation d'un certain nombre de documents dès réception. Cependant, il est probable que les représentations des assurés mettent un temps long à s'ajuster : en effet, alors qu'une seule mauvaise expérience suffit à ancrer cette perception chez un assuré, il est probable qu'il faut plusieurs années d'envois de courriers successifs et réussis pour faire évoluer positivement la vision de l'assuré et faire disparaître la mauvaise expérience initiale.

[859] Par ailleurs, au cours de ses observations en accueil physique ou sur plateformes, la mission a été à plusieurs reprises confrontée à des situations de pièces prétendument égarées. La difficulté pour objectiver ces situations repose sur le fait que la réalité de la perte est souvent délicate à établir dans la mesure où la pièce peut ne jamais avoir été reçue si l'assuré croit, à tort, l'avoir envoyée. Une observation en accueil physique a cependant permis de constater que des cas réels de perte sont avérés[130].

[129] Données d'entretien non expertisées par la mission.

[130] En l'occurrence, la personne avait préalablement déposé à l'accueil une déclaration de perte de carte vitale ce qui avait conduit à l'enregistrement dans l'outil GRC Medialog de ce contact et revenait deux mois après faute de nouvelles de l'assurance maladie. Il s'est avéré que la pièce était perdue, l'assuré a alors dû refaire un nouveau formulaire.

[860] Une dernière anecdote permet de mieux comprendre pourquoi les assurés peuvent avoir l'impression que l'assurance maladie perd les courriers quand bien même ce n'est pas le cas. Au cours d'un weekend du milieu du mois de janvier, la mission a constaté devant une antenne de la caisse primaire d'assurance maladie de Paris que la boîte aux lettres installée en façade et devant recevoir les courriers déposés par les assurés était pleine. Certains courriers débordaient même de la boîte. Une situation de ce type, en soi anodine, peut avoir de multiples conséquences négatives sur la représentation que se fait un assuré déposant un courrier vis-à-vis de sa CPAM :

- ***Manque de confiance dans le traitement de sa situation*** : les assurés constatant que des courriers débordent de la boîte, il est justifié qu'ils craignent que leur courrier ne tombe par inadvertance sur la voie publique ou que quelqu'un d'autre ne le retire pour insérer son propre courrier dans la boîte qui est sinon pleine. Pour s'assurer que ce n'est pas le cas, il n'est pas impossible que certains assurés décident quelques jours après de passer un coup de fil, d'envoyer un courriel ou d'aller au guichet pour s'assurer que leur courrier a bien été réceptionné, ce qui correspond à une réitération de contact inutile aussi bien pour eux que pour l'assurance maladie.
- ***Perception d'un défaut de professionnalisme de l'assurance maladie*** : alors que le dépôt de courrier à l'assurance maladie est un des canaux de contacts les plus anciens entre les affiliés et leur caisse, un assuré se trouvant devant une boîte pleine en milieu de journée un week-end risque fort de repartir avec une image négative de l'assurance maladie. En effet, cette situation tend à lui laisser penser que sa caisse n'est pas même en mesure de prévoir de façon satisfaisante les flux de courriers qu'elle reçoit puisque la boîte aux lettres n'a pas une taille suffisante pour recevoir le courrier déposé par les assurés. Cela véhicule donc chez lui l'impression négative d'un défaut de maîtrise des flux de contacts entrants par la caisse. Une telle situation peut dès lors avoir un retentissement sur la confiance que l'assuré aura dans le traitement ultérieur de sa propre situation, quand bien même son courrier ne sera pas perdu et que son dossier sera traité de façon tout à fait performante. Les doubles écoutes sur plateformes téléphoniques effectuées par la mission ont ainsi confirmé le fait que la qualité de la relation en front office impacte fortement la représentation que les assurés se font de la qualité de traitement de leur situation en back office. Cela induit d'ailleurs parfois des perceptions caricaturales du travail de back office de leur caisse, soit ils pensent que tout est extrêmement simple[131], soit à l'inverse ils s'imaginent que les choses sont d'une exceptionnelle complexité[132]. Dans tous les cas, un tel emboîtement des représentations requiert d'être particulièrement vigilant à la qualité des contacts en front office.

[861] Au-delà de la dimension très anecdotique des éléments présentés ici, il apparaît nécessaire d'être particulièrement vigilant en front office à tous les éléments qui vont générer ou non de la réassurance et orienter les pratiques des assurés vers les canaux les plus efficients pour l'assurance maladie. En l'occurrence, la crainte que l'assurance maladie perde un courrier déposé dans la boîte aux lettres de la CPAM peut pousser certains assurés à venir le déposer en mains propres à l'accueil, comme la mission a pu le constater à de multiples reprises lors de toutes ses observations en accueil de niveau 1. Les documents déposés sont des documents très simples (ex. pièces justificatives, avis d'arrêt de travail, feuilles de remboursement, …) ce qui conduit beaucoup de conseillers a exprimé leur incompréhension : en effet, les assurés font la queue, et parfois longtemps, pour donner ces documents au guichet plutôt que de les déposer directement dans la boîte aux lettres située pourtant à l'entrée de la caisse.

[131] Une assurée avait ainsi la conviction que le téléconseiller était en mesure de connaître de façon quasi immédiate la totalité de sa situation administrative, ce qui n'est bien sûr pas le cas, et ne le sera pas quand bien même sera mis en service à l'avenir, grâce à l'outil Medialog+, une fiche clients à la disposition des téléconseillers.

[132] Cette situation s'est notamment produit pour un assuré âgé qui étant parvenu dans le passé à faire fonctionner son compte Ameli n'y arrivait plus malgré ses multiples appels sur la plateforme téléphonique et l'envoi à plusieurs reprises de nouveaux codes provisoires pour débloquer son compte.

[862] L'assurance maladie devrait étudier avec plus de systématisme les manières de générer de la réassurance chez les affiliés, et ce sur tous les canaux de contact, au moyen de ce qu'il est convenu d'appeler des « nudges », c'est-à-dire des coups de pouce qui orientent les individus dans leurs choix, qu'ils en soient conscients ou non. La théorie des « nudges » est issue de travaux de recherche récents en psychologie et en économie comportementale[133]. A titre d'exemple, un nudge visant à inciter les gens à mettre leur courrier dans la boîte plutôt que de le déposer à l'accueil pourrait par exemple être la création de boîtes aux lettres par grands motifs de contact : ainsi, l'assuré ne serait plus face à une seule et unique boîte aux lettres mais face à trois ou quatre différentes dont les intitulés seraient choisis en fonction de l'objet du courrier. Cela pourrait par exemple être IJ, arrêt de travail, feuilles de remboursement et une dernière catégorie « autres ». L'objectif ici est de créer de la confiance chez l'assuré en lui instillant le sentiment que sa situation est bien prise en main via ce canal et qu'elle est pour ainsi dire déjà aiguillée dans la bonne direction. Une telle organisation présenterait de plus pour l'assurance maladie un intérêt double : extraire de la file de l'accueil des assurés pour lesquels la rencontre d'un conseiller n'a aucune plus-value et préorienter un certain nombre de courriers ce qui limitera le temps de tri ultérieur pour la caisse.

2.2.3 Le parcours de contacts de l'assuré est fonction de ses expériences antérieures : l'illustration des situations de déménagement

[863] La mission a, en lien avec le SGMAP, confié à un prestataire la réalisation d'une étude qualitative par entretien sur les démarches effectuées par les assurés lorsqu'ils déménagent d'un département à l'autre (voir l'annexe relative à l'évaluation des situations de déménagement par le recours aux méthodes qualitatives – les résultats de l'étude sont présentés en pièce jointe à l'annexe). L'objectif de cette étude consiste à explorer plus avant la façon qu'ont les assurés sociaux de s'orienter dans l'offre multicanal pour effectuer leur démarche, les difficultés qu'ils rencontrent et les motifs pour lesquels ils leur arrivent de réitérer leurs contacts.

[864] La démarche retenue pour l'étude était très simple : le signalement d'un déménagement, cette démarche pouvant se faire par Internet en indiquant son NIR, son ancienne et sa nouvelle adresse et sans nécessité de transmettre de pièces justificatives. La Cnamts a de plus mis en place depuis de nombreuses années un parcours client spécifique pour améliorer la prise en charge des situations de déménagement et ce quelque soit le canal de contact par lequel l'assuré décide de mener ses démarches. Schématiquement, il n'est a priori pas nécessaire d'effectuer plus d'un seul contact pour signaler un changement d'adresse à l'assurance maladie pour un assuré.

[133] Cf. Richard H. Thaler et Cass R. Sunstein, *Nudge – la méthode douce pour inspirer la bonne décision*, 8 avril 2008, traduction française de l'ouvrage *Nudge, Improving decisions about health, wealth and happiness.*

[865] Malgré cette simplicité apparente, l'étude menée directement auprès des assurés conduit à mettre en lumière le fait que bon nombre d'assurés effectuent une telle démarche en au moins trois contacts, quelques cas extrêmes atteignant presque la dizaine de contacts dans des situations où des difficultés importantes ont été rencontrées par les assurés. Si Internet est largement utilisé par les assurés sociaux, en particulier pour la prise initiale d'information, les assurés sont nombreux à préférer se reporter sur un autre canal de contacts (accueil physique ou téléphone) pour effectuer leur déclaration. En effet, la confiance des assurés soit dans la fiabilité du compte Ameli ou bien dans leurs propres compétences vis-à-vis des nouvelles technologies les incitent à ne pas effectuer leur démarche par ce canal qui est pourtant le moins coûteux pour eux comme pour l'assurance maladie. Cela tient au fait que les actions menées par l'assurance maladie pour générer de la réassurance sur le compte Ameli sont presque inexistantes, cette problématique étant très mal appréhendée à ce jour par l'opérateur. Cette remarque vaut en fait pour tous les canaux de contacts : prévenir les besoins des assurés afin de limiter la réitération de contacts n'est quasiment jamais fait sur aucun canal de contacts (ex. accuser réception d'une demande, donner un délai de traitement dès le début de la procédure, permettre un suivi, signaler la clôture du dossier). Le téléphone est clairement le mode de contact qui jalonne le plus fréquemment le parcours de contacts des assurés lorsque de la réitération est observé, ce qui s'explique par la facilité d'utilisation de ce procédé et la plus forte réassurance qu'il permet par rapport aux canaux dématérialisés. On observe en revanche une sous utilisation du compte Ameli et des courriels dont les assurés pointent les difficultés d'usage (ex. traitement par discussion impossible, impossibilité de correspondre directement depuis sa boîte personnelle).

[866] L'étude conduit par ailleurs à établir d'autres constats problématiques : tout d'abord, malgré des informations sur Internet apparemment faciles d'accès, les procédures sont mal connues et peu maîtrisées par les assurés (ex. cas où il faut signaler son déménagement, informations à fournir, pièces à envoyer) ; les informations connexes au déménagement (ex changement de médecin de traitant, changement de RIB, actualisation de la carte vitale) ne sont pas toujours identifiées par les assurés et ces éléments ne leur sont pas toujours donnés lorsqu'ils entrent en contact avec l'assurance maladie pour signaler leur changement d'adresse, ce qui dénote une prise en compte trop étroite de la situation des assurés de la part de certains conseillers ; les assurés n'ont pas conscience de faire l'objet d'une prise en charge spécifique et ce d'autant moins qu'il n'est pas rare qu'ils reçoivent des informations contradictoires de la part de l'assurance maladie d'un contact à l'autre, que ce soit sur le même canal de contact ou un autre (ex. demande d'un justificatif de domicile ou d'une photocopie de la carte vitale, alors que ces demandes sont injustifiées) ; des pratiques non conformes ont été relevées comme le fait de demander à un assuré de renvoyer sa carte vitale (une demi-douzaine de cas recensés sur 30 cas étudiés).

[867] Outre le fait qu'un tel constat est a priori surprenant et peu flatteur pour l'assurance maladie au regard d'une démarche que l'on pouvait penser simple et bien maîtrisée, il montre que pour évaluer correctement la qualité de service dans la COG il est indispensable de se positionner du point de vue des assurés et non des performances mesurées du service rendu (ex. taux de mise en œuvre des parcours attentionnés par les caisses, rapidité de réponse aux demandes) qui ne disent finalement que bien peu de choses sur la réalité ressentie et vécue par les assurés sociaux. Il ressort de plus de cette étude le fait que le premier contact engagé par un assuré est un moment crucial où une grande partie des démarches ultérieures qu'il engagera, ou pas, se jouent. Il montre aussi qu'au-delà de la mise en service d'une multitude de fonctionnalités sur le compte Ameli en ligne il est indispensable de travailler sur les pratiques et représentations des assurés pour parvenir véritablement à infléchir le comportement des assurés afin de les orienter vers le canal le plus efficient ou de les maintenir sur ce canal si c'est le canal qu'ils ont eu le réflexe d'utiliser en premier pour s'informer des démarches à suivre. Cela est d'autant plus important que, pour un assuré, une déconvenue dans ses démarches sur un canal donné a tendance à ancrer chez lui de façon durable des pratiques inefficientes d'orientation dans l'offre multicanal. Pour mieux orienter les assurés vers les outils en ligne, il sera dès lors nécessaire d'offrir sur le compte Ameli un service d'une meilleure qualité avec des fonctionnalités qui n'existent pas sur les autres canaux (ex. archivage des démarches et échanges, suivi en temps réel, accusé réception).

2.2.4 In fine, les quatre dimensions de l'orientation dans le multicanal

[868] Il ressort de toutes les analyses de la présente partie que quatre dimensions principales méritent d'être prises en compte et articulées les unes avec les autres par la CNAMTS et son réseau pour comprendre les raisons et la façon qu'ont les assurés d'entrer en contact et de s'orienter dans le multicanal, compréhension qui est indispensable à l'élaboration ensuite d'une stratégie pertinente pour infléchir leur comportement et anticiper les potentialités de développement de chaque canal :

1. ***La qualité du service en back office*** : cette dimension recouvre dans son ensemble l'efficacité de fonctionnement de la caisse dont dépendent les assurés sociaux. Les principales composantes en sont la fiabilité des décomptes et le délai de traitement des dossiers par le back office.
2. ***La qualité du service en front office*** : cette dimension concerne tous les canaux de contacts à la disposition des assurés sociaux. Les principaux volets sont la simplicité d'accès au canal (ex. temps d'attente ou de déplacement), la qualité et la rapidité de la réponse apportée.
3. ***Les caractéristiques de la population*** : cette dimension joue un rôle déterminant dans la tendance de la population à se reporter plus naturellement sur tel ou tel mode de contact. Cela recouvre des aspects extrêmement variés allant de la nature des besoins des assurés à l'identification de leurs habitudes. La prise en compte de l'expérience de l'assuré entre aussi en ligne de compte : ainsi, un assuré qui n'aura pas obtenu satisfaction lors d'une première sollicitation pourra dans certains cas abandonner ses démarches, les réitérer sur le même canal de contacts ou se reporter sur un autre canal.
4. ***Les caractéristiques du territoire*** : cette dernière dimension nécessite de prendre en compte de nombreux enjeux, à la fois techniques (ex. qualité de la couverture réseau téléphonie/Internet) et géographiques (ex. zones montagneuses où les déplacements sont difficiles ou vallées où les voies de communication et les modes de transports sont nombreux).

[869] L'intérêt opérationnel d'expliciter ces différentes dimensions à l'échelle territoriale (c'est-à-dire au niveau de chaque caisse) repose sur leur articulation : ainsi, l'identification de zones géographiques où les moyens de contacts sont limités du fait par exemple de la faible couverture réseau Internet (cf. dimension 3) et de possibilités de déplacements réduites de la population (cf. dimension 3 et 4) appellera par exemple à renforcer l'expertise des téléconseillers des plateformes téléphoniques sur les types de besoins que peuvent avoir les publics de ces zones (ex. mieux former les conseillers sur certains besoins, accorder un délai moyen de communication plus long pour le traitement de ces situations) (cf. dimension 2). Cela peut aussi conduire, de façon préventive et pour limiter le besoin de contacts de la population, à avoir une vigilance particulière en back office sur le traitement administratif des situations des populations vivant dans des territoires reculées (cf. dimension 1).

Recommandation n°53 : Développer une connaissance plus fine à l'échelon local des déterminants de l'orientation des assurés dans l'offre multicanal de contacts.

[870] Un autre intérêt est de donner une grille d'analyse aux acteurs locaux pour déterminer la stratégie multicanal d'accessibilité de leurs services afin de mieux identifier les points d'appui pour faire évoluer les pratiques d'orientation des assurés dans l'offre de contacts.

3 DES PROBLEMATIQUES INFORMATIQUES APPAREMMENT SECONDAIRES POUR L'ASSURE ONT UN IMPACT DIRECT SUR LA QUALITE DE SERVICE EN FRONT OFFICE

3.1 Les contacts des assurés sont imparfaitement retracés dans l'outil de gestion de la relation client mais le projet Medialog+ devrait permettre un meilleur suivi multicanal

3.1.1 L'outil de GRC Medialog ne retrace de façon automatique que les contacts par téléphone et à l'accueil physique ce qui limite le traitement des situations de réitération de contacts

[871] Du fait du besoin actuel d'une connaissance plus fine des démarches engagées par les assurés dans le multicanal, l'outil de GRC Medialog créé il y a une dizaine d'années présente des limites incontestables. En effet, en l'état actuel, l'outil ne retrace que les contacts par téléphone et à l'accueil physique. Aucun des autres modes de contacts n'est retracé automatiquement dans l'outil quand les conseillers l'utilisent au quotidien.

[872] Une manipulation *a posteriori* permet néanmoins de rapprocher les informations retracées dans l'outil Eptica de gestion des courriels mais cette manipulation présente deux limites majeures : 1) le motif de contact sous Eptica est choisi par l'assuré et non par le conseiller ce qui implique, au-delà des risques d'erreur, une finesse de catégorisation moindre, 2) l'information n'est pas visible en temps continu par les conseillers qui travaillent sur les autres canaux de contacts. Pour les autres canaux de contacts (compte assuré Ameli, application Smartphone, avatar, visio-guichet, bornes), aucun suivi n'est aujourd'hui disponible. Il est donc en l'état actuel des choses impossible de connaître de façon fine les réitérations de contacts sur un mode multicanal complet.

3.1.2 Le projet Medialog+ vise à mieux retracer les différents contacts des assurés

3.1.2.1 Le projet Medialog+ ou la recherche d'une solution globale intégrée des différents outils de GRC existants

[873] Le projet Medialog+ est un projet ambitieux en cours de développement. L'objectif affiché de ce projet est d'adapter les outils actuels de gestion de la relation client au contexte nouveau d'une multiplicité de canaux de contacts possibles à la disposition les assurés pour effectuer leurs démarches.

[874] Les deux principales retombées attendues de ce projet sont des gains de temps en facilitant le travail des équipes de front office (cf. accès et pertinence des scripts de réponse, enregistrement et accès aux informations, outil de gestion des rendez-vous) et un pilotage optimisé du multicanal en orientant les assurés vers les canaux les moins coûteux pour l'assurance maladie au moyen de meilleurs retours d'informations aux conseillers et de l'établissement de tableaux de bords ainsi qu'en définissant des campagnes sortantes mieux ciblées.

[875] Le projet dans son ensemble se décline en sept sous projets : 1) établissement d'une fiche clients, 2) déploiement d'un gestionnaire de rendez-vous national, 3) enregistrement des contacts dans une base de contacts multicanal (BCM), 4) interfaçage avec le gestion des réponses entre les niveaux 1 et 2, 5) gestion de la conciliation, 6) génération de statistiques, 7) extension des argumentaires de réponse. Les premières livraisons du projet devraient intervenir dès 2014.

3.1.2.2 Une traçabilité bientôt accrue des contacts avec les assurés et ce quelque soit le canal utilisé

[876] Avec le projet Medialog+, la Cnamts prévoit de retracer les différents contacts de l'assuré avec l'assurance maladie, et ce quel que soit son canal de contacts. Il faut que l'assurance maladie soit vigilante à centraliser ces informations de manière à les rendre aisément exploitables par les conseillers de front office. En effet, ces données pourraient leur permettre d'améliorer notablement la qualité de service aux assurés. Ainsi, les conseillers de front office pourraient être en mesure de savoir qu'une personne qui les contacte le fait alors qu'elle vient d'effectuer exactement la même démarche par exemple sur Internet ou sur une borne sans succès : le savoir leur permettrait par exemple de réorienter les personnes vers le canal de contacts le plus efficient en leur expliquant la manière d'effectuer leur démarche de façon réussie. Par ailleurs, cela pourrait permettre d'identifier les situations où manifestement le nombre de contacts établis par un assuré pour un motif donné devient excessif et de réaliser un traitement spécifique de ces situations sur l'exemple de ce que la CPAM de Tours a mis en place sur les contacts en accueil physique : au-delà de trois contacts de suite en accueil physique, un rendez-vous est proposé à l'assuré afin de conduire un examen général de sa situation.

3.2 Les conseillers de front office ont un avis ambivalent sur l'apport des outils informatiques à la qualité de service car ils identifient de fortes marges de progrès

3.2.1 Les conseillers apprécient la variété des outils mis à leur disposition mais regrettent les multiples difficultés qu'ils rencontrent pour les utiliser et répondre aux questions des assurés

[877] La grande majorité des conseillers et téléconseillers de front office rencontrés par la mission s'accordent à dire que de nombreux outils logiciels sont mis à leur disposition pour accroître la variété et la qualité de réponses qu'ils sont en mesure d'apporter aux assurés. Ils notent souvent les progrès constants qui sont faits.

[878] Cependant, le revers de la médaille de ce fort développement est la progression jusqu'à présent largement en silo de ces différents applicatifs. Aujourd'hui, un téléconseiller doit maîtriser entre vingt et trente applicatifs[134] distincts pour être pleinement opérationnel sur son poste. Or d'un point de vue pratique, cela se présente réellement comme une vingtaine d'icônes sur un poste de travail informatique entre lesquelles ils jonglent le plus rapidement possible et qu'ils passent donc leur temps à ouvrir et fermer.

[879] Cela est d'autant plus problématique que de multiples éléments viennent de façon récurrente compliquer la navigation. Tout d'abord, la mission a relevé au cours de ses observations des dysfonctionnements informatiques[135], et ce quelque soit le canal de contacts. Ces dysfonctionnements retardent les conseillers dans leur travail, voire les empêchent de répondre à l'assuré. Par ailleurs, à chaque ouverture d'application, le conseiller doit entrer à nouveau le numéro d'identification (NIR) de la personne afin d'accéder à ses données personnelles[136]. De telles manipulations à répétition accroissent le risque d'erreur et retardent le temps de réponse.

[880] Il est apparu à la mission que c'est sur le canal téléphonique que ces difficultés sont les plus gênantes dans la mesure où le téléconseiller n'a pas l'assuré en face de lui comme en accueil physique. Cependant, d'autres situations contreproductives ont été constatées[137] : ainsi, tandis qu'un téléconseiller en plateforme courriel avait commencé à traiter un courriel, il s'est trouvé bloqué du fait du dysfonctionnement d'une application métiers. Or, dans le même temps, un autre téléconseiller a pris la main sur le courriel pour le traiter. Quand le premier téléconseiller a finalement réussi à faire fonctionner l'application et à collecter les informations dont il avait besoin, le courriel en question n'était plus accessible car il avait été traité par le second téléconseiller. En d'autres termes, deux conseillers ont, du fait de bugs informatiques, tous deux travaillé sur le même courriel. Un verrouillage devrait empêcher à deux conseillers de travailler sur le même mail ou, à défaut, une indication aisément visible à tous les conseillers des courriels déjà en cours de traitement par d'autres téléconseillers.

Recommandation n°54 : Auditer le fonctionnement des différents applicatifs métiers en front office afin d'identifier les causes des bugs informatiques récurrents et les corriger

---

[134] Diadème, Applicatif DSIJ, Image, FNPS, Iris, Orphée, Oscarr, Outilcaisse, PEL consultation, CAFpro, Progrès, Scapin, Eurydice, Pecures, Ubiq, Cloé, GEOC, LM2A, -, Mediam, Medialog, Esope, GK, Ameli direct, didacticiel, BOAS, Webvisu.

[135] Les situations les plus fréquentes étaient un problème d'ouverture d'une application ou un délai de réponse particulièrement long.

[136] La mission a recensé le cas d'un téléconseiller n'ayant pas confiance dans la manipulation contrôle C/contrôle V retape pour chaque nouvelle application « à la main » le NIR de la personne avec donc risque d'erreur et perte de temps accru.

[137] Constat fait par la mission au cours d'un déplacement. Le hasard a fait que les deux téléconseillers présentés ici étaient à ce moment là accompagnés d'un inspecteur de la mission qui étaient en observation.

3.2.2 Le projet de création d'une fiche clients devrait faciliter le travail des conseillers et accroître la qualité du service rendu

[881] Dans le cadre du projet Medialog+ actuellement mené par la CNAMTS, il est prévu le déploiement d'une fiche clients qui permettra de recenser sur une seule page les principales informations concernant un assuré. L'objectif de cette fiche est d'extraire des différentes applications métiers les informations les plus importantes pour le (télé)conseiller quelle que soit la raison pour laquelle un assuré a souhaité entrer en contact avec l'assurance maladie. Une telle fiche pourrait non seulement faciliter le travail des conseillers de front office en leur limitant le nombre d'applications à ouvrir pour répondre aux demandes des assurés mais pourraient aussi leur permettre d'apporter aux assurés une réponse qui dépasse le simple objet de la demande (ex. anticipation d'une fin de droit alors qu'un assuré appelle pour une problématique relative au paiement de ses indemnités journalières). D'un point de vue technique, la création d'une telle fiche nécessite non seulement d'interfacer des outils métiers qui ne le sont pas aujourd'hui mais aussi de créer un référentiel commun de coordonnées des assurés, référentiel qui n'existe pas à ce jour.

[882] Au-delà de ces impératifs techniques, la qualité opérationnelle de cette fiche clients reposera non seulement sur le choix des informations métiers qui y seront reportées mais aussi à son ergonomie permettant aux conseillers de rapidement en prendre connaissance au moment d'une prise de contacts.

3.3 La gestion électronique des documents permet d'accroître la rapidité de la réponse et la sécurisation de la situation de l'assuré

[883] La gestion électronique des documents s'est fortement développée ces dernières années au sein des caisses primaires d'assurance maladie. Elle répond en priorité au souhait d'optimiser les procédures de travail en back office par une gestion facilitée des pièces et des formulaires fournis par les assurés. Cependant, la mission a pu constater lors de ses observations sur plateformes que les documents numérisés varient d'une caisse à l'autre.

[884] Or, outre l'optimisation du travail des services de production, la gestion électronique des documents présente divers intérêts pour les assurés et les services de front office qui devraient encourager l'assurance maladie à développer et harmoniser ses pratiques de numérisation. Tout d'abord, grâce au nombre croissant de pièces numérisées, les conseillers de front office sont en mesure de répondre à un nombre sans cesse plus large de demandes, et de façon plus précise. Ainsi, si un assuré appelle avant que son arrêt de travail n'ait été traité par les services de production et donc enregistré dans les outils métier, la numérisation du document permet aux services de front office de tout de même répondre à une sollicitation de l'assuré au regard des informations qui figurent sur l'arrêt (ex. début de l'arrêt ou renouvellement).

[885] Par ailleurs, la gestion électronique des documents permet de limiter les conséquences induites par une perte de documents, en l'occurrence redemander à un assuré des pièces qu'il aurait déjà fournies[138]. Cela présenterait de plus l'intérêt de ne pas solliciter plusieurs fois un assuré effectuant des démarches pour des prestations différentes pour les mêmes pièces[139].

[138] La mission a observé un cas de ce type pour une déclaration de perte de carte vitale d'un assuré. Or la déclaration ayant été perdue par l'assurance maladie (l'assuré ayant déposé sa demande initiale à l'accueil, sa démarche était retracée dans l'outil métier Medialog prouvant bien qu'il avait fait le dépôt du formulaire), il a été demandé à l'assuré de refaire le formulaire.

[139] Pour être efficace, une telle mesure nécessiterait une mise en partage informatique des documents pouvant intervenir concomitamment dans plusieurs prestations.

3.4 Les rigidités de l'organisation informatique de la base de données des bénéficiaires compliquent la prise en charge des assurés

[886] Chaque CPAM est rattachée à un centre de traitement informatique (CTI) qui gère la base de données des assurés (BDO) ainsi que de leurs consommations de soins (ERASME - Extraction, Recherche, Analyse, Suivi Médico Economique). Il n'existe pas de consolidation de ces bases de données. Des CPAM comme celles d'Alençon et du Mans, proches géographiquement relèvent ainsi de deux CTI différents, ce qui a pour effet d'étanchéifier les sources d'informations. Par ailleurs, même quand deux CPAM dépendent du même CTI, la gestion se fait au travers de couloirs informatiques qui ne communiquent pas. Les CPAM du Nord ont commencé, dans le cadre des « accueils limitrophes » à lever les obstacles en permettant à une CPAM signataire de la convention passée entre elles de consulter les données concernant un assuré rattaché à une autre CPAM. Dans un deuxième temps, une CPAM sera habilitée à intervenir sur le fichier d'un assuré relevant d'une autre CPAM. Il convient toutefois pour des raisons de responsabilité que les agents comptables soient partie de ces conventions.

[887] Il est par ailleurs prévu sur la période de la prochaine COG d'intégrer l'ensemble de la région parisienne sur la même base alors qu'elle relève aujourd'hui de deux distinctes (d'un point de vue technique, cela correspond à une découloirisation pour que la région parisienne relève dans son ensemble du même couloir).

4 PERSPECTIVES : RENFORCER LA CONFIANCE ET LA SATISFACTION DES ASSURES PAR UNE STRATEGIE MULTICANAL FONDEE SUR LES PRINCIPES A LA FOIS D'UTILITE ET D'EFFICIENCE DES CONTACTS

[888] Il ressort des différents constats de la mission que la stratégie multicanal de l'assurance maladie doit reposer sur deux objectifs majeurs :

- ***Optimiser l'orientation des assurés dans l'offre multicanal*** : cet objectif doit viser à orienter les demandes simples des assurés vers les canaux de contact les moins coûteux pour l'assurance maladie et diriger les demandes complexes vers les canaux où la personnalisation est la plus poussée. A titre d'exemple, le SGMAP a estimé qu'en moyenne le coût d'un contact en face à face est 40 fois plus élevé que le traitement d'un courriel simple (respectivement 20 euros et 0,50 euros en moyenne)[140]. Les travaux de la mission menés à partir de la comptabilité analytique de la Cnamts sur 2012 conduisent quant à eux à par exemple montrer que le coût unitaire moyen d'un accueil physique est 29 % plus élevé par rapport au coût unitaire moyen d'un appel téléphonique[141].
- ***Limiter au maximum la réitération de contacts*** : cet objectif consiste à limiter le nombre d'itérations de contacts pour un même motif ou pour des motifs multiples, que ce soit sur un canal donné ou entre les différents canaux de contacts possibles. En effet, ces itérations sont coûteuses pour l'assurance maladie comme pour les assurés.

[889] Ces deux objectifs consistent en somme à s'assurer que les contacts entre l'assurance maladie et ses affiliés s'inscrivent dans une logique d'efficience (cf. le but est d'optimiser les moyens déployés au regard de l'objet du contact et des besoins du public) et d'utilité (cf. l'objectif est de s'assurer que chaque contact répond effectivement à la demande de l'assuré voire même à des demandes qu'ils n'auraient pas encore exprimées mais qui interviendront ultérieurement).

---

[140] Source : BVA – SGMAP, *Les services publics de proximité.* Décembre 2011. Les données obtenues par la mission sur les données CNAMTS arrivent à des montants très différents sur les courriers/courriels du fait de périmètre d'analyse non comparables.

[141] Le coût unitaire moyen d'un accueil physique est de 8,30 euros contre 6,43 pour un appel téléphonique.

4.1 Les perspectives retenues par l'assurance maladie mettent l'accent davantage sur l'efficience de sa politique de contacts que sur l'utilité des contacts

4.1.1 Tous les services sur tous les canaux : l'incitation plutôt que la contrainte

[890] L'axe essentiel aujourd'hui retenue par l'assurance maladie dans sa stratégie multicanal est que l'intégralité de son offre de services soit rendue via tous les canaux de contact aussi bien les canaux traditionnels (accueil physique, téléphone, courrier) que les plus récents (compte Ameli par ordinateur, site Mobile ou applications Smartphone, et courriel). L'offre de services s'articule pour un assuré autour de trois thèmes : a) gérer son contrat, b) bénéficier de ses prestations et c) gérer sa santé. L'assurance maladie décline cette offre selon cinq types de services : 1) les services de base (ex. droits de base, carte vitale ou attestation de droits, remboursement de soins, règlement de revenus de substitution), 2) les services attentionnés (ex. maternité, invalidité, CMUc, perte d'un proche, déménagement), 3) les services en santé (ex. Prado maternité, Sophia, Santé active), 4) les téléservices (ex. compte assuré, espace pro, DSIJ) et 5) les programmes de prévention (ex. Mt Dents, dépistages).

[891] De ce principe général découle le fait que l'assurance maladie n'oriente pas les assurés sociaux par la contrainte (cf. les assurés ne sont pas obligés d'utiliser tel ou tel canal pour accéder à tel ou tel service) mais par des logiques d'incitation (cf. montrer à l'assuré l'intérêt qu'il a à utiliser tel canal de contacts plutôt que tel autre pour recourir à tel service).

[892] Ce choix fort de l'assurance maladie est potentiellement coûteux en termes de moyens dans la mesure où il nécessite pour cette dernière de prévoir la formation des personnels ainsi que les outils de traitement pour différents canaux de contacts, en plus du fait que transitent par des canaux de contacts coûteux des demandes simples sur lesquelles les conseillers n'ont pas de plus-value forte. Ainsi, il est possible pour un assuré de faire une déclaration de perte de carte vitale ou de changement de domicile non seulement par téléphone, courriel ou par Internet mais aussi à l'accueil d'une caisse. Si des décisions d'amélioration de l'efficience et de réduction forte des effectifs en front office devaient dans l'avenir être prises, fermer l'accès aux canaux de contacts coûteux pour les demandes simples monomotif devra être envisagé. Cela nécessitera cependant un traitement spécifique des publics précaires pour qui une demande a priori simple peut s'avérer en fait complexe du fait de difficultés de compréhension ou d'utilisation de certains canaux de contacts.

[893] Il faut par ailleurs avoir à l'esprit que, même si l'on peut faire converger l'offre de services entre les canaux de contacts, l'isofonctionnalité intercanal ne sera jamais parfaite en termes de qualité de service du point de vue de l'assuré : pour ne prendre qu'un exemple , un adhérent qui veut se procurer une attestation de droits doit l'imprimer par lui-même s'il est chez lui sur Internet tandis qu'un exemplaire papier lui est fourni s'il a recours à une borne, à un accueil, au courrier ou au téléphone. Il paraît prématuré de proposer la fermeture de certains canaux de contacts pour ce type de service (ex. l'accueil physique pour un contact ayant comme seule et unique motif l'édition d'une attestation de droits)[142]. Une telle mesure ne pourra être prise qu'après avoir établi une cartographie fine croisant offre de services et offre de contacts (voir pour exemple la cartographie établie par Pôle emploi présentée dans l'annexe correspondante du présent rapport) et une étude qualitative permettant de mieux comprendre les modalités d'orientation des assurés dans l'offre multicanal, en particulier à l'accueil.

[142] A noter notamment le fait que pour éditer une attestation de chez soi il faut posséder une imprimante ce qui n'est pas le cas de tous les assurés.

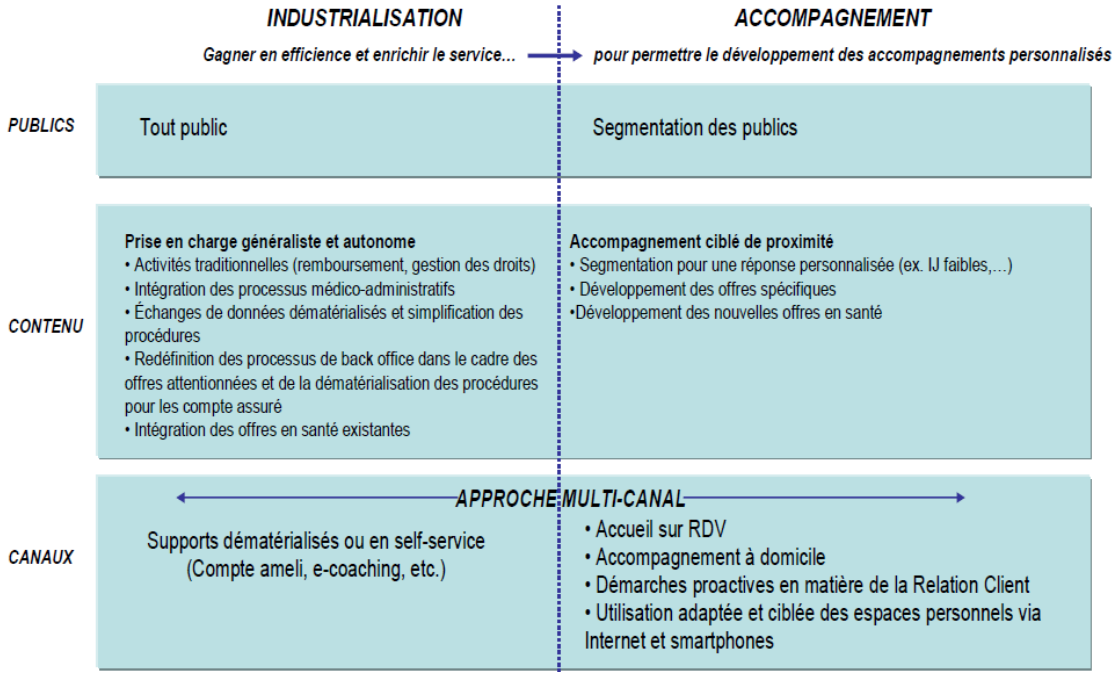
<u>Recommandation n°55 :</u> Examiner l'intérêt de fermer l'accès à certains canaux de contacts pour certains services au moyen d'une cartographie croisant offre de services et offre de contacts et d'une étude qualitative sur l'orientation des assurés dans l'offre multicanal.

4.1.2 L'accent mis sur une logique d'efficience

4.1.2.1 Les demandes simples vers les canaux dématérialisés et les demandes complexes vers les autres, en particulier vers l'accueil physique

[894] L'objectif de l'assurance maladie est d'orienter les demandes simples vers les canaux les moins coûteux et donc ceux qui ne nécessitent pas nécessairement l'intervention d'un conseiller de front office (cf. compte Ameli, avatar, bornes) ou qui sont les moins coûteux (cf. courriel, téléphone et courrier). A l'inverse, les demandes complexes seraient préférentiellement orientées vers les canaux de contacts certes les plus coûteux mais pour lesquels l'intervention des conseillers a une forte plus-value (cf. accueil physique, en particulier accueil sur rendez-vous). En d'autres termes, l'objectif est de parvenir à traiter de façon industrialisée les demandes simples pour libérer des moyens afin de développer un plus fort accompagnement des publics en ayant véritablement besoin ainsi que le résume le graphique ci-dessous. La CNAMTS s'inscrit en cela dans la continuité de ce qu'elle a fait sur la précédente COG.

Graphique 24 : La stratégie multicanal de services de l'assurance maladie



Source : *Cnamts.*

[895] Si cette logique paraît efficiente en termes de gestion, elle appelle une vigilance particulière. La mission attire l'attention sur le fait que jusqu'à présent une telle stratégie s'est traduite par une hausse nette des contacts plus que par un report massif vers les nouveaux canaux dématérialisés. Par ailleurs, une demande *a priori* simple peut parfois être en fait complexe pour certains assurés n'ayant pas une bonne maîtrise de la langue (lecture, écriture, expression orale). Plusieurs observations de la mission ont corroboré ce point, comme par exemple un courriel inintelligible du fait de réelles difficultés d'expression écrite ou un assuré se présentant à un accueil pour demander confirmation qu'il avait bien imprimé le bon formulaire à la borne (il avait en l'occurrence édité un formulaire de déclaration de médecin traitant alors qu'il souhaitait une attestation de droits). La distinction de ce qui peut basculer sur le canal Internet et ce qu'il est au contraire préférable de faire passer par exemple par l'accueil physique n'est pas aisée à déterminer *a priori* et requiert une analyse fine croisant nature de la demande et type de public. La Cnaf poursuit actuellement cette voie pour analyser les demandes de ses bénéficiaires.

[896] Par conséquent, l'analyse de la complexité de la demande ne peut que difficilement se faire *in abstracto* à partir des seuls outils informatiques de la Cnamts et des extractions informatiques de l'outil Medialog. Elle doit forcément s'articuler avec la prise en compte des caractéristiques des demandeurs.

Recommandation n°56 : Croiser les informations relatives à la nature de la demande avec les caractéristiques des assurés concernés pour déterminer ce qu'est une demande simple ou complexe.

4.1.2.2 La poursuite du développement des services en ligne nécessitera de fortes réorganisations du back office

[897] La première voie poursuivie est de faire converger les différents canaux transitant par Internet (cf. site mobile, applications, bornes multi-services) vers le standard du compte assuré tel qu'il est accessible par ordinateur. Ce développement s'inscrit dans la logique précédemment présentée d'un accès à l'intégralité de l'offre de services via tous les canaux. Une telle harmonisation facilitera la navigation des assurés et peut même permettre le report d'un certain nombre d'assurés ayant aujourd'hui recours au téléphone ou à l'accueil physique vers ces canaux dématérialisés.

[898] La seconde voie recherchée par l'assurance maladie est de développer de nouvelles fonctionnalités sur le compte Ameli et d'accroître la personnalisation du compte afin d'autonomiser les assurés sur un maximum de demandes et donc éviter qu'ils ne se déportent vers des modes de contact plus coûteux pour l'assurance maladie. Ainsi, seront mis en service courant 2014 sur le compte de nouvelles fonctionnalités : dépôt du contrat de travail en ligne (gestion de pièces dématérialisées), accès aux bénéficiaires (conjoints et enfants de + 16 ans) pour certains services, suivi des avis d'arrêt de travail, suivi des demandes ALD, affichage des droits, affichage des coordonnées bancaires au format IBAN.

[899] Concernant la personnalisation du compte et l'autonomisation croissante des affiliés, il pourra par ailleurs être pertinent de plus investir les assurés dans les phases de développement informatique des nouvelles offres. Ainsi, en s'inspirant de ce que la CNAF a commencé à faire, l'assurance maladie pourrait associer des assurés aux phases de tests d'ergonomie des nouvelles fonctionnalités afin d'affiner la qualité des produits et d'identifier en amont d'éventuels blocages.

Recommandation n°57 : Associer les assurés à toutes les étapes de production de nouveaux services informatiques, de l'identification en amont du besoin et les tests d'ergonomie des modules pendant les phases de recette jusqu'à l'évaluation en aval de la pertinence et de l'efficacité des fonctionnalités mises en service.

[900] Le principal enjeu de la personnalisation des services dématérialisés est qu'il nécessite, au-delà de l'identification préalable des besoins réels des assurés, de remodeler les processus de production back office de sorte à permettre une articulation satisfaisante avec le front office, par exemple pour apporter au front office les informations dont il a besoin en termes de suivi en continu du traitement des prestations. Ce travail est d'ores et déjà prévu pour le suivi du délai de paiement des indemnités journalières ainsi que pour le suivi du traitement d'un dossier d'accident du travail. Il sera souhaitable qu'il s'élargisse à d'autres prestations et vise même, quand cela est possible, des démarches par l'assuré uniquement en ligne[143]. Ces avancées nécessiteront de mettre en place des fonctionnalités nouvelles telles que la signature dématérialisée, la déclaration sur l'honneur en ligne ou le chargement de documents sur le compte assuré.

4.1.2.3 La recherche d'une performance accrue sur les canaux de contact historiques

[901] A la suite d'une enquête auprès du réseau fin 2012, cinq items d'axes de performance ont été identifiés : organisation, pilotage, ressources humaines, outils et qualité.

[902] Concernant l'accueil physique, ces blocs conduisent à prévoir des actions variées comme la reconfiguration des espaces d'accueil, l'amélioration des outils de supervision de l'activité, le déploiement d'un gestionnaire de file d'attente, et une analyse plus approfondie de la satisfaction client. Une mission d'analyse de la performance pilotée par la CNAMTS réalise des travaux auprès de huit organismes pour recenser les pratiques locales relatives à l'accueil physique entre novembre 2013 et mars 2014. L'assurance maladie a par ailleurs le souhait de développer sa politique de rendez-vous voire même dans certains cas particuliers les déplacements au domicile des assurés. Si ces deux actions visent en premier lieu à améliorer la qualité plus qu'à un surcroît de performance, elles ne seront pas sans effet sur l'efficience du front office : en effet, ces modes de contact permettront une gestion plus complète de la situation d'assurés les plus précaires, or ce sont justement ces publics qui ont le plus de mal à comprendre les démarches qu'ils doivent effectuer et qui donc réitèrent leur contact, en particulier à l'accueil physique.

[903] Concernant l'accueil téléphonique, une grande variété d'actions sont prévues pour accroître la performance des plateformes : mise en place d'une plateforme d'entraide, définition d'un indicateur de productivité, définition de parcours professionnel, réflexion autour du taux d'absentéisme et du turnover, mise en place de la supervision croisée pour évaluer la qualité, réalisation de missions conseils pour accompagner les PFS les plus en difficulté, réalisation d'un kit d'autodiagnostic de la performance sur les PFS, etc.

4.1.3 La professionnalisation des actions d'orientation des assurés nécessite une réflexion quant à l'instauration d'une structure intermédiaire entre le back et le front office : le middle office

[904] Deux actions vont permettre de parvenir à une meilleure orientation des assurés dans l'offre de services multicanal : 1) la meilleure connaissance des profils, attentes et pratiques des assurés, 2) la professionnalisation d'actions pour encourager les assurés à se porter sur tel ou tel canal de contacts.

[143] A titre d'exemple, la possibilité d'effectuer totalement en ligne la déclaration du nouveau né est prévue pour 2014.

[905] Pour la connaissance des assurés, cela passera par le recueil exhaustif des contacts entrants en multicanal via l'outil Medialog+ et par la conduite d'une étude qualitative spécifiquement sur les causes de la réitération et l'identification exacte des critères de choix d'un canal ou l'autre par les assurés, travail que la Cnamts a débuté fin 2013 et dont il faut assurer un plein déploiement en 2014.

[906] Pour les actions visant à directement infléchir les pratiques des assurés, les offres sur rebonds du compte Ameli seront poursuivies, des accompagnements pour l'utilisation des GAAM sont envisagés comme par exemple à la CPAM de la Sarthe qui réfléchit actuellement à la création d'un espace libre-service où de telles actions pourraient être conduites, et les campagnes sortantes seront mieux structurées. Un premier recensement des pratiques innovantes menées localement a déjà été effectué en 2013. Ces campagnes visent à la fois à réduire le nombre de contacts entrants mais aussi à améliorer la qualité de service grâce à la réassurance qu'elles sont sensées apporter. La fonction marketing tend à ce propos de plus en plus à être une fonction en propre en caisse, comme a déjà commencé à le faire la CPAM de la Sarthe. Deux questions vont se poser à l'avenir pour la professionnalisation de ces pratiques d'orientation des assurés dans le multicanal : 1) quels sont les moyens à octroyer aux services qui auront la charge de ces activités sachant qu'elles peuvent être longues à structurer, en particulier au début ; 2) comment positionner ces services qui rempliront une fonction qu'il serait convenu de considérer comme du middle office dans un contexte où la disjonction entre back et front office est aujourd'hui particulièrement forte ?

Recommandation n°58 : Evaluer l'intérêt de structurer dans toutes les caisses un service de middle office ayant en charge de faire dialoguer le back et le front, de diffuser dans l'organisation les résultats et enseignements opérationnels d'études Ecoute clients et de professionnaliser les campagnes sortantes visant à infléchir le comportement des assurés dans leur orientation dans le multicanal

4.2 Les points de vigilance identifiés par la mission

[907] Les perspectives à ce jour poursuivies par l'assurance maladie paraissent à la mission être les bonnes, à ceci qu'il faut être vigilant à développer les outils informatiques là où les économies générées sont les plus fortes pour l'assurance maladie[144]. Le développement des services en ligne répond à un besoin croissant de la population tandis que la volonté d'apporter une réponse plus globale aux sollicitations des assurés moins autonomes sur le téléphone et l'accueil physique est de nature à renforcer la qualité de service aux publics qui rencontrent le plus de difficultés dans la prise en charge de leur situation.

[908] Cependant, ces orientations appellent un certain nombre de vigilances détaillées ci-dessous. Ces remarques sont plus complémentaires qu'antinomiques aux orientations à ce jour retenues par l'assurance maladie.

[144] Par exemple privilégier ce qui va permettre des reports des canaux historiques vers le compte Ameli plutôt que déployer des nouveaux services sur Smartphone si ces services ne font que générer des contacts nouveaux qui n'existaient pas auparavant ou capter des contacts qui transitaient auparavant via le compte Ameli.

4.2.1 La problématique de la réitération est à ce jour trop peu prise en compte

[909] La question de la réitération est une problématique essentielle à plusieurs points de vue : non seulement elle a un impact en termes de coût pour l'assurance maladie et pour les assurés (cf. une même demande faisant l'objet à plusieurs reprises de traitements et démarches identiques ou très proches), mais elle impacte aussi la satisfaction des assurés[145].

[910] Or, l'assurance maladie n'a quasiment aucune connaissance de ce phénomène qui constitue pourtant un élément fort de la qualité de prise en charge de l'assuré. Cela s'explique en partie par les limites actuelles de l'outil GRC qui ne permet de retracer que les contacts téléphoniques, physiques et courriel (cf. via Eptica). A cela s'ajoute le fait que les bases Erasme étant régionales, la CNAMTS est contrainte de passer par des enquêtes auprès du réseau quand elle souhaite avoir des remontées d'informations des bases métiers, comme par exemple à partir de requêtes Quid sur les multicontactants.

[911] Cependant, même avec des outils informatiques cloisonnés, plusieurs actions auraient d'ores et déjà pu être menées : compréhension de la réitération de contacts par canal (cf. accueil physique, téléphone, courriel) ou pour les canaux déjà retracés ensemble grâce aux requêtes QUID mises à la disposition du réseau[146], exploration qualitative des parcours de contacts directement auprès des assurés sociaux comme a par exemple pu le faire la mission Igas avec le soutien du SGMAP et d'un prestataire. Les observations en caisses et sur plateformes ont de plus confirmé à la mission que les conseillers de front office ont tout à fait conscience du problème dans la mesure où ils sont quotidiennement face à des assurés qui leur expliquent avoir déjà fait telle ou telle démarche auparavant par tel canal et qu'ils entrent malgré tout à nouveau en contact. Les personnes le disent assez spontanément en accueil ou par téléphone, sans qu'il soit même nécessaire de le leur demander. Quelques caisses ont commencé à réfléchir à cette thématique (cf. Sarthe, Indre et Loire) mais la réflexion est peu avancée.

[912] Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce manque de mobilisation de l'assurance maladie autour de cette problématique de la réitération alors même qu'un certain nombre de réflexions et d'actions aurait déjà pu être initiées :

- ***L'accent mis sur le développement des nouvelles technologies*** : cela a pu laisser croire que les personnes allaient spontanément faire toutes, ou au moins en grande partie, leurs démarches simples par ces canaux, l'enjeu étant alors principalement celui de l'orientation des assurés vers ces canaux dématérialisés plus que la problématique des réitérations. Or, la croissance globale du nombre de contacts tend à montrer que les phénomènes de report ne sont pas aussi mécaniques.
- ***Le cloisonnement de ces thématiques entre différents acteurs*** : en effet, l'analyse du phénomène de la réitération nécessite de mobiliser les services en charge des services Internet (cf. ce que la CNAMTS dénomme le Programme 1) qui travaillent au siège, avec les plateformes mutualisées de téléphone (en moyenne une pour deux caisses) et courriel (en moyenne une pour quatre caisses) et avec les caisses primaires qui gèrent l'accueil physique, autant de services disséminés sur le territoire.
- ***L'inclinaison à davantage évaluer la qualité de service à l'aune d'indicateurs de performance par canal de contacts*** : ce phénomène est en partie dû aux indicateurs d'objectif des précédentes COG qui conduisaient à évaluer la qualité de service avant tout au regard de la performance de chaque canal de contact (cf. délai d'attente à l'accueil,

[145] Les enquêtes de satisfaction nationales menées par l'assurance maladie montrent que le nombre de contacts avec la CPAM pour obtenir une réponse constitue le premier élément contributif au renforcement des points forts et à la suppression des points faibles (cf. méthode d'analyse factorielle des données MaxiMin).

[146] Les requêtes QUID permettant de retracer le nombre de contacts par canal et niveau de clôture (M2H_07 : moins de 5 % des caisses l'utilisent en jour ouvré) ou d'établir la liste des contacts multiples (M2H_08 : moins de 8% des caisses) sont très peu utilisées par les caisses.

taux de décroché, rapidité de réponse aux mails) plutôt que par une prise en compte globale de la situation de l'assuré et de la fiabilité des informations qui lui sont transmises.

- ***La difficulté des caisses à dégager des moyens pour conduire des travaux d'écoute clients sur le sujet*** : la CPAM de la Sarthe vient de créer une cellule marketing composé de deux agents mais cette caisse est manifestement très en pointe et très en avance sur ses consœurs dans la compréhension des enjeux du multicanal aujourd'hui.

[913] Il faut cependant relever que le développement depuis quelques années de la politique d'accueil sur rendez-vous répond dans une certaine mesure à la nécessaire réduction des réitérations de contacts dans la mesure où l'étude de façon prolongée du dossier complet de l'assuré permet de limiter les besoins ultérieurs de nouveaux contacts.

[914] Au regard de ces constats, plusieurs pistes doivent être poursuivies pour mieux prendre en compte la thématique de la réitération :

- Renforcer le soutien méthodologique du siège envers le réseau par la mise en place d'outils et d'analyses aisément utilisables par le réseau. Un observatoire au sein du département Ecoute clients du siège pourrait utilement être spécialisé sur l'orientation des assurés dans le multicanal et la réitération de contacts.
- Positionner le développement à venir des campagnes sortantes, en masse ou égrenées, clairement sur ce créneau : incitation des assurés à s'orienter vers tel ou tel canal en fonction de la nature de leur demande et limitation de la réitération de contacts en créant de la réassurance.
- Faire de la réitération un sujet central de l'axe service de la future COG en créant des indicateurs spécifiques de suivi de ce sujet.
- Structurer au niveau des caisses un middle office en mesure de faire dialoguer le front et le back office pour optimiser les contacts avec les assurés.
- Mieux flécher les crédits d'étude de la CNAMTS vers ces thématiques.
- Auditer l'architecture informatique des bases métiers de la CNAMTS et des exploitations anonymisées qui peuvent être faites par la CNAMTS dans le respect de la loi informatique et liberté afin de fluidifier la circulation de l'information entre le réseau et le siège.

Recommandation n°59 : Faire de la prise en compte de la réitération de contacts par canal ou tous canaux confondus un axe majeur du futur axe service de la COG 2014-2017.

4.2.2 Les évolutions induites par la stratégie multicanal impliquent des évolutions RH à ne pas sous estimer

[915] Plusieurs points méritent d'être détaillés pour chaque canal de contact :

- Concernant l'accueil physique : le développement de l'accueil sur rendez-vous nécessite de faire monter en compétence les conseillers sur des compétences nouvelles (ex. effectuer une instruction de CMUc, répondre de façon proactive à des demandes non exprimées par les assurés par exemple par téléphone).
- Concernant le canal Internet : l'actualisation des connaissances en continu de tous les personnels de front office (accueil, téléphone et courriel) des fonctionnalités du compte Ameli doit être accrue. La mission a ainsi pu constater à plusieurs reprises, en particulier en accueil physique, une relative méconnaissance de certains conseillers des fonctionnalités réelles du compte. Ce point de vigilance est d'autant plus important qu'il détermine en retour l'ampleur et la qualité des offres sur rebonds que les conseillers sont en mesure d'effectuer auprès des assurés avec lesquels ils sont en contact. Une promotion du compte Ameli par l'assurance maladie pour que ses propres conseillers adhèrent au

compte serait sans doute un levier particulièrement efficace pour assurer leur bonne connaissance du compte, sans doute même plus efficace encore que des vagues régulières d'information. Au-delà de la connaissance du compte, c'est aussi une posture nouvelle à adopter pour les conseillers de front office qui ne sont plus seulement les réceptacles à des sollicitations externes des assurés mais qui, de façon proactive, vont proposer des services innovants et tenter de convaincre les assurés de les utiliser. Il faut bien mesurer en quoi un tel repositionnement est une évolution majeure.

Recommandation n°60 : Promouvoir auprès de l'ensemble des personnels de la Cnamts, et en particulier ceux de front office, l'adhésion des agents eux-mêmes au compte Ameli, ou à défaut la mise en place d'ateliers leur permettant en continu de suivre les nouvelles fonctionnalités mises en service

- Concernant le courriel et le téléphone : la tendance à ce que les demandes simples (cf. demande de formulaire ou d'un relevé) transitent de façon croissante par Internet va se poursuivre dans les années à venir. Cette évolution a une conséquence majeure sur les services de front office téléphone et courriel : la complexité moyenne des appels ou des courriels reçus est de plus en plus forte, ce que corrobore la tendance à l'accroissement de la durée moyenne des appels ou la proportion plus élevée de contacts multimotifs. Outre le fait que cette évolution tend à réduire les temps de respiration au quotidien des téléconseillers, cela nécessite d'élever le niveau de compétences de base des téléconseillers. Cela doit d'autant plus appeler l'attention de l'assurance maladie que les plateaux PFS et Eptica connaissent des turnover élevés et sont la porte d'entrée par laquelle commence les nouveaux entrants à l'assurance maladie. Le souhait par ailleurs de renforcer chez les téléconseillers sur plateformes PFS la capacité à anticiper les demandes des assurés par une prise en compte plus globale des besoins des assurés que la réponse stricto sensu au motif initial de contacts va impliquer aussi une montée en compétence. Ces évolutions doivent alerter l'assurance maladie sur le fait qu'elles peuvent potentiellement entrer en contradiction avec sa politique RH de recrutement.

Recommandation n°61 : Veiller à la montée en compétence des téléconseillers sur plateformes téléphoniques ou plateaux courriels pour faire face à la complexification croissante des demandes

4.2.3 Le développement de la politique d'accueil sur rendez vous ne sera un succès qu'à plusieurs conditions

[916] Le développement de l'accueil sur rendez-vous est *a priori* une voie prometteuse d'amélioration de la qualité de service dans la mesure où cela vise à mieux répondre aux besoins des populations les plus précaires (ex. CMUc/ACS) ou devant engager les démarches les plus complexes (ex. dossier d'invalité). En effet, ce mode de contact vise une prise en charge plus personnalisée et plus globale des publics concernés. Cela peut de plus limiter la réitération de contacts de leur part et réduit les frais d'affranchissement pour demande de pièces complémentaires, ce qui peut apporter à l'assurance maladie des gains d'efficience.

[917] Cependant, un développement mal maîtrisé de la politique d'accueil sur rendez-vous présenterait aussi des risques réels de dérive des moyens. Dans la mesure où l'accueil physique est le canal de contacts le plus coûteux et qu'un rendez-vous prend plus de temps qu'un accueil en niveau 2[147], il faut parvenir à calibrer de la façon la plus efficace possible ce nouveau dispositif. Une approche généraliste permettant aux assurés de prendre un rendez-vous pour potentiellement tout sujet ne paraît pas optimal à la mission au regard des enjeux de gestion de l'assurance maladie. Les observations effectuées par la mission en caisses conduisent dès lors à attirer l'attention sur plusieurs points de vigilance :

- En amont du rendez-vous : de multiples précautions doivent être prises en amont du rendez-vous afin de s'assurer que le rendez-vous sera utile pour le demandeur et ne sera pas une perte de temps pour l'assurance maladie :
- Optimiser la gestion des rendez-vous grâce à un outil ad hoc : les caisses dans lesquelles s'est déplacée la mission s'étaient dotées ou avaient élaborées des outils de gestion de la prise de rendez-vous. Cela permet une gestion optimale des différents créneaux et une visibilité rapide notamment pour les téléconseillers au téléphone qui encourage les assurés les appelant pour un motif entrant dans le cadre de la politique de rendez-vous de la caisse, en particulier pour la CMUc ou l'ACS, de prendre un rendez-vous. La mise en place d'un outil national permettrait d'harmoniser les pratiques entre caisses et d'assurer une gestion pérenne de la maintenance informatique. Cette optimisation passe notamment par la fixation des rendez-vous préférentiellement aux heures creuses de fréquentation des caisses, c'est-à-dire plutôt en fin de semaine et tôt dans la journée ou en fin d'après-midi plutôt que des plages entières par demi-journée comme cela a pu être observé en caisse.
- Limiter l'absentéisme des assurés aux rendez-vous : ce sujet doit être une préoccupation prioritaire de l'assurance maladie. Ainsi, d'après les données fournies par la CPAM du Gard à la mission, plus des deux tiers des rendez-vous mis en place pour l'accompagnement au choix d'un organisme complémentaire pour les bénéficiaires de l'ACS ne sont pas honorés par les assurés conviés[148]. Le délai d'attente avant d'avoir un rendez-vous est un premier point de vigilance. Des dires des conseillers rencontrés par la mission, un rendez-vous fixé à plus de trois semaines du moment où l'assuré est entré en contact avec l'assurance maladie accroît considérablement le risque que l'assuré ne se présente pas au rendez-vous ou se trompe dans l'heure. Certaines caisses tentent de développer des pratiques visant à recontacter les assurés avant leur rendez-vous par SMS ou en les appelant directement sur leur téléphone comme par exemple dans le Loiret[149]. Une méthodologie commune pourrait être déployée par la CNAMTS pour ces campagnes de contacts sortantes. Or, un assuré qui ne vient pas induit une perte sèche de productivité

[147] La mission a constaté qu'un accueil sans rendez-vous dure généralement une quinzaine de minutes en moyenne, tandis qu'un accueil sur rendez-vous de CMUc ne dure jamais moins de 20 minutes, même pour les dossiers simples. La recherche action *L'accueil des bénéficiaires de la CMUc en CPAM dix ans après la création du dispositif* conduite en 2011 par l'EN3S avait conduit à estimer qu'un rendez-vous de CMUc dure entre 30 et 40 minutes pour les dossiers les plus complexes. La mission Igas a par ailleurs observé des rendez-vous « Invalidité » pouvant durer jusqu'à presque une heure. Il faut ajouter à cela le temps de préparation par le conseiller du rendez-vous en amont de l'entretien : ainsi, la CPAM du Gard octroie une heure de préparation à ses conseillers pour douze rendez-vous, ce qui représente un temps moyen de 5 minutes par entretien. Pour donner un ordre de grandeur des enjeux à l'œuvre, suivant un tel décompte (cf. 5 minutes par entretien), la simple préparation des rendez-vous de CMUc/ACS (cf. 288 000 en 2012) représente à l'échelle de l'ensemble de l'assurance maladie près de 3 500 journées de travail de conseillers, soit plus de 17 ETP.

[148] Ce chiffre très élevé doit cependant être relativisé du fait de l'action particulièrement innovante de cette caisse qui tente par de tels rendez-vous de toucher des publics extrêmement difficiles à mobiliser, ce qui n'est pas vrai pour toutes les prestations de l'assurance maladie (cf. soit que les autres prestations sont mieux connues des assurés et donc plus mobilisatrices soit que les publics cibles sont plus faciles à faire venir). Ces résultats mitigés doivent par ailleurs être pondérés par la qualité des résultats obtenus sur les personnes qui ont honoré leur rendez-vous : pour ces dernières, le taux d'adhésion à un organisme complémentaire de santé est proche des 100% au cours des 2 mois suivants les RDV honorés.

[149] L'EN3S en 2011 a ainsi relevé que la CPAM du Loiret avait mis en place un système permettant de rappeler les rendez-vous aux bénéficiaires par message sur leurs téléphones portables 48 heures avant et de les appeler le jour même en cas de retard de leur part.

pour l'assurance maladie, qu'il n'est pas toujours possible de compenser[150]. Enfin, bien prendre le temps d'expliquer à l'assuré pourquoi il est utile pour lui de prendre et de venir à son rendez-vous accroît la probabilité qu'il l'honore. Cela constitue une étape fondamentale de la préparation du rendez-vous.

- Bien préparer le rendez-vous en amont : il faut s'assurer qu'au moment de la prise de rendez-vous l'assuré a bien compris quelles sont les pièces à apporter au rendez-vous, sans quoi l'entretien s'avérera inefficace et générera de la réitération de contacts pour finaliser le dossier. D'après les travaux conduits par l'EN3S en 2011, les pièces les plus souvent manquantes sont celles relatives aux ressources des bénéficiaires et le taux de réitération induit par ces pièces manquantes variaient en 2011 entre 25 % dans le Loiret et 30 % dans les Hauts-de-Seine, ce qui est très conséquent.
- Pendant le rendez-vous : étant donné le coût élevé de ce mode de contact et la nécessité d'une prise en charge homogène des assurés sur le territoire national, il est essentiel que le temps de contact soit fortement mis à profit et les pratiques harmonisées, ce qui requiert plusieurs vigilances :
- Harmoniser le déroulé et le périmètre des entretiens : à ce jour, les conseillers n'ont pas à leur disposition de guide national d'entretien selon chaque grand type d'entretien, ce que relevait déjà l'EN3S pour les rendez-vous CMUc en 2011. Par ailleurs, les pratiques varient d'une caisse à l'autre quant au périmètre couvert par les rendez-vous. Ainsi, tandis que dans certains endroits le conseiller instruit la demande de CMUc jusqu'à la liquidation, ce n'est pas le cas partout. Une prise en charge homogène des assurés sur le territoire requiert une harmonisation de ces pratiques.
- Privilégier, lorsque cela est possible, la tenue de rendez-vous sur des sites faisant en même temps de l'accueil sur flux : en effet, une telle organisation permet à un conseiller dont l'assuré ne se présente pas au rendez-vous de se reporter sur le flux de niveau 2 et ainsi de limiter les désagréments liés à l'absentéisme aux rendez-vous. Une telle organisation présente par ailleurs un autre avantage en termes de ressources humaines qui est d'éviter l'isolement des conseillers. En effet, si les rendez-vous se tiennent pendant les périodes d'ouverture de la caisse aux niveaux 1 et 2, le conseiller en charge des rendez-vous n'est pas seul et peut mobiliser ses collègues à tout instant. Cela est cohérent avec le fait que les rendez-vous sont aussi des occasions de faire une évaluation plus globale de la situation de l'assuré, ce qui peut conduire le conseiller à aborder des thématiques qu'il n'avait pas anticipé et qu'il connaît peu ou mal.
- Mettre en place une signalétique adaptée dans les lieux d'accueil : la mission a ainsi pu constater que dans une caisse faisant simultanément de l'accueil de niveau 2 et de l'accueil sur rendez-vous, des frictions fortes entre le personnel et certains assurés pouvaient intervenir du fait de la mauvaise signalétique (ex. des assurés ayant un entretien ne sachant pas à qui signaler leur arrivée, des assurés attendant en niveau 2 ayant l'impression qu'un autre assuré -ayant en fait un rendez-vous programmé- leur passe devant).

[918] Ces différents éléments devraient conduire l'assurance maladie à assurer un pilotage accru de la politique d'accueil sur rendez-vous (cf. outils mobilisés, indicateurs de performance, harmonisation des pratiques, modalités d'organisation par les caisses). On pourrait par exemple souhaiter la création d'un indicateur de délai sur l'attente entre la prise d'un rendez-vous et la date effective du rendez-vous ou d'un indicateur sur la durée effective moyenne des rendez-vous afin de s'assurer que ce mode d'organisation n'implique pas une dérive des coûts ainsi que la conduite d'enquêtes spécifiques sur la satisfaction des assurés pris en charge via ce canal (cf. facilitation des démarches, diminution des abandons de démarches, délai d'attente pour obtenir un rendez-vous, impact plus global sur le non recours, etc.).

[150] Certaines caisses parviennent tout de même à faire basculer le conseiller sur le flux de niveau 2 en attendant le rendez-vous d'après mais cette pratique n'est pas toujours possible par exemple dans les cas où l'accueil ne fait que de l'accueil sur rendez-vous et pas d'accueil sur flux en même temps.

Recommandation n°62 : Poursuivre le développement de la politique de rendez-vous sous réserve de veiller à ce que ce mode de contact ne soit pas source de pertes d'efficience

[919] Le développement de l'accueil sur rendez-vous devrait à moyen terme poser la question de la possibilité, dans certains cas et pour des publics particulièrement précaires, pour un assuré de connaître le nom d'une personne plus spécifiquement en charge du suivi de son dossier comme cela existe d'ores et déjà pour les professionnels de santé. Une telle évolution aussi souhaitable qu'elle puisse être pour un assuré en grande difficulté impliquerait de multiples changements dans les procédures de l'assurance maladie aussi bien dans sa relation directe aux assurés mais également sur la transmission d'informations depuis le back office.

4.2.4 L'incitation à recourir aux canaux de contacts dématérialisés doit s'accroître en visant en priorité une plus large diffusion et une intensification de l'utilisation par adhérent

[920] L'élargissement des fonctionnalités disponibles sur le compte assuré ne saurait à lui seul attirer un nombre croissant d'assurés vers les canaux de contacts dématérialisés. Il y a d'ailleurs de fortes raisons de penser que les assurés qui avaient l'appétence la plus forte pour les nouvelles technologies sont ceux qui se sont reportés les premiers et le plus vite vers le compte Ameli. Afin de convaincre les assurés n'ayant pas encore fait la démarche, l'assurance maladie va devoir déployer des efforts en communication beaucoup plus conséquents que ce qu'elle a pu faire jusqu'à présent et ce dans deux directions : accroître le nombre d'assurés recourants et intensifier l'utilisation par assuré.

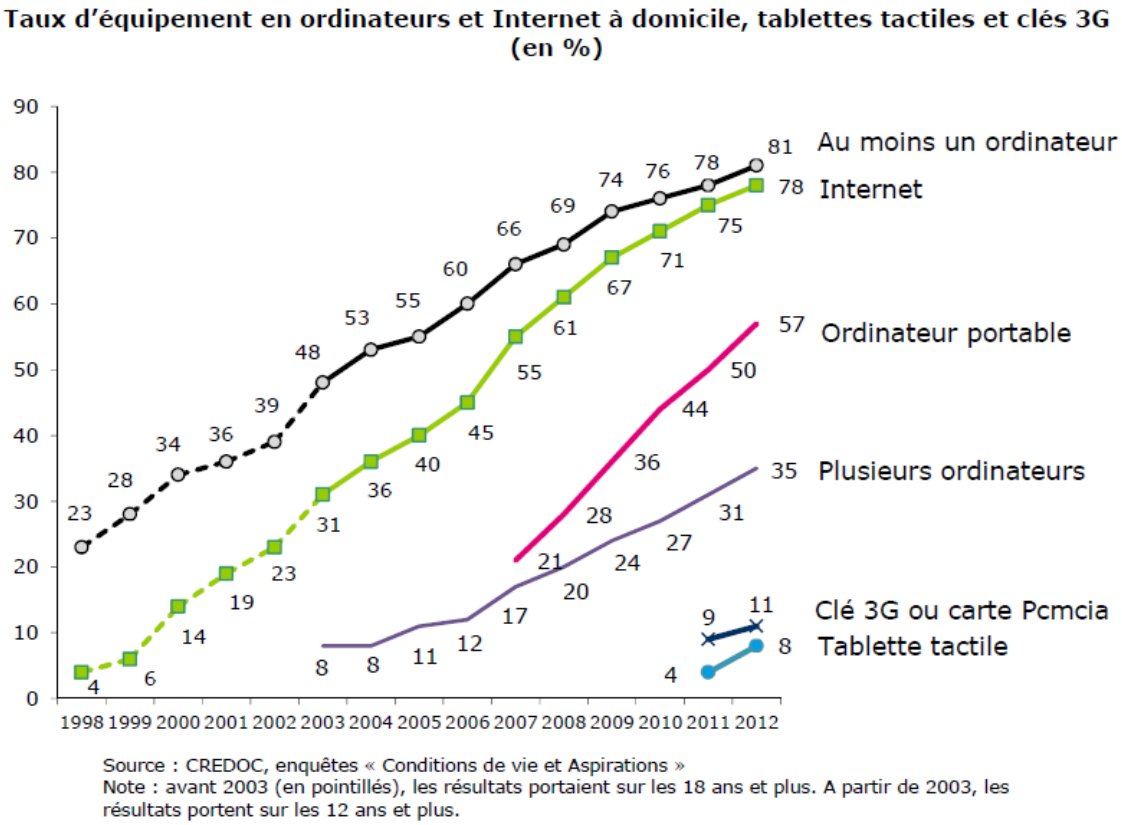
[921] Différents éléments conduisent la mission à penser que le potentiel de développement du compte au regard de ces deux critères (cf. diffusion et utilisation) est encore très élevé. Tout d'abord, la poursuite de la tendance du nombre de nouvelles adhésions chaque année laisse présager plusieurs millions de futurs nouveaux adhérents. L'analyse de la tendance ne permet pas aisément de faire des projections sur ce que peuvent être les années à venir. En effet, le taux de croissance a été ces dernières années élevé ; il tend à se stabiliser à un peu plus de +20 % par an en fin de période. Ainsi, là où le taux de croissance du nombre d'adhérents au compte était de 96 % entre 2008 et 2009 et de 52 % entre 2009 et 2010, il n'était plus que de 34 % entre 2010 et 2011, de 28 % entre 2011 et 2012 et de 24 % entre 2012 et 2013. Cependant, il est irréaliste de penser que le nombre d'adhérents va croître de 20 % par an sur la prochaine COG car cela conduirait l'assurance maladie à plus de 29 millions d'adhérents, ce qui paraît totalement inatteignable. Cependant, l'observation la croissance annuelle des adhésions en volume depuis 2010 apporte une information précieuse : en effet, ce volume de croissance est d'une grande régularité d'une année sur l'autre, soit environ 2,4 millions si l'on fait la moyenne des dernières années[151]. L'application de cette valeur aux années à venir conduit à estimer qu'à la fin de la prochaine COG le nombre d'adhérents au compte sera de 23,1 millions. Une projection alternative consistant à prendre comme référence l'année où la croissance en volume a été la moins forte (cf. 2,1 millions entre 2010 et 2011) conduit à une estimation de 22,1 millions de contacts fin 2017, qui pourrait être retenue par l'Etat comme cible conventionnelle avec la CNAMTS si cet indicateur venait à être conservé dans la COG qui sera finalement signée.

[151] On note cependant une accélération en fin de COG, le gain d'adhérents ayant été de plus de 2,8 millions entre 2012 et 2013.

[922] Une telle cible d'adhérents au compte à horizon 2017, tout en étant ambitieuse, n'est pas irréaliste. Elle est d'autant moins irréaliste que plusieurs éléments laissent à penser que les marges de progression restent très fortes. Tout d'abord, d'après les derniers travaux du Credoc conduits sur le rapport des français aux nouvelles technologies, le taux d'équipement des ménages en ordinateur et en connexion Internet à domicile est en hausse constante depuis une quinzaine d'années, hausse appelée à se poursuivre dans les années à venir (cf. graphique ci-dessous). Ainsi, le taux d'équipement des ménages français en connexion Internet à domicile s'élève à 78 % en 2012. A titre de comparaison, si le chiffre de 22,1 millions d'assurés adhérents au compte Ameli était effectivement atteint fin 2017, cela signifierait que la proportion d'assurés adhérents au compte passerait sur la période d'environ 36 % en 2013 à presque 60 % en 2017, soit un chiffre encore très en deçà des 78 % de français ayant une connexion Internet à leur domicile.

[923] Le Credoc a par ailleurs établi qu'en 2012 près de 52 % des français se disent d'ores et déjà prêts à effectuer des démarches administratives en ligne. Or, ce chiffre a de grandes chances de croître dans les années à venir dans la mesure où les nouvelles générations, qui ont une appétence beaucoup plus élevée pour les nouvelles technologies, remplacent progressivement les plus anciennes, qui à l'inverse recourent très peu à Internet pour faire leurs démarches. Ces mouvements de population représentent plusieurs centaines de milliers de personnes chaque année, ce dont bénéficiera l'assurance maladie pour la diffusion du compte.

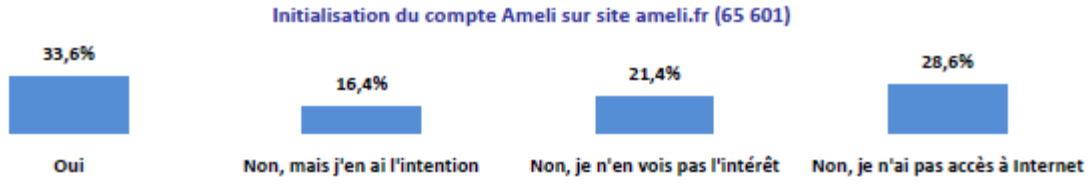
Graphique 25 :Les français et Internet en 2012



Source : *Credoc.*

[924] Quoiqu'il en soit, l'atteinte d'un tel objectif par l'assurance maladie nécessitera de sa part un investissement particulièrement fort pour promouvoir le compte Ameli auprès des assurés et d'identifier tous les éléments pouvant faciliter l'adhésion. En effet, si la croissance du nombre d'adhérents s'est faite sans difficulté majeure ces dernières années, les nouveaux adhérents seront plus difficiles à convaincre par l'assurance maladie. Ainsi que l'illustre l'enquête de satisfaction 2012 auprès des assurés, si exactement la moitié des assurés déclarent avoir un compte Ameli ou bien avoir l'intention d'adhérer, 21,4 % déclarent ne pas en voir l'intérêt et 28,6 % ne pas avoir accès à Internet[152].

Graphique 26 : Initialisation du compte ameli sur ameli.fr, 2012



Source : *CNAMTS*

Recommandation n°63 : Retenir la cible de 22 millions d'adhérents au compte Ameli à la fin de la future COG entre l'Etat et l'assurance maladie

Recommandation n°64 : Déployer une politique visant à une utilisation plus intense des canaux de contacts dématérialisés par les assurés qui y ont déjà recours

[925] La question des modalités d'ouverture du compte devra notamment faire l'objet d'une vigilance toute particulière. La création d'un compte Ameli nécessite pour un assuré d'entrer en contact avec l'assurance maladie pour obtenir un code provisoire. Il peut faire sa demande en accueil physique, par téléphone ou par courrier. Le code provisoire généré à cette occasion doit être activé par l'assuré sous 15 jours sans quoi il ne fonctionne plus. L'assuré recevant ce code par voie postale, et non par courriel[153], au plus tard dix jours après sa demande, il lui reste donc 5 jours pour activer son compte sur ameli.fr et se créer un code personnalisé. Un tel décalage est très dommageable car il constitue un obstacle important à l'adhésion au compte ameli.

[926] Cette procédure vise à sécuriser la création du compte assuré. Elle présente toutefois des limites notables pour les assurés qui ont peu d'aisance avec le maniement d'Internet en particulier lorsqu'ils ont perdu leur code d'accès et en demandent de nouveaux comme a pu le constater la mission lors de doubles écoutes d'appels sur plateformes téléphoniques. Un tutoriel ou un accompagnement spécifique devrait être proposé à ces publics pour l'activation d'un compte sans quoi ces derniers ont l'impression que le service ne fonctionne pas ou bien perdent confiance dans leur capacité à manier des outils dématérialisés qui peuvent pourtant leur être d'une grande utilité. Un tel investissement serait d'autant plus bénéfique que ce sont souvent ces publics qui ont par ailleurs fortement recours à l'accueil physique lorsqu'ils ont des demandes (cf. voir la partie 2.).

Recommandation n°65 : Faciliter les modalités d'ouverture d'un compte ameli en renforçant l'accompagnement des publics qui en ont besoin

[152] Ce chiffre étonnamment élevé au regard de la donnée Credoc relative au taux d'équipement des ménages en Internet s'explique par les biais de construction de l'enquête de satisfaction où les publics âgées notamment sont surreprésentés, alors même qu'ils sont moins connectés en moyenne à Internet que le reste de la population française.

[153] Le motif avancé par l'assurance maladie de ne pas faire d'envoi du code par courriel est le respect des directives fixées de la CNIL. Ce point n'a pas été expertisé par la mission.

[927] Au-delà de la problématique de l'ouverture du compte par un nombre croissant d'assurés, l'autre question essentielle est de promouvoir son utilisation effective par les adhérents. En effet, c'est grâce à une utilisation intensive des fonctionnalités offertes sur le compte Ameli par les assurés que l'assurance maladie gagnera en efficience sur le front office par le report massif de demandes transitant aujourd'hui par d'autres canaux de contacts plus coûteux. Deux types d'actions différentes méritent d'être envisagés : la première consiste à faire découvrir le compte aux nouveaux assurés en les accompagnant dans les premières utilisations par exemple en créant des espaces libre-service dédiés à ce type d'activité dans les accueils des caisses ou en prévoyant un numéro vert d'aide à l'utilisation que les assurés en ligne pourraient appeler à tout moment s'ils rencontrent une difficulté dans l'utilisation du compte[154]. Ces divers procédés d'aide aux assurés sont autant de moyens pour les rassurer quant à la fiabilité de leur démarche. On pourrait aussi imaginer que toute démarche en ligne donne lieu à confirmation auprès de l'assuré du bon enregistrement de sa démarche. Les travaux conduits dans le cadre de la mission sur les contacts ayant pour motif un déménagement ont ainsi montré que ces pratiques de réassurance permettraient de limiter la réitération de contacts, de constater de façon plus précoce d'éventuelles erreurs et d'éviter que les assurés ne décident ultérieurement de se reporter sur des canaux de contacts plus coûteux.

Recommandation n°66 : Accroître les procédés générant de la réassurance chez les assurés qui utilisent les canaux de contacts dématérialisés (ex. accusé réception, historique des démarches effectuées, suivi en temps réel du traitement de la demande, transmission d'un délai estimé de traitement)

[928] La seconde voie pertinente a déjà commencé à être explorée par l'assurance maladie mais pourrait être développé à une bien plus grande échelle : les offres sur rebonds. L'idée ici est de se dire que pendant le temps de la montée en charge des services en ligne, ce qui sera le cas pendant la prochaine COG, l'assurance maladie devrait avoir comme stratégie que toute demande transitant en première intention par un canal de contacts inapproprié (c'est-à-dire peu efficient pour l'assurance maladie) devrait faire l'objet immédiatement d'une offre sur rebond auprès de l'assuré pour promouvoir l'utilisation d'autres canaux de contacts, et en particulier les services dématérialisés. Il faut cependant avoir conscience qu'à court terme, une telle politique consommera un surcroît de ressources mais cela permettra ensuite de faire des gains d'efficience importants.

[929] De manière connexe au développement du compte assuré, il faut, comme précédemment expliquer, travailler à une plus grande personnalisation des réponses aux courriels : en effet, dès lors qu'il est indispensable d'avoir un compte Ameli pour pouvoir envoyer un courriel, les assurés n'ont logiquement tendance à envoyer un courriel que pour leurs demandes les plus complexes et peu standards. Ils sont donc en recherche d'une réponse leur permettant de mieux comprendre comment des règles générales (cf. procédures, législation, etc.) s'appliquent à leur cas personnel. Cette personnalisation du courriel constitue donc un enjeu majeur du développement des services dématérialisés dans leur ensemble dans la mesure où elle permettra de fidéliser les assurés sur les canaux de services dématérialisés pour un nombre très large de demandes, et ainsi parvenir à ce qu'ils perdent le réflexe de se reporter sur d'autres canaux de contacts dès lors que leur demande appelle une prise en compte plus poussée de leur situation personnelle.

[154] Une piste encore plus ambitieuse serait de mettre en place un avatar interactif qui propose de façon automatique son aide à l'assuré dans certaines conditions d'utilisation du compte (ex. incohérence manifeste des démarches ou réponses, page ouverte inactive depuis une durée prolongée dénotant potentiellement une difficulté de l'assuré à s'orienter ou à comprendre ce qu'il doit répondre,…). Ce type de pratique existe d'ores et déjà chez certaines entreprises privées qui travaillent dans l'industrie de services. Afin d'aller au bout de la logique, il faudra être en mesure d'adapter les formulaires de demande de prestation au canal web, la réalisation de démarches en ligne ne pouvant pas se faire en transposant purement et simplement les formulaires papier Cerfa sous forme numérisés.

[930] Ces différentes actions devront par conséquent s'accompagner d'un développement de la connaissance des usages des services en ligne, et des causes de leur non-usage, en capitalisant plus fortement sur les travaux menés par le SGMAP et ses partenaires ainsi qu'en conduisant des études en propre.

4.2.5 Les efforts de mutualisation des moyens ne doivent pas se faire en cloisonnant chaque canal de contact

[931] Jusqu'à présent, la majorité des efforts de mutualisation s'est faite en cloisonnant chaque canal de contacts. Ainsi, sont développés des mutualisations au niveau des accueils physiques entre caisses primaires (comme par exemple entre la Drôme et l'Ardèche) ou bien avec les caisses d'autres branches (comme par exemple avec la CAF de la Loire). De même, est envisagé la mise en place de plateforme d'entraide pour le traitement des appels, comme par exemple dans la Manche ou en Lozère à la suite de la création de plateformes intercaisses pour le traitement des appels téléphoniques.

[932] Cependant, ce type d'organisations, pour intéressantes qu'elles soient, ne répond qu'à une partie des difficultés rencontrées par les caisses. Développer de façon plus structurée des mutualisations du front office entre canaux de contact permettrait de mieux lisser les pics auxquels fait face le réseau de façon quotidienne ou hebdomadaire. Les passerelles entre courriel et téléphone mériteraient ainsi d'être formalisées. De telles orientations pourraient impacter à terme le choix du lieu d'implantation des différentes plateformes, en privilégiant les lieux où les deux modes de contacts sont réunis sur un même site.

4.2.6 La déclinaison territoriale des objectifs nationaux dans les CPG ne suffit pas pour appréhender correctement la problématique du multicanal au niveau local

[933] La déclinaison territoriale des objectifs CPG ne permet pas d'appréhender de façon suffisamment fine les multiples dimensions de la stratégie multicanal de l'assurance maladie sur les territoires.

[934] Au regard des grandes différences locales qui existent quant aux pratiques et besoins des populations, aux caractéristiques de chaque territoire ainsi qu'à la performance des caisses en back et front office, il apparaît souhaitable que chaque caisse soit porteuse, en lien avec les orientations nationales fixées par la CNAMTS, d'une stratégie locale et multicanal d'accessibilité à ses services. En effet, de véritables différences existent entre territoires et caisses, comme l'illustre la situation actuelle de la CPAM du Gard qui a, du fait de son volontarisme, réussi à atteindre un plus fort recours qu'ailleurs de la part de ses assurés aux canaux de contacts dématérialisés et une baisse de la fréquentation de ses points d'accueil physique, phénomène à rebours des évolutions nationales intervenues sur la même période. Une telle stratégie aurait le mérite de poser un diagnostic territorialisé des forces et faiblesses de chaque caisse et d'identifier les orientations de la caisse pour optimiser sa politique de contacts (cf. couverture des zones blanches, pratiques d'orientation des assurés vers tel ou tel point de contacts, optimisation de la qualité sur certains canaux et détérioration assumée sur d'autres…). La CNAF s'engage aujourd'hui dans une voie comparable ce dont la CNAMTS pourrait utilement s'inspirer (voir annexe relative à la CNAF).

Recommandation n°67 : Assigner à chaque caisse la responsabilité d'élaborer une stratégie locale et multicanal d'accessibilité à ses services

[935] Pour être pleinement efficace et cohérente avec les objectifs nationaux de la Cnamts, cette stratégie devra *in fine* être validée par la Cnamts.

ANNEXE 6 : L'EVALUATION DES SITUATIONS DE DEMENAGEMENT PAR LE RECOURS AUX METHODES QUALITATIVES

Sommaire

ANNEXE 6 : L'EVALUATION DES SITUATIONS DE DEMENAGEMENT PAR LE RECOURS AUX METHODES QUALITATIVES 249

1 LE RECOURS AUX METHODES QUALITATIVES POUR EVALUER L'IMPACT DE L'ACTION DE L'ASSURANCE MALADIE ENVERS LES ASSURES EST AUJOURD'HUI TRES LIMITE 253

2 L'EVALUATION DES SITUATIONS DE DEMENAGEMENT ET DES DEMARCHES DE CONTACTS QU'ELLES INDUISENT POUR LES ASSURES VIS-A-VIS DE L'ASSURANCE MALADIE253

2.1 Les critères poursuivis par la mission 253

2.2 L'objet d'évaluation retenu : les situations de déménagement 254

3 IDENTIFICATION DES CIBLES ET DEROULE DE L'ENQUETE 255

PIECE JOINTE - SGMAP : LES MODES DE CONTACT DES ASSURES DE L'ASSURANCE MALADIE CONCERNANT LE DEMENAGEMENT RAPPORT D'ETUDE QUALITATIVE 257

1 LE RECOURS AUX METHODES QUALITATIVES POUR EVALUER L'IMPACT DE L'ACTION DE L'ASSURANCE MALADIE ENVERS LES ASSURES EST AUJOURD'HUI TRES LIMITE

[936] Les méthodes qualitatives ayant pour but de comprendre du point de vue des bénéficiaires l'impact des actions de l'administration sont par nature très variées : entretien individuel directif ou semi directif, focus groupe, observations. Y recourir permet de comprendre les effets de l'action de l'administration non pas au regard des moyens déployés ou du service rendu mais à partir de ce que perçoit le bénéficiaire final, des ressources dont il dispose et du comportement qu'il adopte. Elles consistent à se décentrer de l'action administrative pour se mettre dans la position de l'assuré.

[937] Ces méthodes sont aujourd'hui peu utilisées par la Cnamts pour évaluer l'impact de son action et identifier les besoins des assurés. A titre d'exemple, d'après les informations dont la mission a eu connaissance, aucun des parcours attentionnés[155] déployés depuis plus de 10 ans par l'assurance maladie n'a, à ce jour, fait l'objet d'une telle évaluation. Les travaux de l'assurance maladie se cantonnent au suivi de données d'activités (ex. proportion de caisses ayant déployé les parcours ou volume de bénéficiaires concernés), à l'étude de la qualité du service rendu (ex. indicateurs relatifs à des délais de traitement des situations ou à la fiabilité des informations transmises aux assurés par des enquêtes en client mystères ou en double écoute) ou à la réalisation d'enquête statistique nationale ou locale[156].

[938] La mission a décidé de recourir à l'expertise du Secrétariat général de le modernisation de l'action publique (SGMAP) et d'un prestataire de services spécialisé sur ce type de méthodes pour conduire des travaux d'évaluation à partir de méthodes qualitatives afin de montrer l'apport de ce type de méthodes dans l'évaluation des situations réelles des assurés et d'identifier de façon prospective des voies d'amélioration des services proposés.

2 L'EVALUATION DES SITUATIONS DE DEMENAGEMENT ET DES DEMARCHES DE CONTACTS QU'ELLES INDUISENT POUR LES ASSURES VIS-A-VIS DE L'ASSURANCE MALADIE

2.1 Les critères poursuivis par la mission

[939] Plusieurs critères ont orienté le choix de la mission quant à l'objet d'analyse à évaluer :

- s'assurer que l'objet d'étude et la méthode retenus permettent une restitution des résultats avant la fin des travaux de la mission (cf. environ 3 mois de travail disponibles pour le prestataire) ;
- centrer les travaux sur l'orientation des assurés dans l'offre multicanal ;
- retenir un objet d'analyse qui concerne prioritairement l'assurance maladie.

[940] De ces trois critères découlent deux contraintes :

- identifier une situation de vie qui concerne un nombre important d'assurés, afin de faciliter l'identification de la cible auprès de qui conduire l'enquête ;

[155] Ce concept est apparu début 2003 dans la stratégie de services de l'assurance maladie. Les objectifs de ces parcours clients étaient de conseiller et dispenser à l'assuré une information utile au meilleur moment, de clarifier et simplifier les démarches et d'accompagner les personnes par un service adapté à leurs besoins.

[156] Quelques verbatim sont cependant collectés à l'occasion de certaines de ces enquêtes, mais cette démarche reste très marginale.

- choisir une situation de vie simple afin de faciliter le travail des enquêteurs et d'éviter les problèmes inhérents à une complexité de la législation.

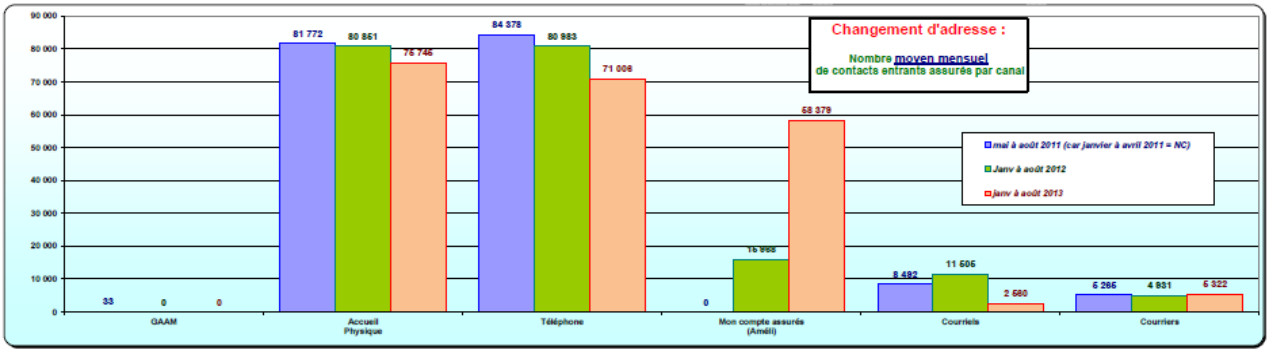
2.2 L'objet d'évaluation retenu : les situations de déménagement

[941] Au regard de ces différents critères de choix, la mission a considéré, en lien avec le SGMAP, que travailler sur les situations de déménagement interdépartemental[157] était un objet d'étude riche d'enseignements.

[942] En effet, le changement d'adresse est une situation qui présente plusieurs avantages dans le cadre de notre démarche d'évaluation :

- la population concernée est large : en effet, d'après les données de la Cnamts, près de deux millions de personnes changent d'adresse chaque année[158] ;
- la démarche à effectuer par les assurés est particulièrement simple : transmission du numéro d'identité NIR, de l'ancienne adresse et de la nouvelle adresse. Aucun formulaire ne doit être rempli. Aucune pièce justificative ne doit *a priori* être demandée ;
- les démarches effectuées par les assurés pour signaler leur changement d'adresse peuvent transiter par tous les canaux de contacts existants à l'exception des bornes. Les canaux de contacts les plus utilisés sont l'accueil physique, le téléphone et le compte Ameli (cf. graphique ci-dessous). Il est même possible de ne pas avoir recours au site Internet de l'assurance maladie (cf. https://mdel.mon.service-public.fr/je-change-de-coordonnees-etape2.html).

Graphique 27 : Nombre moyen mensuel de changements d'adresse par canal de contact entre janvier et août 2013



Source : *Cnamts.*

- la problématique des déménagements est une des premières situations ayant fait l'objet de la création d'un parcours attentionné par la Cnamts. L'offre relative à ce parcours a formellement été déployée dès 2008[159] ; elle est donc ancienne et normalement bien maîtrisée par les caisses. Elle a d'ailleurs été le support en 2010 puis en 2011 de campagnes d'appels mystères menée par la Cnamts auprès des plateformes téléphoniques afin de calculer la qualité des réponses apportées et construire l'indicateur CPG de fiabilité des réponses téléphoniques mis en place en 2010. D'après les résultats diffusés

[157] Ce type de déménagement nécessite un changement de caisse et donc le transfert d'informations de la caisse cédante à la caisse d'accueil une fois que l'assuré a signalé son changement d'adresse.
[158] Entre novembre 2012 et octobre 2013, 1,92 millions de changements d'adresse ont été recensés par la Cnamts. A noter cependant que ces déménagements n'impliquent pas tous un changement de caisse primaire d'affiliation dans la mesure où certains se font à l'intérieur d'un même département.
[159] LR-DDO-144/2008.

en 2012[160] pour l'enquête de 2011, la moyenne nationale obtenue était de 72,28 % avec une conduite de l'entretien de faible qualité (cf. 60,81 %), une qualité de réponse moyenne (cf. 71,41 %) et une expression et attitude de service bonne (cf. 85,48 %). Le signalement de cette situation au téléphone prend en moyenne moins d'une minute trente à l'assuré à partir du moment où il entre en communication avec un téléconseiller.

[943] Travailler sur ce changement de situation présente par ailleurs un intérêt particulier pour l'assurance maladie. En effet, les problématiques relatives précisément au changement d'adresse représentent près de 3 % de l'ensemble des réclamations déposées chaque année par les assurés[161]. En effet, cette démarche pourtant sans difficulté induit un nombre très fréquent de réclamations : plus d'1 % des changements d'adresse signalés à l'assurance maladie donnent *in fine* lieu à une réclamation, proportion très importante pour une démarche *a priori* simple pour l'assuré comme pour les caisses ce qui appelle des travaux plus approfondis pour comprendre la cause d'un tel phénomène.

3 IDENTIFICATION DES CIBLES ET DEROULE DE L'ENQUETE

[944] La mission, en lien avec le SGMAP et le prestataire, a fait le choix de procéder à 30 entretiens semi-directifs en face à face sur les territoires de trois types de caisses : des caisses de zones urbaines, semi-urbaines et rurales. L'urbaine retenue a été le Val-de-Marne et la semi-urbaine l'Ille- et-Vilaine.

[945] Deux départements avaient initialement été retenus pour le rural : Haute-Marne et Aisne. Or il s'est avéré que le prestataire a rencontré des difficultés pour recruter des personnes à interviewer dans les territoires ruraux du fait du moindre nombre de gens emménageant sur ces territoires. Quatre entretiens ont finalement pu se faire mais par téléphone et non en face à face sur des caisses appartenant à des territoires ruraux (cf. 2 en Ardèche, 1 en Corrèze et 1 dans le Jura). Les autres entretiens ont été basculés sur du semi-urbain dans l'Hérault en privilégiant des personnes qui ne résidaient pas à Montpellier.

[946] Deux cibles d'assurés ont été prédéterminées pour le recrutement :

- cible 1 : 20 personnes déclarant avoir rencontré des difficultés dans leur démarche de déménagement avec l'assurance maladie (était considérée comme une difficulté le fait d'avoir eu deux contacts ou plus dont un au guichet ou d'avoir eu trois contacts ou plus sans passage en guichet) ;
- cible 2 : 10 personnes déclarant n'avoir pas rencontré de difficultés dans leur démarche de déménagement avec l'assurance maladie.

[947] Les personnes ciblées devaient toutes avoir été en contact avec l'Assurance maladie pour une démarche liée à un déménagement au cours des trois derniers mois.

---

[160] LR-DDO-56/2012.

[161] D'après les données fournies par la Cnamts, la gestion des bénéficiaires représente à elle seule près d'un cinquième des réclamations déposées par les assurés chaque année auprès de l'assurance maladie et, parmi ces réclamations, 40 % concernent des changements de situation, au premier rang desquels le déménagement intra-régime (c'est-à-dire sans changement de régime pour l'assuré) qui constitue près d'une réclamation sur trois dans cette catégorie, soit au total près de 3 % de l'ensemble des réclamations. Sachant qu'il y a eu en 2012 1,1 millions de réclamations, cela signifie donc que près de 30 000 réclamations relatives à un changement d'adresse ont été déposées. Or, cette même année, 2 397 006 changements d'adresse ont été signalés à l'assurance maladie (en dehors du site de la modernisation publique). Cela conduit donc à estimer que 1,2 % des changements d'adresse signalés donnent *in fine* lieu à réclamation.

[948] L'élaboration du questionnaire d'enquête a été le fruit d'un travail conjoint entre le prestataire, le SGMAP et la mission. La passation des entretiens s'est faite par le prestataire entre le 15 janvier et le 5 février 2014. Au final, les travaux se sont étalés sur un peu plus de trois mois, entre les premiers contacts SGMAP-Igas à la fin du mois d'octobre 2013 et la restitution des travaux par le prestataire le 10 mars 2014.

[949] Le document de restitution des résultats établi par le prestataire en lien avec le SGMAP est en pièce jointe de la présente annexe méthodologique.

PIECE JOINTE : SGMAP - LES MODES DE CONTACT DES ASSURES DE L'ASSURANCE MALADIE CONCERNANT LE DEMENAGEMENT RAPPORT D'ETUDE QUALITATIVE

Les modes de contact des assurés de l'Assurance maladie concernant le déménagement

Rapport d'étude qualitative

Marché XXX
Code achat : XXX

Février 2014

Contacts BVA
Agnès BALLE – Directrice de clientèle
Beltrande BAKOULA– Chef de groupe
Amandine HEROGUELLE – Chargée d'études

Sommaire

Contexte et objectifs 3

Principaux enseignements 9

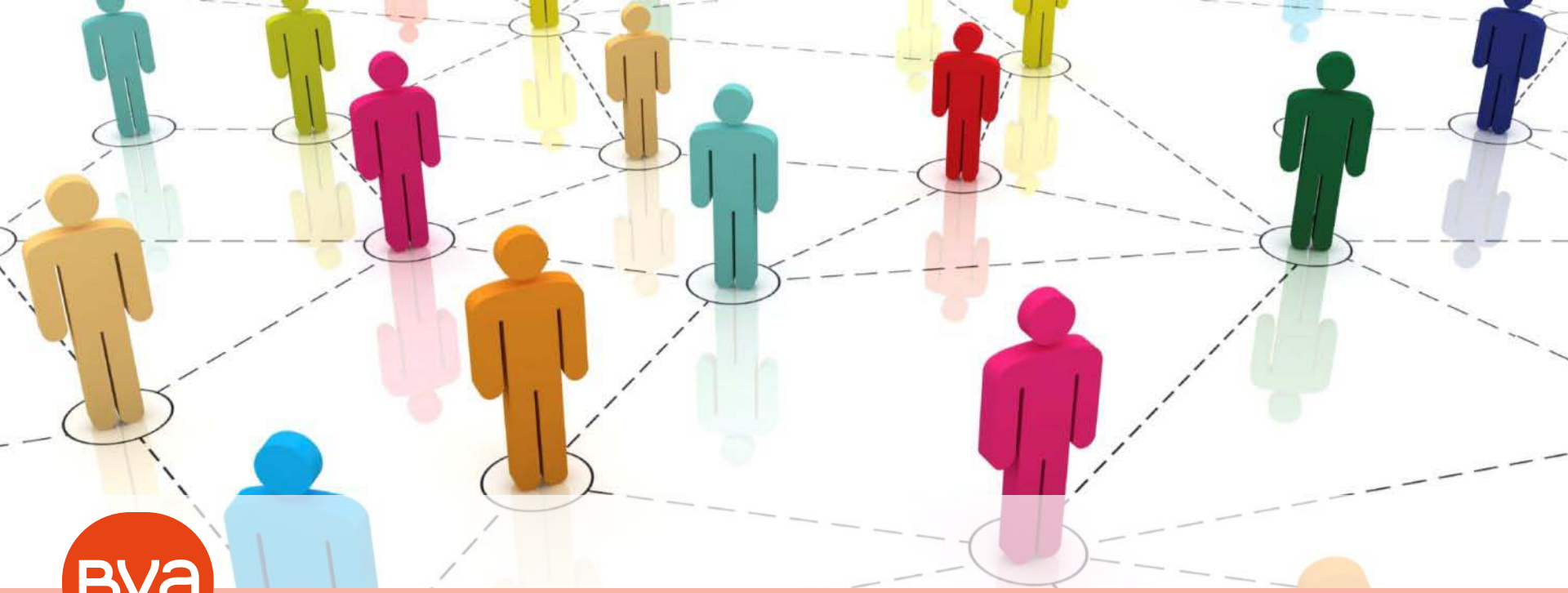
I. Le déménagement, une période de chamboulement 16

II. Un process de signalement à l'Assurance maladie non maîtrisé 26

III. Des logiques usagers différentes et influençant les modes et parcours de contact 48

IV. Une appréciation et un usage différents des modes de contact 61

Conclusions : les améliorations attendues 88



Contexte et présentation du terrain d'enquête

Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique
www.modernisation.gouv.fr

Contexte

Environ 4% des foyers gérés par le Régime Général de la Sécurité sociale déménagent chaque année (soit 2 millions de transferts) pour des raisons familiales et professionnelles.

Le déménagement est donc un événement de vie relativement fréquent – particulièrement chez les moins de 40 ans. C'est aussi une démarche considérée comme simple par l'Assurance maladie, faisant l'objet d'un parcours attentionné ancien visant à simplifier la démarche pour l'assuré. Ainsi, l'Assurance maladie a considérablement facilité la gestion des déménagements intra-régime : l'assuré doit contacter sa nouvelle caisse et fournir comme seules informations sont numéro de Sécurité sociale, sa nouvelle adresse et son ancienne adresse – et le cas échéant, un nouveau RIB et une déclaration de médecin traitant complétée.

L'Assurance maladie met à disposition des assurés plusieurs canaux pour réaliser leur démarche de déménagement : le guichet, le téléphone, le courrier et l'internet via le compte Ameli notamment.

L'Assurance maladie a d'ailleurs considérablement développé et amélioré son offre de services par internet via le compte Ameli (consulter les remboursements, obtenir une attestation, commander une carte européenne d'assurance maladie, déclarer sa nouvelle adresse, signaler la perte ou le vol de sa carte Vitale, contacter ma caisse par e-mail…). Cependant, ce développement de la dématérialisation ne s'est pas accompagné d'une réduction des autres points de contact, ainsi, le guichet reste un mode de contact privilégié par certains assurés pour leur démarche de déménagement alors même que cette dernière est sans valeur ajoutée pour les agents en accueil et pourrait être traitée de manière dématérialisée.

L'IGAS (Inspection générale des affaires sociales), dans le cadre de sa mission d'évaluation de la qualité de services de l'Assurance Maladie s'est intéressée au parcours des assurés avec l'Assurance maladie dans le cadre d'un déménagement. Plus particulièrement, elle a souhaité conduire une démarche de diagnostic pour comprendre pourquoi :

- certains assurés ont plusieurs contacts, parfois par des canaux différents, alors qu'un parcours attentionné a été mis en place
- certains assurés privilégient le contact en guichet à l'occasion de cette démarche au détriment des autres canaux.

L'étude s'est concentrée sur les déménagements nécessitant un changement de caisse d'affiliation (schématiquement : changement de département). Ont été exclus les cas de changements inter-régime. En revanche, les cas de déménagement se doublant d'un changement de situation familiale étaient dans le périmètre de l'étude.
Appuyée par le SGMAP, elle a souhaité réaliser une étude qualitative dans cette perspective.

C'est dans ce contexte que l'IGAS et le SGMAP ont souhaité confier à BVA une étude sur les modalités de contacts des assurés avec l'Assurance maladie dans le cadre d'un déménagement.

Les objectifs du dispositif étude

L'objectif transversal :

Comprendre quelles sont les raisons qui amènent les usagers à contacter l'Assurance maladie à plusieurs reprises et/ou ce qui amène certains à choisir l'accueil en accueil physique dans le cadre d'une démarche liée au déménagement au détriment des autres canaux.

Les objectifs détaillés de l'étude qualitative :

1 Identifier et comprendre le choix du mode de contact, particulièrement du guichet (mettre à jour ce qui relève par exemple du domaine personnel de l'individu, de l'offre de service de l'Assurance maladie, de sa structure, de l'exactitude de l'information fournie par la CNAM (ou autre) lors du premier contact…)

2 Recenser les freins et les leviers de basculement vers les modes de contacts à distance vs ceux des canaux physique ou au téléphone.

3 Déterminer (si la matière le permet) des logiques/typologies comportementales

Les cibles

Afin d'avoir des points de vue complémentaires permettant une analyse fine, 2 types de cibles ont été visés pour l'enquête :

Cibles	*Détail*	*Objectifs*
Assurés ayant rencontrés des difficultés dans leur démarche liée au déménagement **= Cible 1**	**Ayant eu plusieurs contact avec l'Assurance maladie pour la même démarche soit 2 contacts ou plus dont 1 au guichet / soit 3 contacts sans nécessairement passer par le guichet (Nb : sous réserve que le recrutement le permette) :** (on trouvera peut-être en partie dans ce profil des personnes n'ayant pas anticipé la problématique de démarche de déménagement mais découverte lors d'une consommation de soin)	• **Pour saisir la dynamique des parcours et pouvoir recontextualiser le choix de contact.** • **Les principales ruptures dans le parcours et leurs causes**
Assurés n'ayant pas eu de difficulté dans leur démarche liée au déménagement **= Cible 2**	**N'ayant eu qu'un seul contact (tout mode, guichet compris) ou deux contacts (téléphone, internet ou courrier MAIS pas guichet) avec l'Assurance maladie pour la même démarche** (on trouvera peut-être en partie dans ce profil des personnes ayant anticipé leur démarche de déménagement)	• **Pour explorer ce qui relève d'habitudes d'usages et mettre à jour de bonnes pratiques.**

Critères de recrutement

Critères de segmentation

- **Ressortissants du régime général de Sécurité Sociale** en excluant les assurés qui sont ressortissants du régime général mais sont gérés par un organisme spécifique – ex : les enseignants ou si l'on reste sur la population gérée par les CPAM compte tenu des spécificités potentielles attachées aux Section locale mutualiste (enseignants, police, ptt…));
- **Tous ayant effectué leur(s) démarche(s) de déménagement dans les 3 derniers mois (déménagement ayant nécessité un changement de caisse d'affiliation)**
- Comme pour toutes les études conduites jusqu'à présent, aucun participant n'a travaillé dans le secteur de l'Assurance santé ou de la santé.

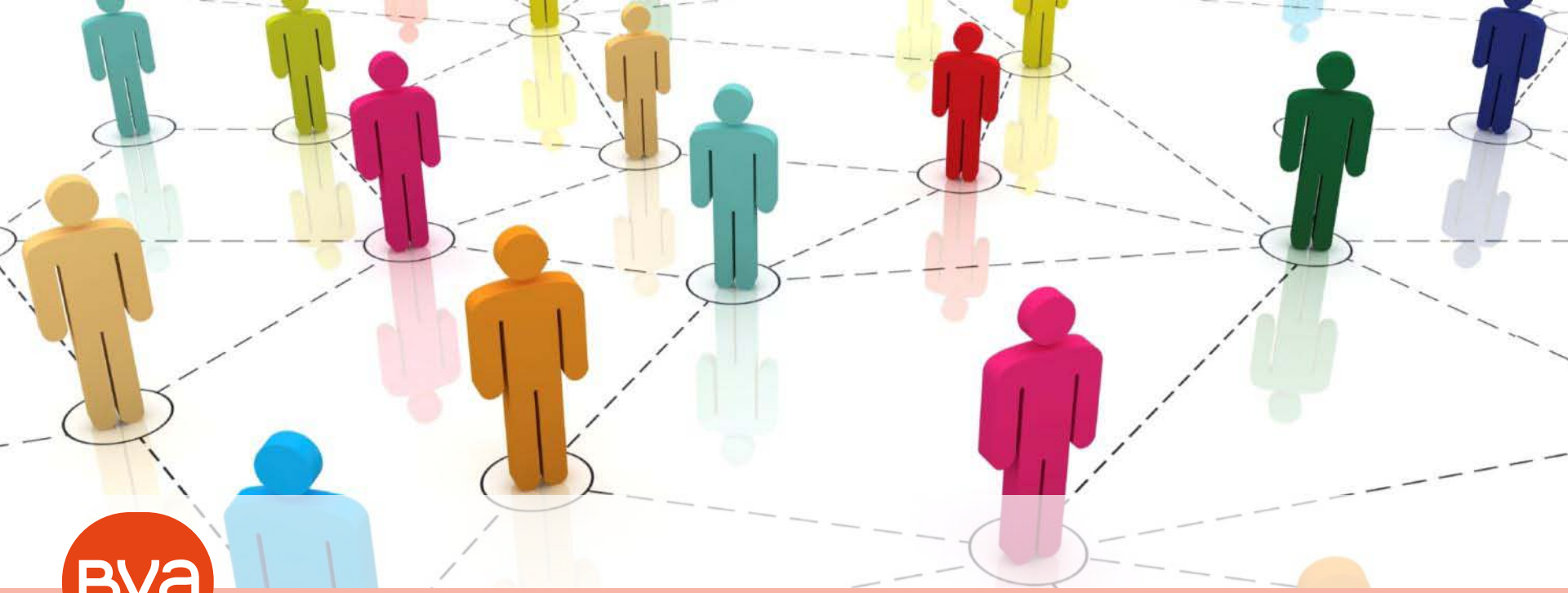
Critères de dispersion

- **L'âge** : sachant que les moins de 40 ans déménagent plus fréquemment. Ainsi, nous sommes partis sur une dispersion moins de 40 ans / plus de 40 ans ; A l'idéal une ou deux personne de moins de 25 ans. De même, si possible, il était intéressant d'avoir 1 ou 2 de plus de 60 ans.
- **La CSP** : populaire / moyennes / supérieure, sachant que la mobilité est plus forte chez cette dernière
- **Le mode de contact** (internet, accueil physique, bornes, courrier et téléphone)
- **Le nombre de contacts**
- **La connaissance du site Ameli**
- Certains assurés souffrant d'une maladie chronique et/ou bénéficiaires de la CMU/ACS
- Certains assurés connaissant en parallèle un changement de situation familiale (naissance, …)
- **Proximité / éloignement de la CPAM**
- **Région**

Le plan d'échantillonnage

30 entretiens individuels en face-à-face de 1h30 environ ont été structurés ainsi :

URBAIN	**12 entretiens dans le Val-de-Marne** • **8 entretiens cible 1 :** 5 femmes / 3 hommes, de 28 à 42 ans, 2 CMU/ACS • **4 entretiens cible 2 :** 3 femmes / 1 homme, de 24 à 65 ans, 1 ALD
SEMI-URBAIN	**9 entretiens dans en Ille-et-Vilaine** • **6 entretiens cible 1 :** 4 femmes / 2 hommes, de 23 à 42 ans, 2 ALD/maladies chroniques • **3 entretiens cible 2 :** 3 femmes de 26 à 39 ans
	5 entretiens dans l'Hérault • **3 entretiens cible 1 : 3** femmes de 26 à 58 ans • **2 entretiens cible 2 :** 1 femme / 1 homme, 28 et 43 ans
RURAL	**4 entretiens dont 2 en Ardèche, 1 en Corrèze, 1 dans le jura (par téléphone)** • **3 entretiens cible 1 :** 3 femmes de 31 à 44 ans, 1 ALD/ maladies chroniques • **1 entretien cible 2 :** 1 femme, 25 ans, CMU/ACS



Principaux enseignements

Principaux enseignements (1/6)

1) La multiplicité de canaux de contact offerte par l'Assurance maladie est très appréciée des assurés

Les assurés ont une bonne connaissance des canaux d'échange avec l'Assurance maladie pour effectuer un changement d'adresse entraînant un changement de caisse :

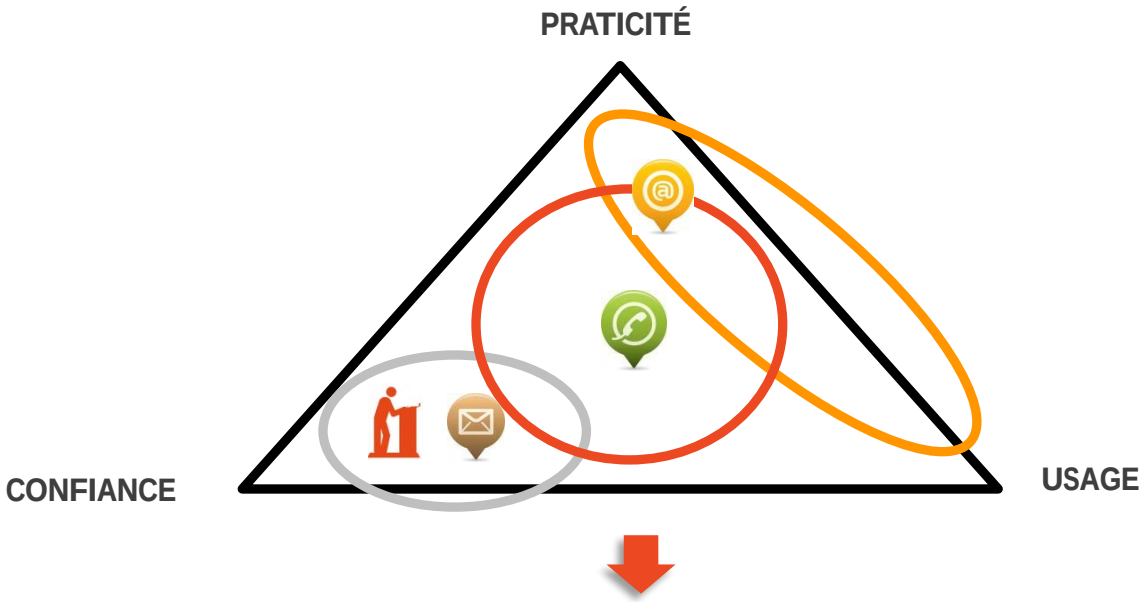
- ➔ **Connaissance intuitive et/ou d'usage du guichet, du téléphone et du courrier**.
- ➔ **Mais une connaissance plus approximative de la possibilité d'effectuer son changement d'adresse par internet.**

2) Ainsi, tous les canaux sont utilisés dans le cadre de cette démarche, mais chaque canal à des inconvénients et avantages spécifiques aux yeux des personnes rencontrées :

	Un mode de contact traditionnel adapté à la résolution de problème grâce à l'interaction qu'il permet, mais qui demande un temps de mobilisation important que tous n'ont pas.
	Un mode de contact formel, utile pour transmettre des pièces justificatives mais qui ne permet pas l'échange, l'interaction.
	Un mode de contact qui combine l'avantage de l'interaction et de la praticité (de chez soi), mais qui est payant et ne permet pas de garder des traces des échanges.
	Un mode de contact moderne, qui correspond aux usages actuels…mais pas avec l'administration, et donc avec l'Assurance maladie, ce d'autant que cette dernière ne semble pas offrir de gage réel sur la qualité du service dématérialisé de changement d'adresse.

Principaux enseignements (2/6)

3) Parmi tous ces moyens de contact, le téléphone semble être le canal incontournable, aujourd'hui très utilisé par les interviewés et présentant également le meilleur rapport entre praticité et confiance.



Le téléphone

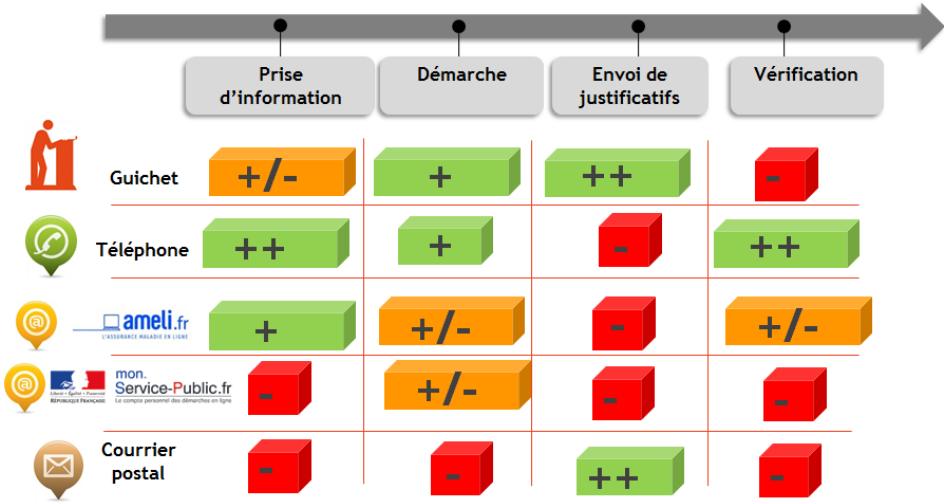
- ➔ Un mode de contact qui constitue souvent un premier reflexe
- ➔ Qui intervient aussi bien en début qu'en fin de parcours
- ➔ Qui présente les avantages du guichet (interaction, immédiateté de la réponse) sans au moins une bonne partie des inconvénients (ne pas se déplacer / mais toutefois un temps d'attente)
- ➔ ***In fine, le téléphone constitue une bonne solution médiane aujourd'hui***

BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Principaux enseignements (3/6)

4) Le choix du canal dans le cadre de ses contacts avec l'Assurance maladie pour le signalement de son déménagement, dépend bien entendu des inconvénients et avantages perçus pour chaque mode, mais également des objectifs poursuivis par l'assuré

4 objectifs…. qui interviennent à différents moments du parcours…et influencent le choix d'un mode de contact



BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Principaux enseignements (4/6)

5) La réitération est un phénomène assez répandu sur cette démarche. Elle s'explique principalement par la méconnaissance du process réel de la démarche de signalement…

De nombreuses questions autour :

- ➔ Du niveau auquel se joue le changement de caisse (région ou département?)
- ➔ De la caisse à qui signaler son déménagement (l'ancienne caisse ou la nouvelle ?)
- ➔ Des éléments d'information et justificatifs à fournir (justificatif de domicile, pièce d'identité…)
- ➔ Du lien déménagement / changement de médecin traitant /RIB

6)…et par le flou autour du traitement de sa demande…

- ➔ Absence d'accusé réception ou de tout élément permettant de s'assurer que sa demande est bien prise en compte
- ➔ Indication non systématique de délais de traitement
- ➔ Impossibilité de suivre de manière autonome l'avancement de sa démarche
- ➔ Envoi d'un courrier de bienvenue dans la nouvelle caisse non systématique

7) Et elle est accentuée quand un problème est rencontré

- ➔ De non déclaration du médecin traitant, de remboursement ou de non fonctionnement de la carte vitale
- ➔ Et qui intervient dans un laps de temps resserré ou plus lointain ce qui fait que le problème est déconnecté de la problématique déménagement pour beaucoup d'interviewés

8) In fine, tout cela crée un besoin de réassurance fort sur la bonne prise en compte et le bon déroulement de sa démarche qui engendre de la réitération (particulièrement chez les profils les plus anxieux)

BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Principaux enseignements (5/6)

9) Plusieurs leviers de réitération émergent

Réitération dépendante de l'assuré

L'approche d'une consommation de soin
- L'absence de réponse de la CPAM à l'approche d'une consommation de soins engendre une réitération de contacts

La situation financière
- Plus l'assuré est dans une situation financière précaire, puis il va être à l'affut de la prise en compte de son changement et réitérer

Le besoin de réassurance
- Plus l'assuré est de nature anxieuse, plus il va réitérer

Des injonctions contradictoires de la part de la CPAM
- Des informations divergentes données par différents interlocuteurs qui amènent les usagers à développer des stratégies de vérification (par exemple appel téléphonique + guichet)

Un problème à résoudre
- Il engendre d'autant plus de réitération et d'agencement que l'assuré s'estime dans son bon droit et que l'erreur/ le dysfonctionnement vient pour lui de l'Assurance maladie (volonté d'avoir une explication voire des excuses)

Une absence de retour / suivi de la part de la CPAM
- La lenteur, subjective quand aucun délai de traitement n'est annoncé / particulièrement agaçante quand elle ne colle pas aux délais de traitement annoncées, du retour de l'administration et l'impossibilité de suivre sa démarche laissent les assurés dans l'expectative et engendrent une réitération de contacts pour se tenir informé de l'avancement de sa démarche.

Réitération causée par un manque de lisibilité

Leviers de la réitération

BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Principaux enseignements (6/6)

10) Différentes logiques comportementales face à cette démarche et à l'utilisation des modes de canal émergent:

Le procrastinateur

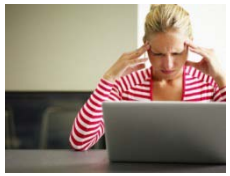
Son déclic de signalement : une consommation de soin à venir ou il est alerté en cours de consommation
Ses canaux : internet, téléphone

L'anxieux

Son déclic de signalement : il anticipe pour ne pas être pris en faute
Ses canaux : téléphone, guichet

L'efficace

Son déclic de signalement : il anticipe dans une logique d'efficacité
Ses canaux : internet, téléphone



Le technophile contrarié

Son déclic de signalement : il anticipe dans une logique d'efficacité
Ses canaux : internet en spontané, mais suite à son problème téléphone et guichet

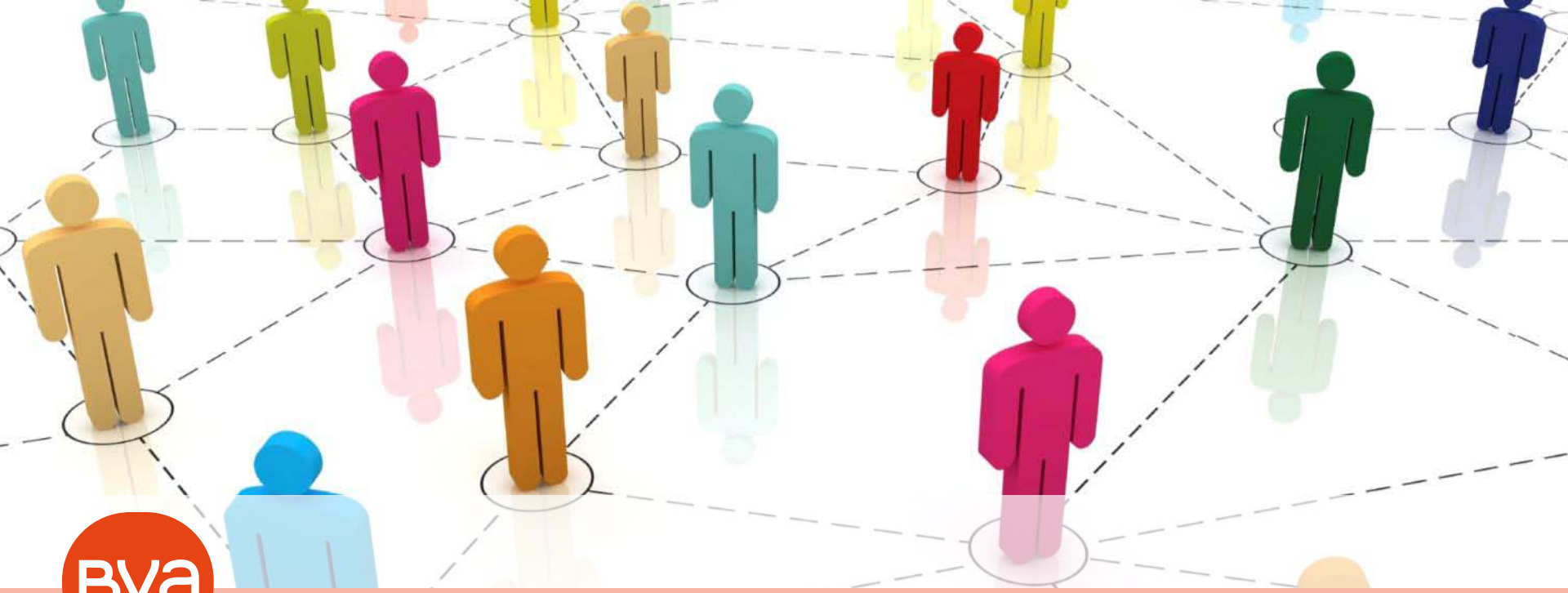
Le scribe

Son déclic de signalement : il fait les choses par ordre de priorité
Ses canaux : courrier

La détachée

Son déclic de signalement : quand elle estime que c'est le bon moment
Ses canaux : tous, en fonction des opportunités

BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr



I.Le déménagement, une période de chamboulement

Le déménagement, une période de chamboulement

Les raisons amenant à un déménagement, sont diverses mais bien souvent liées à un événement de vie, parfois difficile, mais qui dans tous les cas bouleverse la vie quotidienne.

Parmi les raisons de déménagement citées, on retient principalement :

- La recherche d'un logement plus grand (notamment quand la famille s'agrandit) ;
- L'opportunité de devenir propriétaire ;
- L'envie de se rapprocher de sa famille (se rapprocher de ses petits enfants, ou d'un parent âgé et/ou malade) ;
- Le changement d'emploi (suite à une recherche d'un nouvel emploi ou d'une mutation) ou la perte d'emploi (retour au domicile familial) ;
- Le désir de quitter un environnement insécurisant pour une ville plus calme ;
- Le décès du conjoint.

Quoiqu'il en soit, des personnes rencontrées qui pour la plupart n'en sont pas à leur premier déménagement.

Néanmoins, il ne s'agissait pas souvent par le passé d'un déménagement impliquant un changement de département/région.

- Ces derniers ne sont pas si fréquents chez les personnes rencontrées, ou alors ils remontent à une période lointaine ce qui fait qu'ils ne s'en souviennent pas clairement et/ou étaient pris en charge par les parents.

« On vient de Paris, en fait, on en avait marre et il y a eu une opportunité pour mon mari de changer de boîte sur Rennes. Et moi j'ai démissionné de mon poste de travailleuse sociale pour le suivre. L'idée au départ était de partir dans l'Ouest, pour se rapprocher de la famille de mon mari, qui est vendéen. » (Femme, 34 ans, Cible 1, semi urbain)

« J'étais dans le 95 limitrophe Sarcelles, Villetaneuse. Ça manquait de pleins de choses : de sécurité, de bois, de verdure mais tout en étant pas trop loin de la ville.» (Femme, 42 ans, Cible 1, région parisienne)

Un déménagement qui engendre la mise en place de stratégies d'organisation

Le déménagement est également vécu comme une période de chamboulement, car il implique des changements aux niveaux organisationnel et administratif.

Tous sont conscients que déménager implique de réaliser des démarches auprès de différents acteurs pour signaler son changement d'adresse (particulièrement les femmes, généralement en charge de la gestion administrative du foyer).

Néanmoins, le nombre d'acteurs perçu comme important auprès desquels le signalement doit être effectué, combiné aux bouleversements sur le plan personnel (plus ou moins prégnants en fonction des événements de vie associés au déménagement), amènent la plupart des interviewés à développer des **stratégies de réminiscence** de ce à quoi ils doivent procéder et auprès de qui dans cette période de déménagement :

- L'usage de check-lists avec établissement d'un ordre de priorité des démarches à faire et des acteurs à contacter est très fréquente (avec néanmoins, des check-list plus ou moins suivies) ;
- La mise en place d'un suivi de courrier sur une période de six mois, qui peut avoir deux utilités :
  - Elargir sa temporalité pour agir / se laisser du temps (particulièrement pour les personnes peu anticipatrices) ;
  - Palier ses oublis.

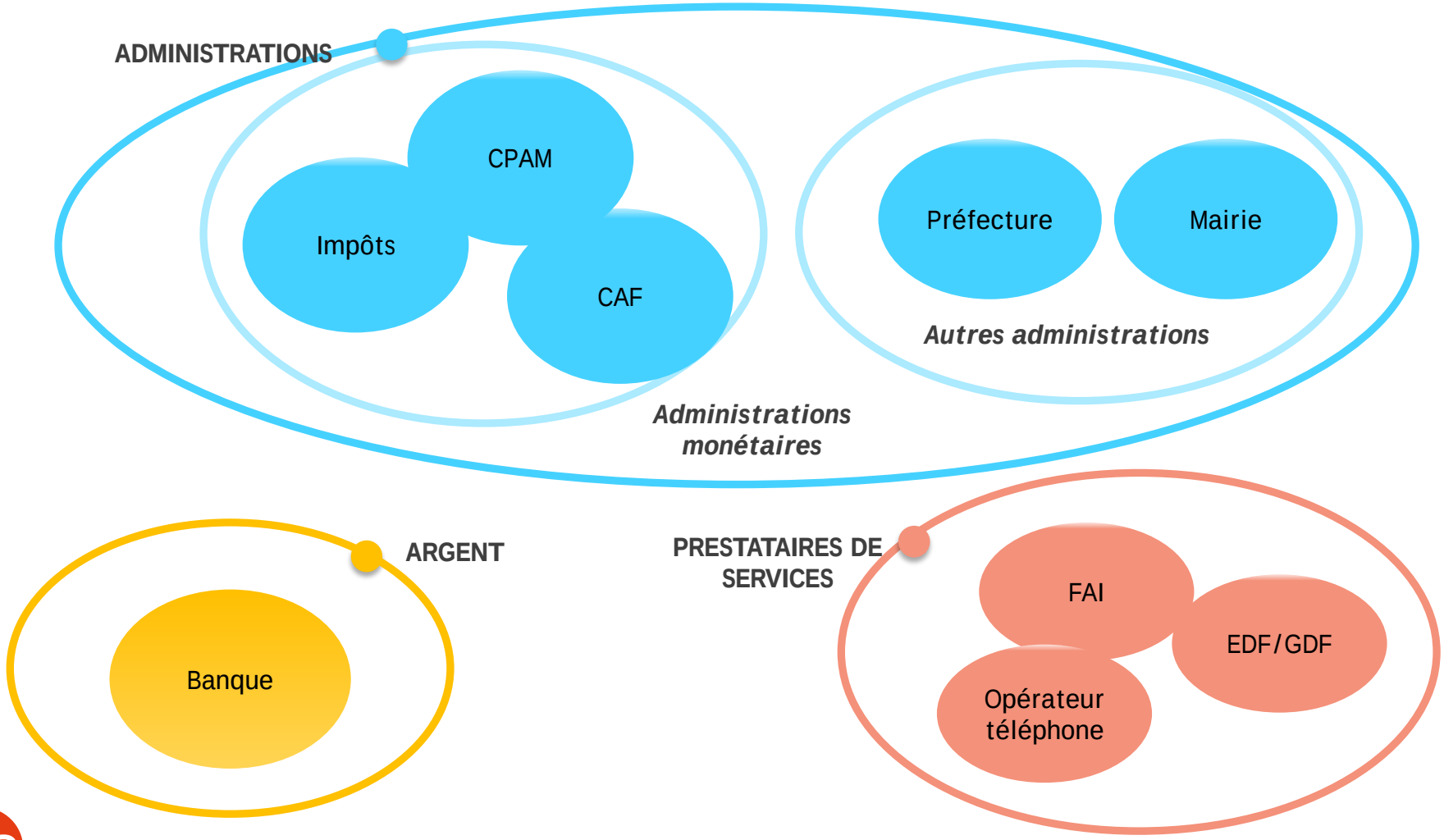
  Dans tous les cas, le service de suivi de courrier offert par la Poste s'avère très utile – et ce d'autant qu'il est accompagné d'un mémo (pack déménagement) qui alerte sur les signalements à faire auprès de différents d'acteurs – et son usage assez répandue, même si son prix le rend peu accessible aux foyers les plus modestes.

« La première des questions ça a été : 'Par qui je démarre ?' Ce que j'ai fait, c'est que j'ai fait une liste écrite retraçant les divers organismes auxquels je devais signaler mon déménagement. Je savais que c'était ce qu'il fallait que je fasse en premier. » (Femme, 42 ans, Cible 1, région parisienne)

« Pour le signalement je n'ai pas fait grand-chose mise à part un abonnement pour transférer le courrier à la Poste…On ne s'est pas pressés pour prévenir les gens. Ça s'est fait naturellement. Je me fie à la poste. » (Femme, 32 ans, Cible 2, région parisienne)

Un signalement du déménagement qui revêt une importance différente selon les acteurs (1/5)

Le signalement du déménagement s'effectue auprès d'une kyrielle d'acteurs. Néanmoins, trois principaux univers d'acteurs ressortent :



Un signalement du déménagement qui revêt une importance différente selon les acteurs (2/5)

Le signalement du déménagement revêt une importance différente et s'effectue selon différents canaux en fonction de l'acteur. Très clairement, se fait jour une dichotomie entre les administrations d'un côté et les autres acteurs de l'autre :

Importance forte et niveau de stress haut

Les administrations

La relation à l'administration est spontanément associée à la complexité, la lenteur, et à un rapport de force administration/usager toujours en défaveur de ce dernier.
De fait, le signalement auprès des administrations procède généralement de deux logiques :

- **Anticiper** : des usagers qui appréhendent la longueur des délais de l'administration, donc pensent en premier lieu à faire leur signalement aux administrations voire même effectuent le plus en amont possible leur signalement auprès d'elles ;
- **Sécuriser** : un signalement qui s'effectue à travers des canaux à interaction directe.

Un signalement qui n'a pas la même importance selon l'administration et qui s'opère selon un ordre qui semble assez établi :

- **Les administrations monétaires en premier lieu car du financier est en jeu :**
  - **Les impôts arrivent en tête des signalements :** en raison de la volonté d'être en règle / de la peur de ne pas être en règle face à une administration qui retire de l'argent. Une administration qui est potentiellement coercitive (majoration, amendes) et qui, d'expérience ou dans l'imaginaire collectif « n'a jamais tort » même quand elle est en faute ;
  - **La CAF en second** : parce qu'elle apporte une aide financière parfois indispensable à certaines familles pour vivre au quotidien (foyers modestes avec enfants / familles monoparentales ++) ;
  - **L'Assurance maladie en dernier lieu** : parce qu'elle apporte une aide financière en permettant de ne pas avancer d'argent ou en remboursant, mais le signalement paraît moins urgent quand le déménagement ne s'accompagne pas d'un changement de compte bancaire, dans la mesure où il ne semble pas y avoir de raison que les remboursements cessent.
- **La préfecture dans un second temps** pour le changement d'adresse sur la carte grise, mais avec un potentiel de stress important car cette administration est perçue comme assez coercitive pouvant entraîner des amendes ;
- **La mairie en dernier lieu** pour l'inscription sur les listes électorales et les services communaux (cantines, écoles, centres aérés…).

Modes de contact privilégiés :

Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique
www.modernisation.gouv.fr

Un signalement du déménagement qui revêt une importance différente selon les acteurs (3/5)

« J'ai anticipé les impôts deux ou trois mois avant, parce que c'est important. En fait j'ai appelé pour savoir les démarches. » (Femme, 33 ans, Cible 1, semi-urbain)

« Je bosse dans le secrétariat, je suis organisée, et je ne peux pas me permettre de ne pas avoir d'aides, comme la CAF, j'ai deux enfants quand même.» (Femme, 33 ans, Cible 1, semi-urbain)

« Je ne sais pas aujourd'hui si le changement est fait mais je ne m'inquiète pas plus que ça : je suis remboursée, sans savoir si c'est le Maine et Loire ou l'Ardèche qui le fait ! » (Femme, 25 ans, Cible 2, rural)

« Sinon, après mon déménagement je suis allée la mairie pour voir ce qu'ils proposaient pour les enfants. » (Femme, 42 ans, Cible 1, région parisienne)

Un signalement du déménagement qui revêt une importance différente selon les acteurs (4/5)

Importance de moyenne à forte et niveau de stress assez bas

Les prestataires de service

Les relations sont plus distancées, même si le service peut se révéler indispensable au quotidien (EDF/GDF), et contrairement à l'administration, on associe ces acteurs avec la rapidité voire une quasi instantanéité (de la prise en compte du changement d'adresse dans ce cas de figure).
Et des modes de contact qui semblent logiques par rapport à l'univers du prestataire :

- **EDF/GDF :** *Mode de contact privilégié :*
- **FAI :** *Modes de contact privilégié :*
- **Opérateur téléphonique :** *Modes de contact privilégié :*

Importance forte et niveau de stress assez bas

La banque

Le signalement auprès de la banque est logiquement important, mais rares sont les changements de banques en tant que tel, il s'agit le plus souvent de changements d'agences (pour celle la plus proche : voire même parfois on garde la même agence malgré la distance), sans changement de RIB.

Dès lors, le choix du mode de contact repose sur deux volontés distinctes :

- **Juste signaler son changement d'adresse**

  Mode de contact privilégié :

- **Signaler son changement d'adresse et nouer une relation avec son nouveau conseiller**

  Mode de contact privilégié :

Un signalement du déménagement qui revêt une importance différente selon les acteurs (5/5)

« EDF et GDF c'était relativement facile parce je l'ai fait un mois avant, je les ai appelés. Ça a été très vite en 3- 4 jours j'ai reçu le contrat. Ça a été très vite de ce côté-là. » (Femme, 42 ans, Cible 1, région parisienne)

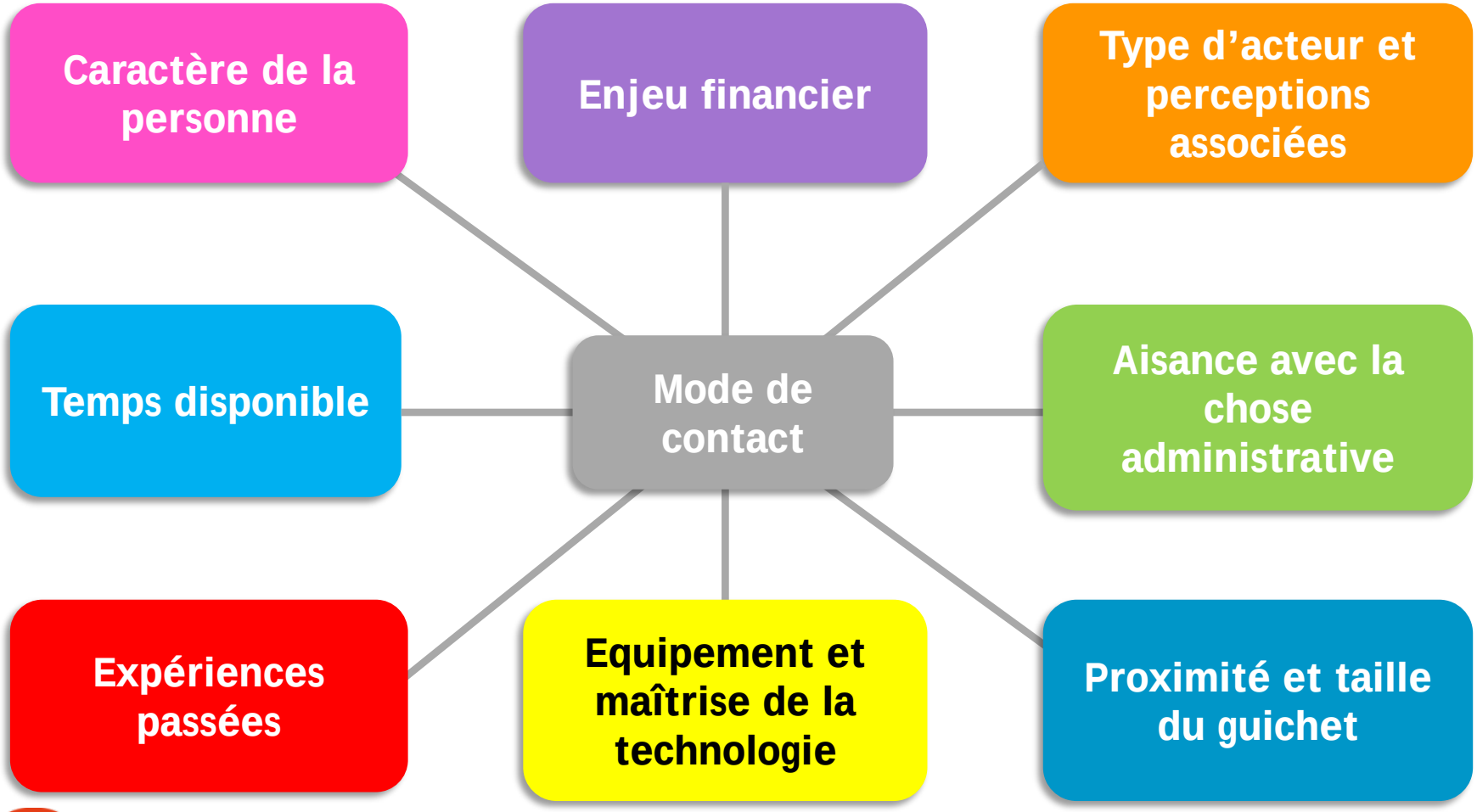
« Je suis au CIC, j'ai tout simplement envoyé un mail à mon conseiller pour lui signaler que j'avais changé d'adresse, ça a été fait dans la journée, il m'a répondu par retour de mail, ça a été très simple. » (Femme, 26 ans, Cible 2, semi-urbain)

« Pour ma box, je l'ai fait en ligne, et un peu avant de déménager c'est très simple. » (Femme, 29 ans, Cible 2, semi-urbain)

« Pour le téléphone j'ai juste appelé et c'est tout, j'ai donné ma nouvelle adresse. » (Femme, 33 ans, Cible 1, semi-urbain)

Au final, les vecteurs d'influence dans le choix d'un mode de contact (1/2)

Au final, et au-delà de ces éléments, plusieurs facteurs impactent le choix d'un mode de contact :



BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

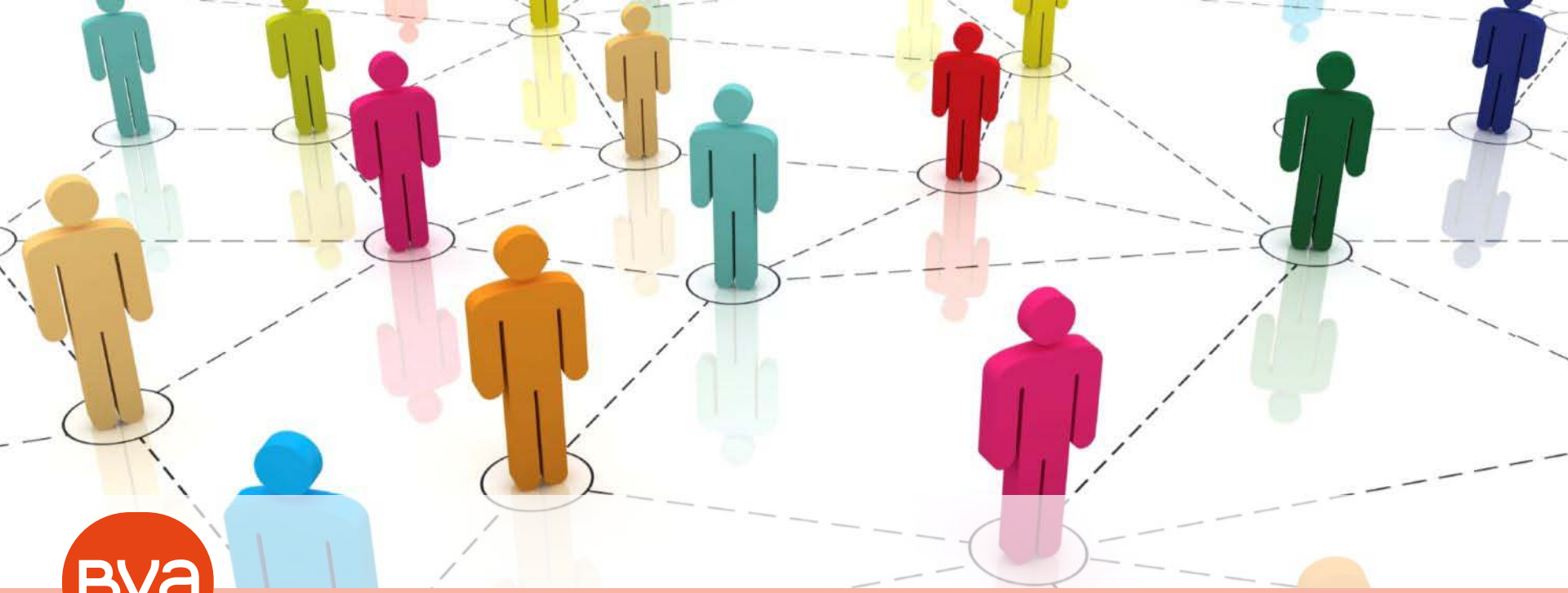
Au final, les vecteurs d'influence dans le choix d'un mode de contact (2/2)

« Le téléphone c'est associé à l'attente … Je l'ai tenté avec mon opérateur télécom et j'ai abandonné au bout de 5 minutes. Je n'avais pas du tout envie d'attendre au téléphone avec la Sécu.» (Femme, 26 ans, Cible 1, semi-urbain)

« Moi je fais tout sur Internet, mes comptes, et tout, moi c'est dans mes mœurs. » (Femme, 29 ans, Cible 2, semi-urbain)

« C'est mon métier, je travaille sur ordinateur toute la journée, avec le mail on ne perd pas de temps par rapport au téléphone ou au guichet. » (Femme, 26 ans, Cible 1, semi-urbain)

BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr



II. Un process de signalement à l'Assurance maladie non maîtrisé

SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Deux visions de l'Assurance maladie coexistent (1/2)

Les perceptions de l'Assurance maladie se révèlent ambivalentes selon que l'on envisage cette dernière en tant qu'administration ou en tant qu'institution sécurité sociale :

En tant qu'administration

La première image installée est celle du « mammouth administratif » en projection comme par expérience :

- Une institution caractérisée par sa lenteur à plusieurs niveaux :
  - Temps d'attente au guichet et au téléphone ;
  - Délais de traitement longs (par exemple plus de 6 semaines pour immatriculer un enfant…)

  Et sa lourdeur dans ses procédures sans que l'on sache pourquoi.
- Qui rempli bien sa mission de base (remboursement) mais face à laquelle on a toujours peur du « grain de sable » en cas de situation un peu plus complexe ;

En tant qu'institution

En revanche, en tant qu'institution, l'Assurance maladie bénéficie d'une **très bonne image : Assurance maladie = Sécurité sociale :**

- Pour tous, l'institution apparaît comme une spécificité Française, un bien commun indispensable car porteur d'une fonction essentielle « d'amortisseur social ».
  - ⇨ Une chance à préserver
- 3 valeurs phares au cœur des perceptions : la solidarité, la protection et le service public.

- Plus généralement, les personnes rencontrées, adoptent une posture assez défensive face à l'Assurance maladie comme face à toute administration : un discours du type « moi contre l'administration » qui a pour conséquence une méfiance spontanée et une logique de la preuve/la trace très forte.

Néanmoins, une administration à qui l'on reconnait des efforts et des évolutions positives ces dernières années :

- La création de la carte vitale qui permet des remboursements plus rapides grâce à la télétransmission ;
- La possibilité de mettre à jour sa carte vitale en pharmacie ;
- La création d'Ameli.fr qui permet d'obtenir diverses informations, de suivre ses remboursements et d'effectuer d'autres démarches.

Deux visions de l'Assurance maladie coexistent (2/2)

« A la Sécu on n'a jamais les mêmes personnes, les temps d'attente sont énormes, sur place mais aussi au téléphone, moi j'ai déjà attendu trois quarts d'heure, des fois une heure sur place.» (Femme, 23 ans, Cible 1, semi-urbain)

« La Sécu ? Bah moi j'en ai plutôt une bonne image, enfin le système de santé français est bien fait. Le principe de remboursements, oui, c'est très important. » (Femme, 26 ans, Cible 2, semi-urbain)

« Les délais de transfert sont longs, en raison de la communication entre départements, pourtant ce ne sont pas des dossiers papier qui sont transférés … Pour des personnes souffrantes ces délais peuvent être graves. » (Femme, 58 ans, Cible 1, semi-urbain)

« Si demain je suis malade elle (L'Assurance maladie) complète mon revenu. J'ai des lunettes, ma fille un appareil dentaire, on a vraiment besoin d'elle. On s'est battu pour l'avoir, on cotise tous les mois, on parle de la réformer voire de la supprimer comme aux Etats-Unis, c'est inadmissible ! » (Femme, 43 ans, Cible 2, semi-urbain)

« Je trouve que c'est une image qui s'est améliorée : les remboursements se font de plus en plus rapidement, mais c'est peut-être grâce à Ameli, la télétransmission, la carte vitale. C'est sûr qu'avec tout ça, ça va forcément plus vite en terme de traitement et de remboursement. » (Femme, 39 ans, Cible 2, semi-urbain)

Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique
www.modernisation.gouv.fr

Des démarches de signalement anticipées ou non (1/2)

La nécessité de signaler son changement d'adresse à l'Assurance maladie est acquise auprès de tous les interviewés. Si l'Assurance maladie est un acteur à enjeu, il reste cependant que le signalement peut s'effectuer à différents moments, selon la temporalité dans laquelle vit et agit la personne rencontrée.
Ainsi, trois temporalités / appréhensions du changement émergent :

1/

En anticipation avant le déménagement :
- Prise de renseignements
- Réalisation de la démarche en elle-même en l'antidatant

En termes de profils :
- Profils très organisés qui anticipent pour toutes les administrations dans une volonté de maîtrise
- Femmes ++
- Consommateurs de soins réguliers (ALD, CMU, femmes enceintes) ++

2/

Une fois le déménagement concrétisé :
- Réalisation de la démarche dès la possession d'un justificatif de domicile

En termes de profils :
- Profils qui gèrent les choses quand elles arrivent
- Mais qui quand elles arrivent, les prennent à bras-le-corps dans une volonté de ne pas perdre de temps pour ne pas oublier
- Femmes ++
- Personnes avec enfants ++

3/

Quand il y a un besoin :
- Réalisation de la démarche liée à un déclic :
  - Consommation de soin à venir
  - Demande d'une carte vitale européenne dans le cadre d'un voyage à venir
  - …
- Qui est repoussée tant que cela n'a pas de conséquence sur les remboursements

En termes de profils :
- Profils qui vit au jour le jour
- Qui peut se retrouver dans des situations d'urgence avec le désir d'une réponse instantanée
- Jeunes +

Des démarches de signalement anticipées ou non (2/2)

« Je suis employée de banque donc organisée, je suis très "papiers", tout le monde a été prévenu de notre déménagement. » (Femme, 59 ans, Cible 1, semi-urbain)

« Mon déclic, c'est que je n'avais rien fait avant de déménager, mais je devais aller chez l'ophtalmo en octobre, je n'en avais pas eu besoin depuis mon déménagement, et je me suis dit qu'il fallait que je fasse quelque chose, parce que l'ophtalmo c'est pas rien. » (Femme, 29 ans, Cible 2, semi-urbain)

« C'était quand je voulais demander la carte européenne pour ma fille qui devait voyager. Et de là je me suis dit : 'oh là là c'est encore à l'ancienne adresse ils vont l'envoyer là-bas.' Du coup tout de suite j'ai appelé pour faire le changement et là j'ai demandé à ce que l'on m'envoie la carte européenne à la nouvelle adresse. » (Femme, 42 ans, Cible 1, région parisienne)

Un signalement qui s'effectue selon différentes temporalités

Plusieurs modalités sont à disposition des assurés pour signaler leur changement d'adresse auprès de l'Assurance maladie :

- ➔ Le téléphone, le guichet, le courrier, et internet (moins connu que les autres canaux)
- ➔ Et ces différentes possibilités sont appréciées, le fait d'avoir le choix est quelque chose de plébiscité par les assurés

Le contact peut donc s'effectuer via différents canaux (cf. les critères de choix partie 4), mais il apparaît également qu'il se réalise selon **différentes temporalités** :

- ➔ Un constat s'impose : **la plupart des interviewés ont un premier contact avec l'Assurance maladie pour se renseigner…**
- ➔ **…mais ce contact ne conduit pas nécessairement immédiatement à l'action (le signalement)**
  - ⇨ La prise d'information est souvent déconnectée du signalement en lui-même, et l'assuré ne continue pas forcément sur le même mode de contact pour chercher de l'information que pour signaler :
    - Ainsi, si l'assuré se renseigne par internet, il ne va souvent pas faire son signalement par internet via Ameli : il va souvent le faire au téléphone ;
    - Si l'assuré se renseigne par téléphone, il va soit :
      - De lui-même décider de différer son signalement (car ce n'est pas dans sa chronologie du moment), et donc le faire plus tard par le même canal ou un autre (internet par exemple)
      - Effectuer son signalement plus tard et le faire par un autre mode de contact (internet, courrier) sur les conseils d'un agent.

La démarche de signalement : un process finalement peu clair (1/2)

Pour les personnes rencontrées, **il apparaît évident qu'il faille signaler son changement de domicile à l'Assurance maladie, et cette démarche est jugée assez simple a priori.**

Pour autant, on découvre vite qu'il existe **plusieurs zones d'ombre sur cette démarche** :

- Ainsi, certains interviewés ne savent pas forcément **à quel niveau se joue le changement de caisse** (région ou département?) : le fonctionnement des caisses par département n'est pas connu de tous, et s'il apparaît évident de changer de caisse quand l'on change de région, il est plus questionnant quand on change simplement de département ;
  - Ce qui peut conduire à des problématiques en termes de contact, certains assurés s'adressant parfois à la caisse géographiquement la plus proche qui dépend d'un autre département, en pensant que les dossiers et services sont mutualisés.

- De même, ils ne savent pas toujours **auprès de qui effectuer ce signalement** : la moitié des interviewés contactent l'ancienne caisse pour faire le signalement, tandis que l'autre contacte la nouvelle caisse, chacune se réclamant d'un raisonnement logique : « c'est la caisse qui possède mon dossier » pensent ceux qui contactent l'ancienne caisse / « c'est là où je vais vivre » disent ceux qui contactent la nouvelle ;

- Si leur connaissance des éléments nécessaires dans le cadre du signalement de déménagement est globalement bonne, elle semble **avant tout intuitive** : tous déclarent savoir qu'il faut donner son numéro de Sécurité sociale, son ancienne et nouvelle adresse par expérience, instinct / logique ou « ouï-dire », mais sans qu'à aucun moment semble-t-il ne leur ait était mentionné que c'est la procédure officielle (d'où des rajouts de documents parfois, cf. p34) ;

- Enfin, leur connaissance semble se limiter au signalement du changement d'adresse. **Les questions du médecin traitant et du RIB, sont soient peu connues (RIB++), soient déconnectées de la procédure de signalement en elle-même** : ainsi en est-il de la déclaration de nouveau médecin traitant qui, puisqu'arrivant dans un ordre chronologique plus tardif, est souvent décorrelée de la problématique de déménagement par les interviewés, et parfois oubliée.

La démarche de signalement :un process finalement peu clair (2/2)

« Ce que j'ai fait au départ, c'est que j'ai appelé le 42 alors que j'étais arrivée dans le 35, parce que c'est eux qui ont mon dossier. » (Femme, 42 ans, Cible 1, semi-urbain)

« Ça me semblait plus logique de déclarer un changement d'adresse à la nouvelle caisse plutôt qu'à l'ancienne. » (Homme, 25 ans, Cible 2, région parisienne)

« Que faire ? Ma demande de changement de médecin traitant ? Ma demande de changement d'adresse ? Je ne savais pas dans quel sens orienter ma demande (…). Ou est-ce que je fais une demande globale ? » (Femme, 42 ans, Cible 1, région parisienne)

«Je sais pas de 93 à 94 ou l'inverse, ça va bouger avec la sécu. C'est pas sûr… Dans le Midi je savais que c'était une histoire de région. Est-ce qu'ici on est dans la région IDF et donc…je me pose la question en termes de population, est-ce que le fait que ce soit une population beaucoup plus dense c'est départementalisé ou régionalisé ? Je n'ai aucune idée » (Femme, cible 2, 65 ans)

Trois cas de figure au niveau des papiers demandés/donnés (1/2)

Plusieurs cas de figure se font jour au niveau des papiers donnés concernant cette procédure :

Le parcours simplifié

Les interviewés ont simplement fourni :

- Leur numéro de Sécurité sociale
- Leur ancienne adresse
- Leur nouvelle adresse

Après s'être renseignés sur internet

Ou sur demande d'un agent de la CPAM.

Cependant, il semblerait qu'à aucun moment la notion de parcours simplifié n'ait été mentionnée à moins qu'elle n'ait pas été retenue :

- Dès lors, cela entraine de l'étonnement chez certains interviewés, intrigués qu'on leur demande si peu de choses (mais sans pour autant remettre en question l'information donnée)

Des documents supplémentaires à l'initiative de la CPAM

Dans nombre de cas, des documents non compris dans le parcours simplifié, sont demandés par la CPAM :

- Il s'agit principalement du justificatif de domicile et parfois de la photocopie de la carte vitale
- ⇨ Dans ce cas, la demande de la CPAM apparaît légitime aux yeux des interviewés : il s'agit de protéger le système en évitant les fraudes

Parfois, davantage de documents sont demandés sans que l'on sache pourquoi (visiblement, il s'agirait d'ouverture de nouveaux dossiers, mais sans que cela ne soit dit à l'assuré ou compris par lui) :

- Justificatif de domicile
- Photocopie de la carte vitale et/ou attestation
- Photocopie de la pièce d'identité
- Renvoi de la carte vitale actuelle
- Voire acte de naissance

Et dès lors la suspicion s'installe au regard du nombre et de la nature des documents demandés.
Et elle peut être renforcée par des discours contradictoires entre les agents.

Des documents supplémentaires à l'initiative de l'assuré

Pour ces interviewés, le parcours simplifié tel qu'ils ont pu le lire sur internet, ou leur être présenté par un agent, leur paraît tellement simple qu'ils le mettent en doute :

- Une simplicité suspecte qui fait que « par sécurité » on rajoute des documents pour parer à toute problématique (anxieux ++)

Ainsi, fournissent-ils :

- Leur numéro de Sécurité sociale
- Leur ancienne adresse
- Leur nouvelle adresse
- Un justificatif de domicile
- Une photocopie de la carte vitale et/ou de l'attestation
- Une photocopie de leur pièce d'identité

Au risque parfois, que ces ajouts ne soient réinterprétés comme une obligation (en raison de la force de l'habitude).

Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Trois cas de figure au niveau des papiers demandés/donnés (2/2)

« Je n'ai rien eu à donner, ni RIB, mais je n'ai pas changé de banque donc je ne leur ai rien envoyé, ni justif de domicile » (Femme, 29 ans, semi-urbain)

« Dans le courrier qu'ils m'avaient envoyé, ils demandaient des choses bizarres comme mon acte de naissance, bon après c'était plus classique : la déclaration du médecin traitant référent, une photocopie de ma carte d'identité etc. » (Femme, 23 ans, Cible 1, semi-urbain)

« J'ai envoyé un justificatif de domicile, j'ai envoyé aussi ma demande de nouvelle carte d'identité avec la nouvelle adresse parce que j'avais un récépissé de la nouvelle demande donc j'ai envoyé. Je sais pas si c'était vraiment demandé mais j'ai envoyé quand même (…). » (Homme, 25 ans, Cible 2, région parisienne)

Un parcours qui se complique en cas de problématique connexes (1/2)

Si le parcours déménagement, est jugé relativement simple a priori par les personnes interviewées, il se complique visiblement quand il est combiné à une autre problématique, du type :

Non déclaration de médecin traitant

- Souvent une prise de conscience tardive lors d'une consommation de soins ou à la réception du relevé de remboursement
- Suite à un oubli de la part de l'assuré, pour lequel, déménagement et changement de médecin traitant ne sont pas spontanément corrélés (et ce d'autant plus que ce n'est pas forcément rappelé par les agents au moment du signalement)
- Ou suite à un « effacement » de l'ancien médecin traitant de la part de l'Assurance maladie alors qu'on a gardé le même
- Dans ce cadre, une déclaration du médecin traitant qui se fait dans l'urgence et suscite du mécontentement à cause des pénalités de remboursement

Non fonctionnement de la carte vitale

- En cours de basculement d'une caisse à l'autre, la carte vitale ne fonctionne plus, ou il est impossible de la mettre à jour après le temps indiqué
- Liée dans l'esprit des assurés, au changement de caisse : la caisse précédente a « annulée » la carte ou la nouvelle caisse juge que la carte est trop ancienne et donc qu'il faut la refaire
- Une problématique vécue comme très lourde car la carte vitale est essentielle pour ne pas avoir à avancer de frais (CSP-, ++)
- Donc une problématique à fort enjeu qui nécessite une mobilisation immédiate de l'assuré, qui attend une grande réactivité de l'Assurance maladie, estimant qu'elle est en partie, si ce n'est en totalité, responsable de la défaillance de la carte

Non remboursement

- Des remboursements qui ne s'effectuent plus pendant la période de basculement d'une caisse à l'autre ou après le rattachement à la nouvelle caisse
- En cause, l'oubli d'envoyer un nouveau RIB car cela ne fait pas système avec le déménagement
- Ou, en raison d'une faute de l'administration : non prise en compte du nouveau RIB, ou « disparition » de l'ancien alors qu'il n'a pas changé, ou encore problématique de territoire entre l'ancienne et la nouvelle caisse qui se renvoient la balle pour savoir qui est responsable du remboursement
- Une problématique à fort enjeu, générant beaucoup d'insatisfaction

BVA
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Un parcours qui se complique en cas de problématique connexes (2/2)

«Entre-temps je vais chez le médecin, mais je ne pense pas que mon dossier ait été complètement transféré. Bref, là il me dit que la carte vitale ne fonctionne pas, que je ne suis pas connue de la Sécurité Sociale et là je me dis que c'est parce que le dossier n'est pas encore transféré. » (Femme, 33 ans, Cible 1, semi-urbain)

« Oui j'ai pas eu l'impression que c'était lié à autre chose (le fait que sa carte vitale ne fonctionne plus) alors que ça peut arriver, j'avais une ancienne carte, j'avais pas la nouvelle avec la photo. Mais vu que c'est tombé pile à ce moment-là, je me suis dit peut-être qu'ils profitent des moments où il y'a des changements pour aussi mettre à jour les cartes. » (Femme, 38 ans, Cible 1, région parisienne)

« Elle m'a dit que j'avais pas rempli le document, 'c'est normal, vous n'avez pas de médecin attitré' elle m'a dit. J'ai dit :'mais si', et elle m'a dit 'non non, vous en avez un à c'est Clichy, c'est deux choses différentes '. » (Homme, 32 ans, Cible 1, région parisienne)

Des réitérations de différentes natures (1/2)

Les réitérations de contact avec l'Assurance maladie dans le cadre d'un signalement de changement d'adresse impliquant un changement de caisse, se révèlent importantes.
Ceci dit, ces réitérations s'expliquent par différents éléments :

Un besoin de réassurance

- Une réitération pour **gérer son angoisse personnelle** de la non prise en compte ou de la mal prise en compte (accentuée par de mauvaises expériences passées) et se rassurer soi-même sur le fait d'avoir bien accompli la démarche
- Des contacts multiples :
  - En amont pour s'informer de la marche à suivre (auprès de l'ancienne ou nouvelle caisse);
  - Si l'information apparaît contradictoire entre deux sources (site/agents, agents/agents) ;
  - Pour la réalisation de la démarche ;
  - Pour s'assurer qu'elle à été prise en compte ;
  - Pour savoir où elle en est (même quand un délai de traitement est donné)

Effectuer un suivi

- Une réitération pour **connaître l'évolution de son dossier** et suppléer à l'absence de suivi/retour de l'administration qui est jugée fortement préjudiciable (absence d'accusé réception, indication de délais de traitement pas toujours indiqués, pas de possibilité de suivi)
- Des interviewés qui se passeraient volontiers de ces contacts, considérant que c'est le rôle de l'Assurance maladie d'assurer un suivi

Résoudre un problème

- Il s'agit souvent de **résoudre la non prise en compte de son changement d'adresse** : que le non changement soit repéré tout de suite après le premier contact (oubli d'un papier/ demande de papiers supplémentaires) ou beaucoup plus tard (au hasard lors d'une consommation de soin) ;
- Ou un **problème plus complexe** lié au non fonctionnement de la carte vitale, ou au médecin traitant, et plus rarement au RIB ;
- Que le problème soit à l'origine de l'Assurance maladie (perte du courrier) ou de l'assuré (oubli de déclarer le médecin traitant)

En transversal, une réitération favorisée par :

- **La peur de ne pas percevoir ses remboursements**
- **La peur de devoir avancer de l'argent**

En moyenne une réitération qui tourne autour de trois contacts

▲Néanmoins, certains contacts ne sont pas vécus comme tel par les interviewés : ainsi la prise d'information par téléphone ou guichet n'est pas forcément restituée comme un contact.

Des réitérations de différentes natures (2/2)

« J'ai appelé pour vérifier, pour me rassurer un peu que ce ne soit pas perdu dans la nature. » (Femme, 28 ans, Cible 1, région parisienne)

« Je les appelle parce qu'au bout de trois semaines, je n'ai pas de nouvelles, et là on me dit que c'est bon, je suis bien affiliée, j'ai donc pu initialiser ma carte vitale.» (Femme, 23 ans, Cible 1, semi-urbain)

« Plusieurs contacts oui…Après c'était des questions d'ordre général, je ne sais pas si ça servait que je les appelle mais pour moi ça me rassurait… » (Homme, 32 ans, Cible 1, région parisienne)

« Ou alors j'ai téléphoné derrière pour être sûr de l'info vue sur Ameli. Je ne voulais pas que ça foire. C'était pour bien me faire préciser les choses. » (Homme, 38 ans, Cible 1, région parisienne)

In fine, les leviers de la réitération

Réitération dépendante de l'assuré

L'approche d'une consommation de soin
- L'absence de réponse de la CPAM à l'approche d'une consommation de soins engendre une réitération de contacts

La situation financière
- Plus l'assuré est dans une situation financière précaire, puis il va être à l'affut de la prise en compte de son changement et réitérer

Le besoin de réassurance
- Plus l'assuré est de nature anxieuse, plus il va réitérer

Des injonctions contradictoires de la part de la CPAM
- Des informations divergentes données par différents interlocuteurs qui amènent les usagers à développer des stratégies de vérification (par exemple appel téléphonique + guichet)

Un problème à résoudre
- Il engendre d'autant plus de réitération et d'agencement que l'assuré s'estime dans son bon droit et que l'erreur/ le dysfonctionnement vient pour lui de l'Assurance maladie (volonté d'avoir une explication voire des excuses)

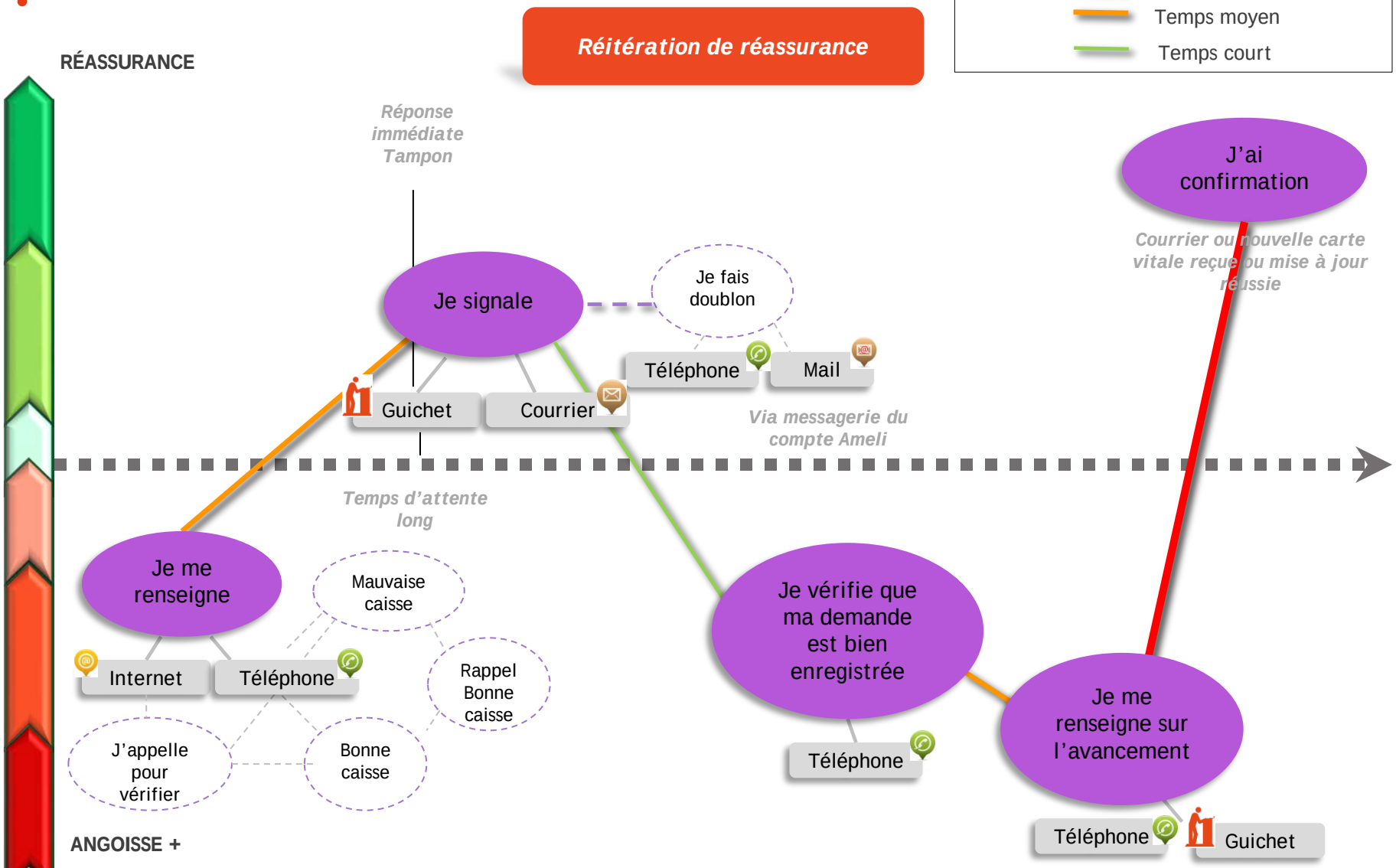
Une absence de retour / suivi de la part de la CPAM
- La lenteur, subjective quand aucun délai de traitement n'est annoncé / particulièrement agaçante quand elle ne colle pas aux délais de traitement annoncées, du retour de l'administration et l'impossibilité de suivre sa démarche laissent les assurés dans l'expectative et engendrent une réitération de contacts pour se tenir informé de l'avancement de sa démarche.

Réitération causée par un manque de lisibilité

Leviers de la réitération

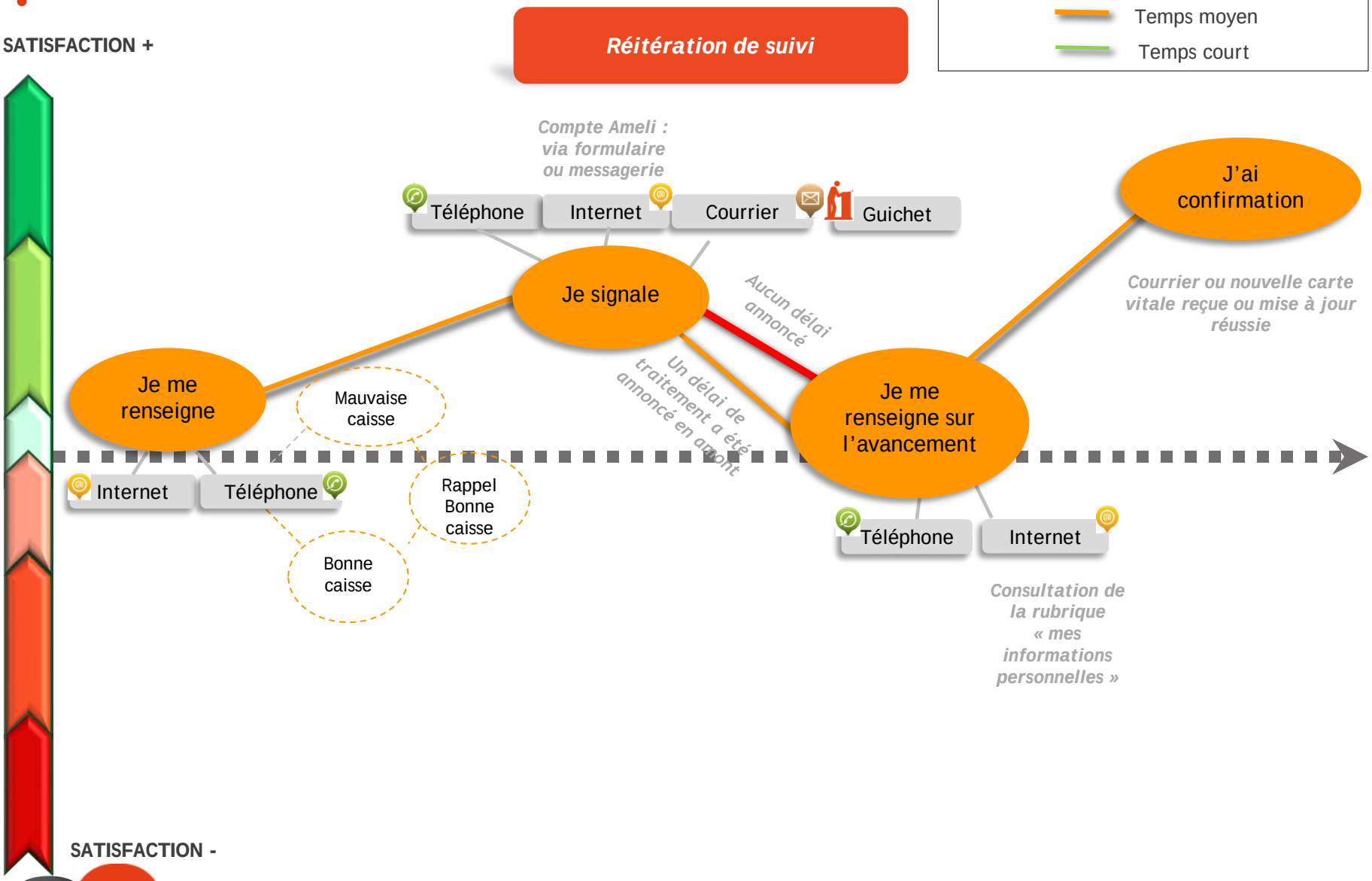
Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Cartographies de la réitération (1/4)



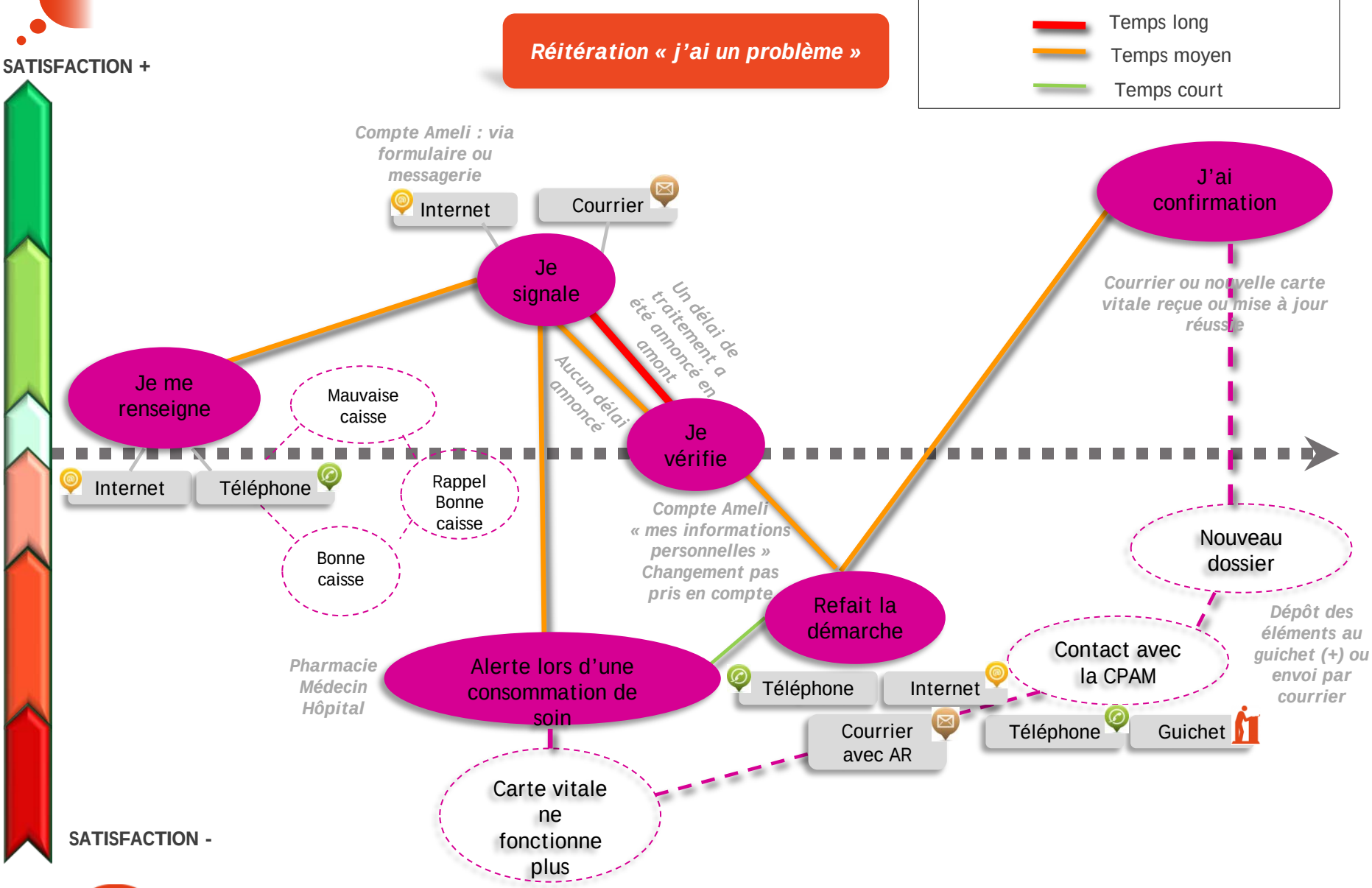
BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Cartographies de la réitération (2/4)



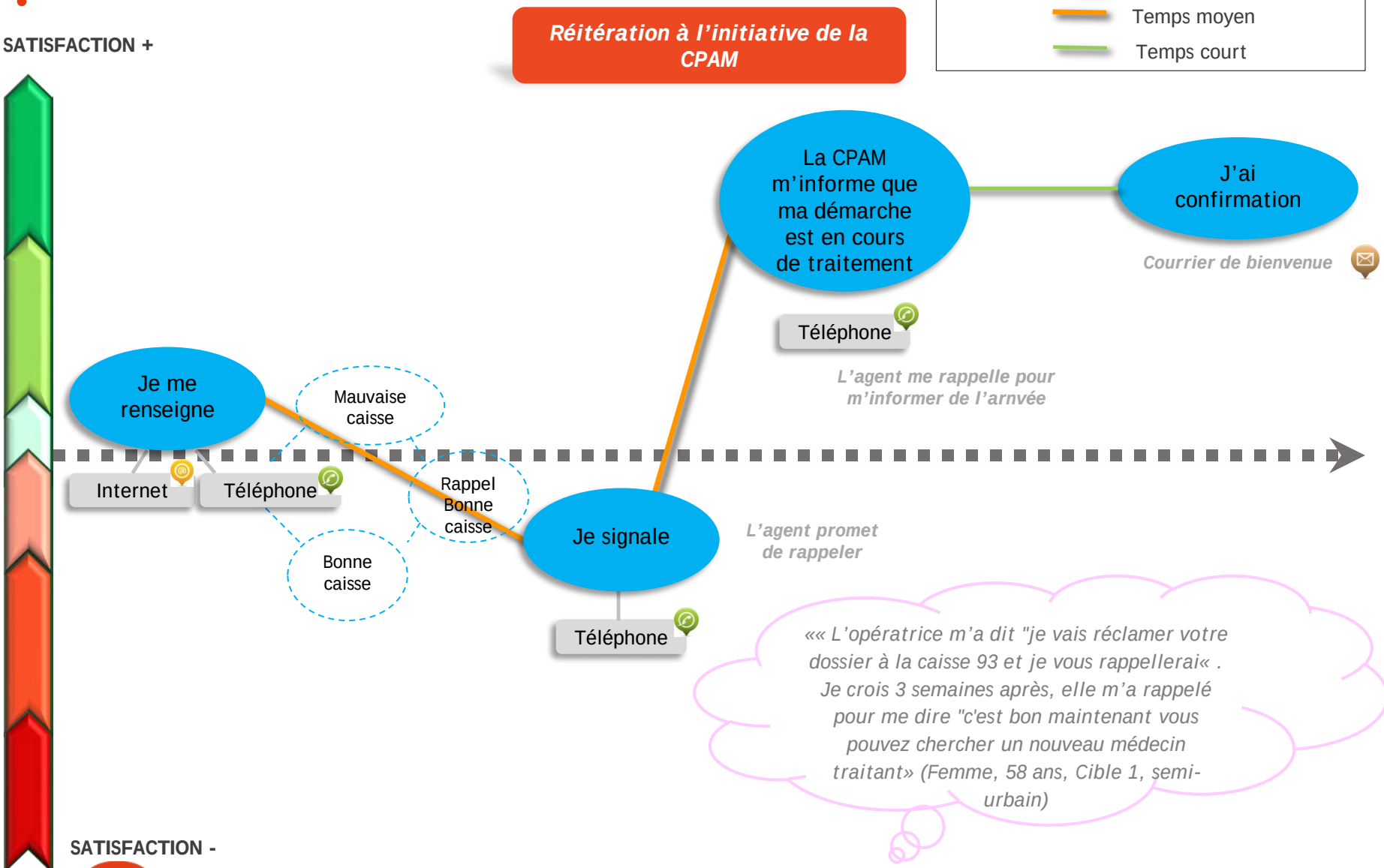
BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Cartographies de la réitération (3/4)



BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Cartographies de la réitération (4/4)



BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Une réitération pas nécessairement synonyme d'insatisfaction

Au global, la récurrence des contacts ne constitue pas nécessairement ni systématiquement un motif d'insatisfaction pour les assurés

- En effet, **lorsqu'elle est jugée nécessaire, la réitération de contact ne semble pas pénaliser la satisfaction**
  - En effet, une réitération spontanée à l'initiative de l'usager lui permettant de finaliser son affaire ou de le rassurer n'est pas vécue négativement mais au contraire lève les craintes émergentes et apporte de la réassurance
- De même, la réitération est très satisfaisante si elle vient de la CPAM dans le cadre d'une stratégie de contact (contacter l'assuré avant qu'il nous contacte).

En revanche, la réitération est vécue négativement quand :

Elle ne fait pas avancer le processus

- Elle est alors jugée inutile voire contreproductive

Elle occasionne / est vécue comme une perte de temps

- Lorsque que des éléments supplémentaires sont demandés alors qu'ils n'ont pas été mentionnés lors du premier contact
- Quand la réitération est dû à des informations contradictoires
- Et ce d'autant plus qu'une échéance temporelle se rapproche pour l'assuré

Elle résulte d'un problème

- A fortiori si le problème vient de la CPAM
- Plus la durée pour résoudre le problème est longue plus la réitération est source d'insatisfaction

Au final, une satisfaction dépendante de différents éléments

Au global, le sentiment de satisfaction repose sur trois éléments :

Un contact agréable avec un agent

- Un agent à l'écoute, montrant de l'empathie même s'il n'est pas en mesure de résoudre le problème
- Et une satisfaction d'autant plus grande si l'agent est agréable et efficace

La prise en compte effective de son changement de caisse

- Signifiée par la bonne mise à jour de la carte vitale ou la réception d'une nouvelle carte
- Et/ou actée par la réception d'un courrier de bienvenue dans la nouvelle caisse élément le plus réassurant et attendu par tous

Un temps de traitement raisonnable

- Par rapport aux contraintes de l'administration MAIS AUSSI de l'assuré ;
- Ainsi, si le temps administratif est reconnu /anticipé comme long, il y a satisfaction quand une visibilité est donnée à l'usager : délais annoncés, possibilité de suivi donné

L'attente d'une posture d'écoute

L'attente d'un acte symbolique clôturant la démarche pour lever les craintes

L'attente d'un temps administratif davantage calé sur un temps humain

Et si bien sûr, aucun problème non expliqué – et a fortiori de la faute de l'Assurance maladie – ne survient

Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique
www.modernisation.gouv.fr

Eviter la réitération : des moments charnières

Deux moments charnières (par rapport aux marges de manœuvres actuelles de l'Assurance maladie) dans le parcours se font jour pour éviter la réitération :

PARCOURS

Début de parcours
1er contact

- **Donner plus d'informations sur l'ensemble des démarches qui peuvent être en lien avec un changement de caisse (alerter sur médecin traitant, et RIB) ;**
- **Et systématiquement annoncer des délais de traitement ;**
- **Uniformiser le discours des agents ;**
- **Visibiliser / « officialiser » le parcours simplifié**

Démarche

- **Envoyer systématiquement un accusé de réception (par mail) sur la bonne réception de la demande quel que soit le mode de contact**
- **Indiquer systématiquement un délai de traitement**

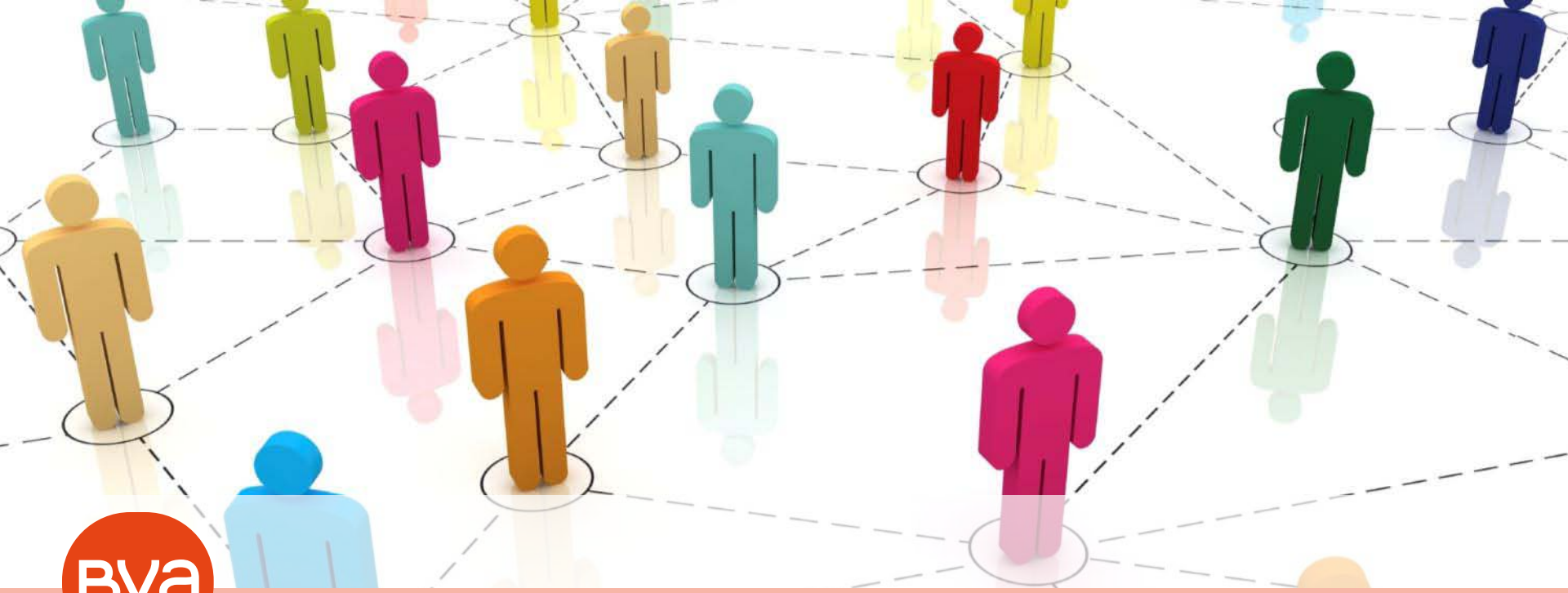
Après démarche

- **Permettre un suivi de la demande via internet**

Fin de parcours

- **Envoyer systématiquement un courrier signifiant le changement de caisse clôturant la démarche**

« Le courrier disait 'bienvenu dans la CPAM du 94, votre centre est à Créteil'. C'est allé assez vite, dans les 15 jours. Ils m'ont dit vous irez mettre à jour votre carte vitale. » (Homme, 38 ans, Cible 1, région parisienne)



III. Des logiques usagers différentes et influençant les modes et parcours de contact

Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique
www.modernisation.gouv.fr

Logiques usagers et cartographies (1/12)

Le procrastinateur

Son profil
- Homme ou femme
- Plutôt jeune
- Actif

Son déclic de signalement
- Une consommation de soin à venir
- Au cours d'une consommation de soin ou d'un contact autre avec l'Assurance maladie

Description :
- Il s'agit d'un homme ou d'une femme plutôt jeune et en bonne santé qui va rarement chez le médecin
- Il / elle appréhende son déménagement sans angoisse voire même avec enthousiasme (émancipation de chez les parents)
- Il/elle ne possède pas une culture administrative très développée, s'étant émancipé(e) depuis peu de ses parents
- Il connaît Ameli mais n'a pas forcément de compte ou n'y va pas
- Il prend globalement son temps pour signaler son changement d'adresse ayant souscrit au suivi de courrier de la Poste ce qui le tranquillise
- Par ailleurs, pour nombre d'acteurs il/elle a conservé l'adresse de ses parents qui lui remettent son courrier quand il/elle leur rend visite
- Pour l'Assurance maladie, il pense à signaler son changement d'adresse quand il a une consommation de soin à venir ou il se rend compte qu'il ne l'a pas effectué lors d'une consommation de soin ou lors d'un contact avec l'Assurance maladie sur un autre sujet

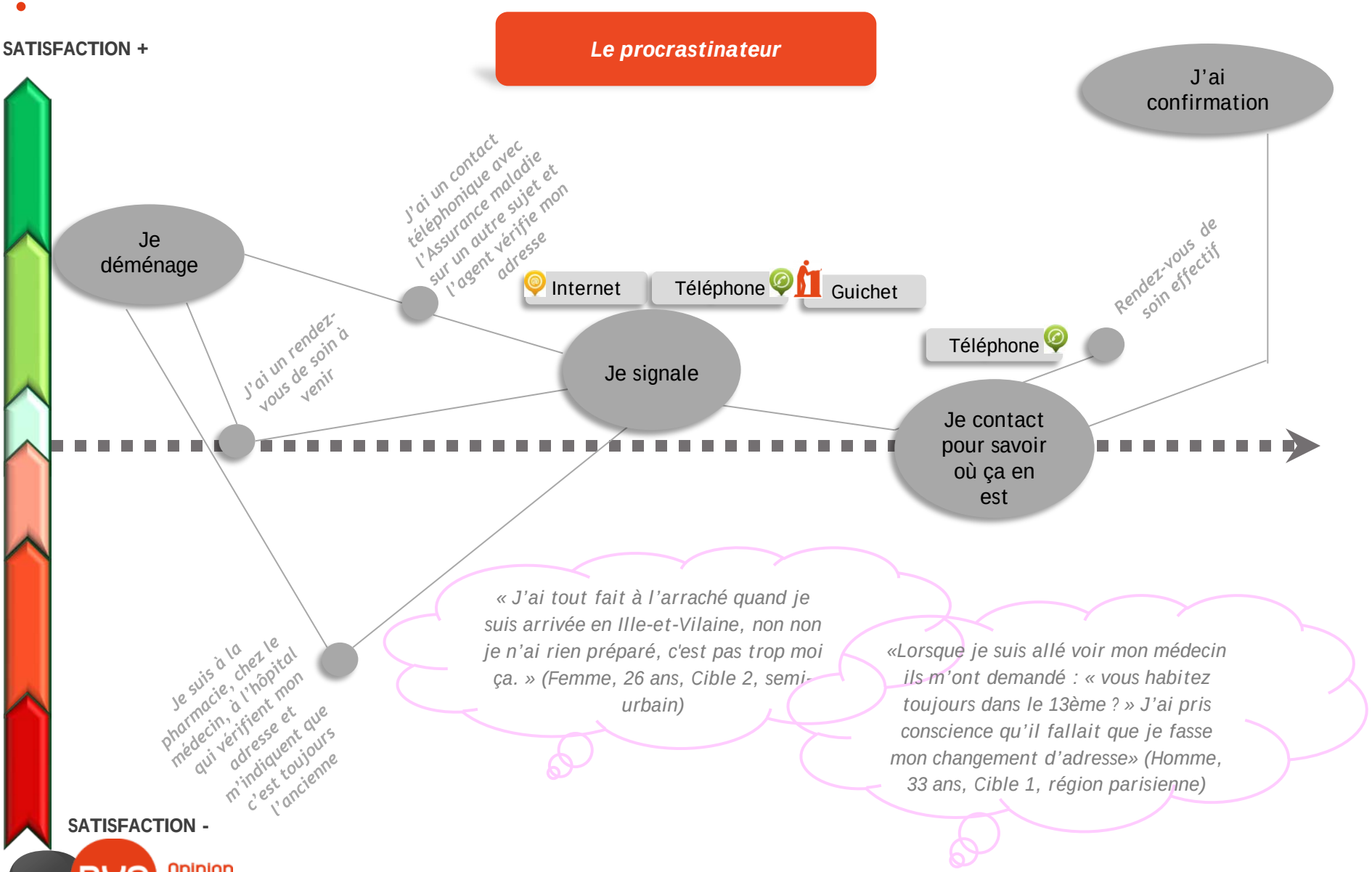
Modalités de contact préférées :
- Généralement il est très internet et téléphone
- Pour signaler son changement à l'Assurance maladie quand il s'en rend compte, tous les moyens sont bons et son choix dépend :
  - De l'urgence perçue de la situation (téléphone, guichet)
  - Du canal vers lequel l'oriente l'acteur qui lui a signalé l'oubli (téléphone, internet)

Profil de réitération :
- Plus l'échéance de la consommation de soin est proche (et donc la perspective de devoir avancer de l'argent), plus il est tenté de réitérer

Ce qui peut le faire basculer vers le dématérialisé / le faire rester / retourner sur internet ?
- Il est déjà très internet. Pour le pousser à l'utiliser davantage, il faudrait lui faire anticiper en amont son signalement.

Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique
www.modernisation.gouv.fr

Logiques usagers et cartographies (2/12)



BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Logiques usagers et cartographies (3/12)

L'anxieux

Son profil

- Homme ou femme
- Age moyen comme âgé
- Actif mais avec des horaires un peu souples, ou inactif

Son déclic de signalement

- Il anticipe en s'informant en amont parce qu'il a peur de rater quelque chose et il fait sa démarche dès qu'il a un justificatif

Description :

- Il s'agit d'un homme ou d'une femme d'âge moyen avec des enfants en bas âge ou d'une personne un peu âgée
- Il peut avoir des dépenses de santé assez fréquentes à cause de la santé de ses enfants ou de sa propre santé
- Il a le temps soit parce qu'il est au chômage, à temps partiel ou à la retraite
- Il a un compte Ameli sur lequel il suit ses remboursements
- Il a anticipé son signalement avec l'Assurance maladie, en s'informant en amont et a signalé dès qu'il a pu
- Sa situation financière est juste, la moindre avance / le moindre retard de remboursement peut être fortement préjudiciable
- Il a eu une mauvaise expérience par le passé avec une administration (papiers non reçus) ce qui l'a rendu très méfiant et attentif au côté officiel des choses
- Il est organisé dans ses papiers administratifs et considère qu'il vaut mieux en donner trop que pas assez

Modalités de contact préférées :

- Il est très téléphone et guichet car il recherche la confiance
- Il appel avant pour savoir quels papiers donner
- Et il se rend au guichet pour les donner et recevoir un coup de tampon et/ou il les met dans la boîte aux lettres
- Il n'a pas confiance dans le courrier suite à sa mauvaise expérience, et est méfiant vis-à-vis d'internet (notamment sur le caractère officiel / sécurité)

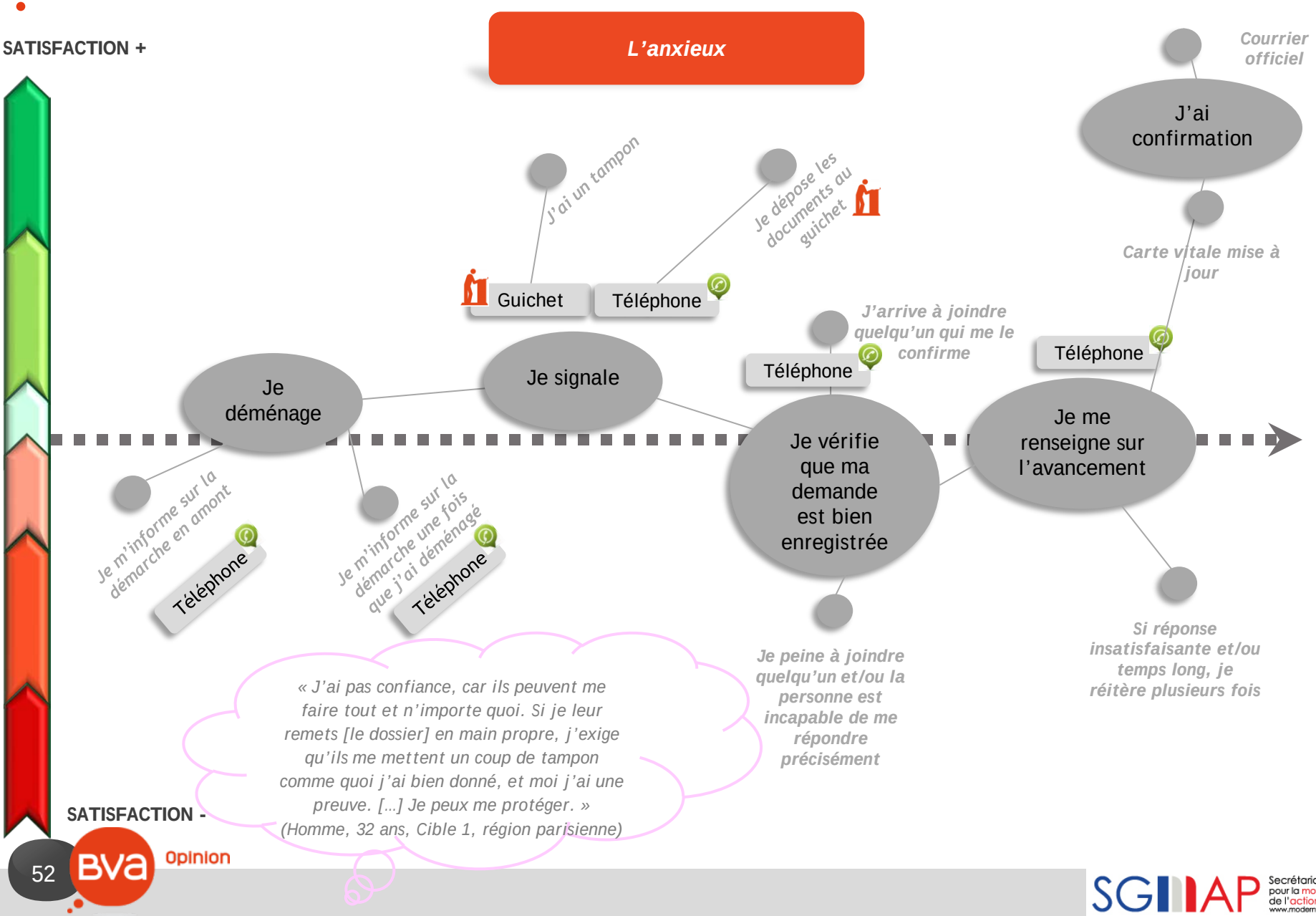
Profil de réitération :

- Il réitère beaucoup car il a besoin de gérer sa propre anxiété (qui augmente plus il est juste financièrement), et pour suivre l'évolution de sa demande

Ce qui peut le faire basculer vers le dématérialisé / le rassurer pour aller sur internet ?

- Peu de choses à part : lui garantir la sécurité, la fiabilité d'internet, mettre en avant la gratuité par rapport au coût du téléphone ou lui offrir des services en exclusivité internet (accusé réception, suivi du traitement)

Logiques usagers et cartographies (4/12)



BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Logiques usagers et cartographies (5/12)

L'efficace

Son profil

- Homme ou femme (++)
- Jeunes ou âge moyen avec des enfants
- Actif

Son déclic de signalement

- Il anticipe en s'informant en amont et en faisant sa démarche dès qu'il peut (justificatif ou circonstances) dans une logique d'efficacité

Description :

- Il s'agit d'un homme ou d'une femme jeune ou d'âge moyen avec des enfants
- Il / elle gère la chose administrative dans le foyer donc il/elle a l'habitude
- Il a peu de contact pour lui-même avec l'Assurance maladie
- Il a un compte Ameli qu'il consulte pour suivre les remboursements quand il a des enfants (il ne le consulte pas spécialement quand il n'en a pas)
- Il est anticipateur en toute chose (il fait des listes), et est bien informé : il aime que les choses aillent vite car il est très occupé
- Il organise son signalement à l'Assurance maladie pour que ce soit le plus efficace et rapide possible

Modalités de contact préférées :

- Il choisi le mode de canal qui lui semble le plus pratique et efficace et/ou celui vers lequel on l'oriente / qui est mis en avant, quand il recherche de l'information en amont
- Il est donc téléphone, internet (et éventuellement courrier : pour les pièces justificatives)
- Il ne va jamais au guichet car il n'a pas le temps

Profil de réitération :

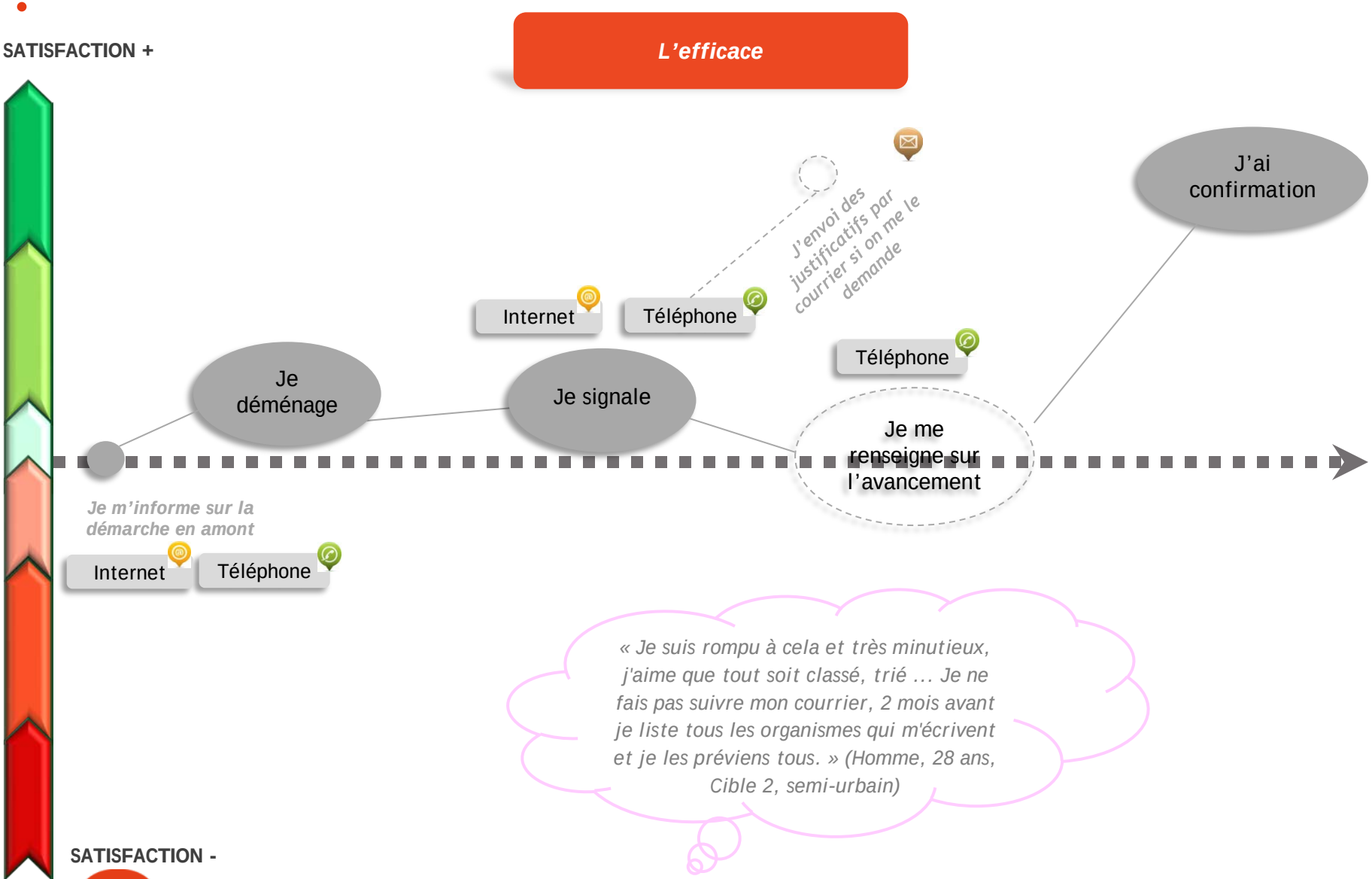
- Il réitère peu : il a confiance en l'Assurance maladie (il croit l'information qu'on lui donne) donc il ne réitère pour vérifier qu'après un temps long s'il est sans nouvelle ou si le temps dépasse le délai annoncé mais sans posture d'anxiété

Ce qui peut le faire basculer vers le dématérialisé / le rassurer / le faire rester / retourner sur internet ?

- Il est déjà sur internet. Pour l'y faire aller davantage il faudrait lui faciliter la récupération de son mot de passe s'il le perd
- Lui proposer des services qu'il ne trouve que sur internet (accusé réception, suivi du traitement)

BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Logiques usagers et cartographies (6/12)



BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Logiques usagers et cartographies (7/12)

Le technophile contrarié

Son profil

- Homme ou femme (++)
- Jeunes ou âge moyen avec des enfants
- Actif

Son déclic de signalement

- Il anticipe en s'informant en amont et en faisant sa démarche dès qu'il peu (justificatif ou circonstances) dans une logique d'efficacité

Description :

- Il s'agit d'un homme ou d'une femme jeune ou d'âge moyen avec des enfants
- Il / elle gère la chose administrative dans le foyer donc il/elle a l'habitude
- Il a peu de contact pour lui-même avec l'Assurance maladie
- Il a un compte Ameli qu'il consulte pour suivre les remboursements quand il a des enfants (il ne le consulte pas spécialement quand il n'en a pas) mais il salue fortement cette évolution technologique de l'Assurance maladie
- Il est anticipateur en toute chose (il fait des listes), et est bien informé : il aime que les choses aillent vite car il est très occupé
- Il organise son signalement à l'Assurance maladie pour que ce soit le plus efficace et rapide possible

Modalités de contact préférées :

- Il est technophile, donc a fait son signalement par internet via Ameli ou MSP
- Mais, s'étant rendu compte qu'internet n'a pas marché, il a rebasculé sur un autre mode de contact (téléphone voire guichet)
- Ou, il a tenté de le faire par Ameli mais a oublié son mot de passe et n'a pas pu le récupérer rapidement, donc il s'est dirigé vers un autre canal

Profil de réitération :

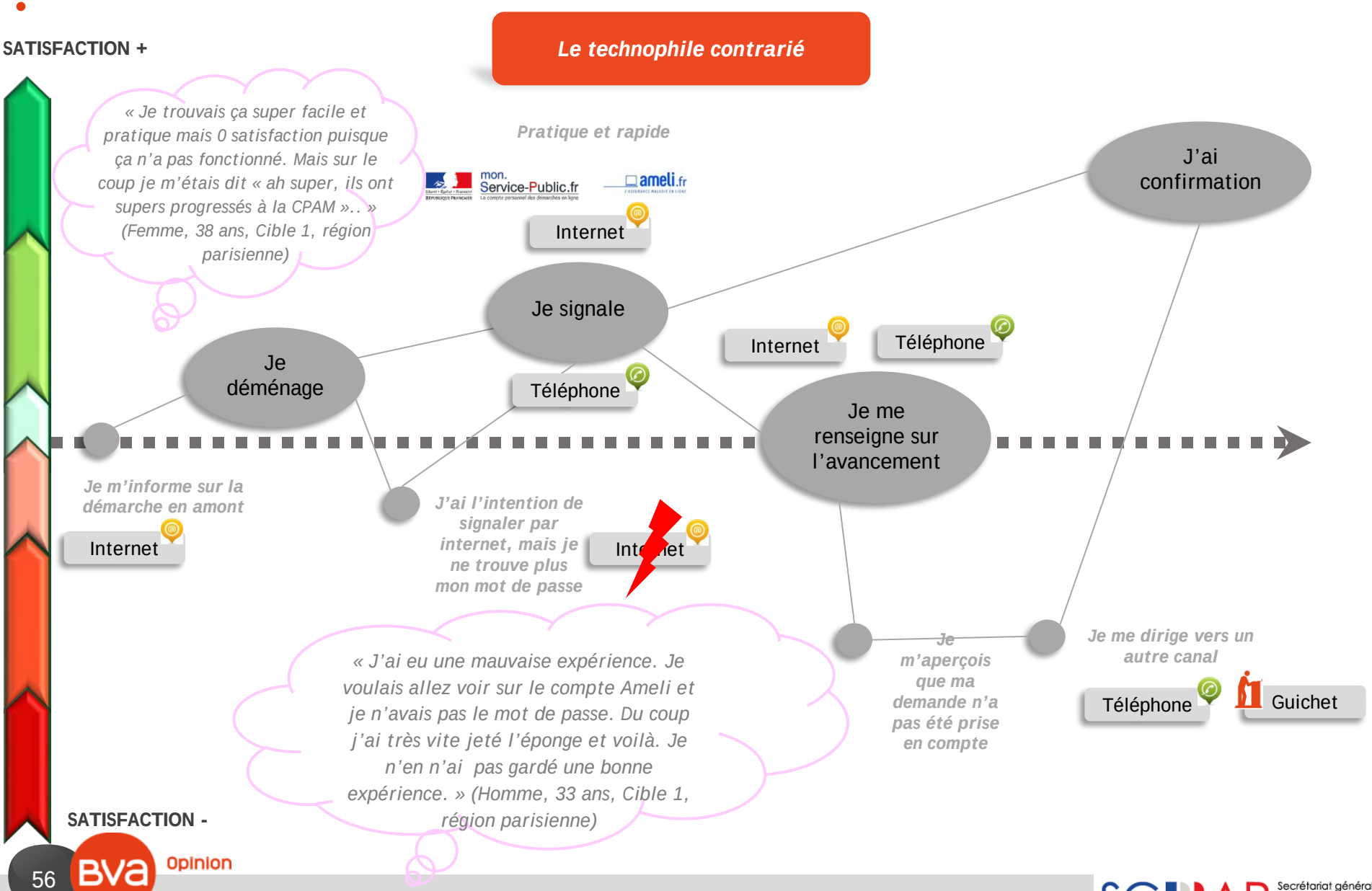
- Il a confiance dans l'Assurance maladie donc il réitère peu, seulement après un laps de temps qui lui paraît long
- Et, il réitère parce que sa première demande n'a pas été prise en compte

Ce qui peut le faire basculer vers le dématérialisé / le rassurer / le faire rester / retourner sur internet ?

- Il était technophile à la base, mais sa mésaventure lui a donné une mauvaise image des services internet de l'Assurance maladie, ce qui entame sa confiance. Il n'est donc pas sûr qu'il y revienne
- Lui faciliter la récupération de son mot de passe
- Lui garantir que cette mésaventure ne se reproduira pas (caractère exceptionnel)

BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Logiques usagers et cartographies (8/12)



BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Logiques usagers et cartographies (9/12)

Le scribe

Son profil
- Plutôt une femme
- Plutôt âgée
- Actif ou retraitée

Son déclic de signalement
- Elle est préparée grâce à une check-list en amont et fait les choses par ordre de priorité

Description :
- Il s'agit le plus souvent d'une femme âgée
- Elle a déjà une culture administrative et donc des habitudes auxquelles elle tient
- La chose administrative revêt une importance pour elle : les contacts avec l'administration doivent être formels
- Elle peut être jeune dans certains cas et agir par mimétisme en reproduisant ce que faisait ses parents
- Elle a une bonne image de l'Assurance maladie avec laquelle elle a des contacts espacés
- Elle est carrée dans ses démarches de signalement de changement d'adresse et procède par check-list qui lui permettent de vérifier qu'elle n'a rien oublié
- Elle fait suivre son courrier par La Poste dans la même optique et pour se laisser du temps : elle n'est pas pressée

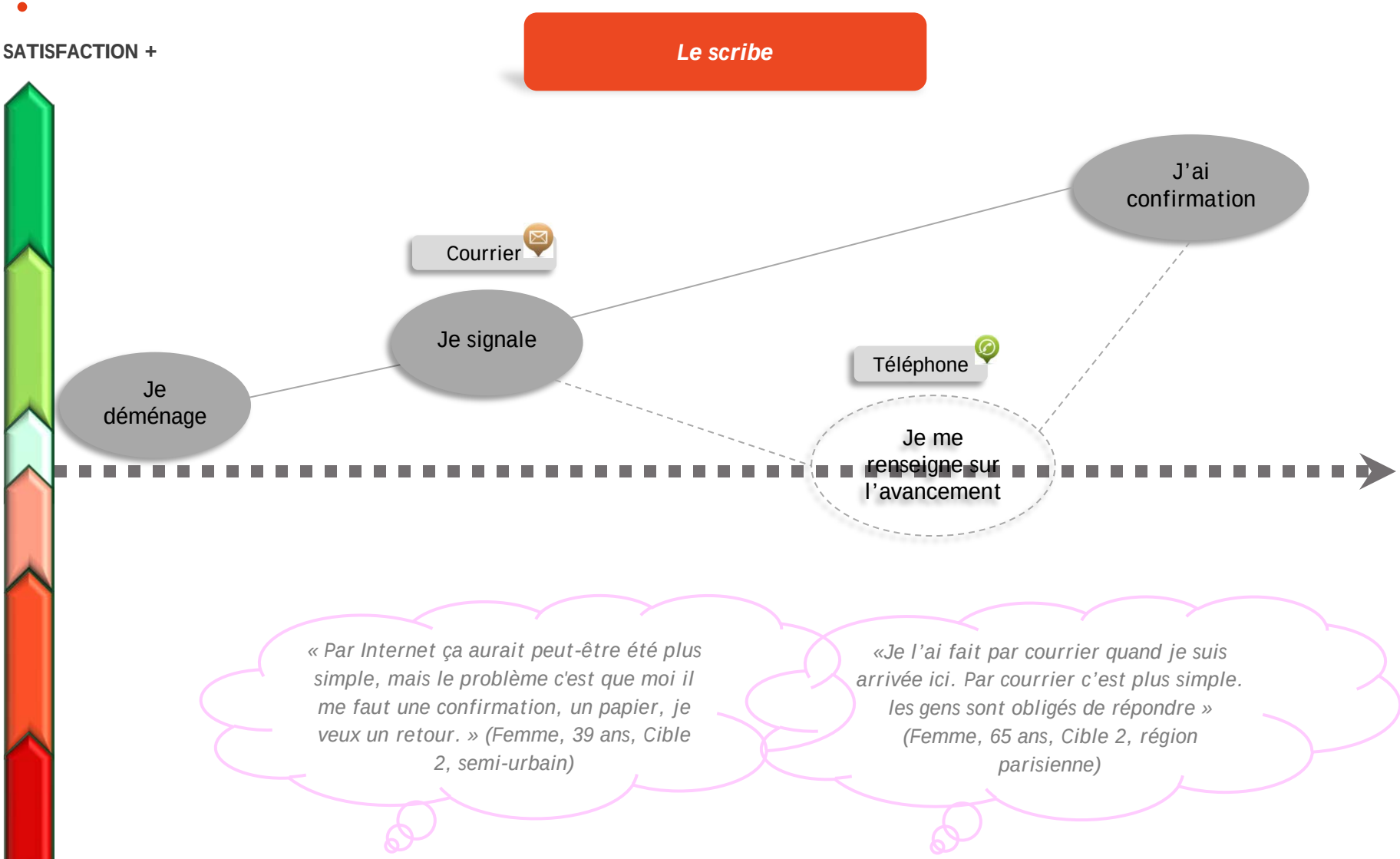
Modalités de contact préférées :
- Elle utilise le courrier pour faire son signalement (courrier manuscrit) et envoyer les justificatifs en même temps :
  - Elle fait confiance à la Poste et l'Assurance maladie pour que son courrier arrive à bon port
  - Ecrire institutionnalise le rapport avec l'administration : un courrier engage une réponse par courrier également, réponse plus sûre que par téléphone ou guichet car écrite
  - Le courrier lui permet de garder des traces (de qui elle a contacté – elle fait des photocopies de ses envois – de qui lui a répondu et d'archiver)
- Elle n'est pas hostile à internet mais elle ne se fait pas confiance (peur de ne pas bien faire) ou ne sait pas que c'est possible de faire sa démarche via Ameli

Profil de réitération :
- Elle réitère peu car elle a confiance (en la Poste, l'Assurance maladie) ou seulement après un temps très long sans nouvelle

Ce qui peut la faire basculer vers le dématérialisé / la rassurer / la faire rester / retourner sur internet ?
- L'informer sur l'existence des services dématérialisés de l'Assurance maladie
- Mettre en avant la messagerie car son alternative au courrier est le mail qui apporte la même traçabilité mais sans coût

Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Logiques usagers et cartographies (10/12)



BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Logiques usagers et cartographies (11/12)

Le détaché

Son profil
- Femme ou homme
- Tout âge
- Actif comme inactif

Son déclic de signalement
- Il n'anticipe pas mais le fait quand elle estime que c'est le bon moment par rapport à ses autres priorité

Description :
- Il s'agit d'une femme ou d'un homme de tout âge et toutes situations familiales
- L'administration est une chose importante mais qu'il regarde avec détachement : pas de stress particulier
- Il a peu de contact avec l'Assurance maladie, et elle a un compte Ameli qu'il consulte quand elle a un besoin (imprimer une attestation par exemple)
- C'est une personne qui aime prendre son temps mais qui veut que les choses soient bien faites
- Il aime faire les choses quand elle estime que c'est le bon moment (chaque chose en son temps)
- Ainsi, il a fait son signalement à l'Assurance maladie selon la place qu'il occupait sur sa check-list

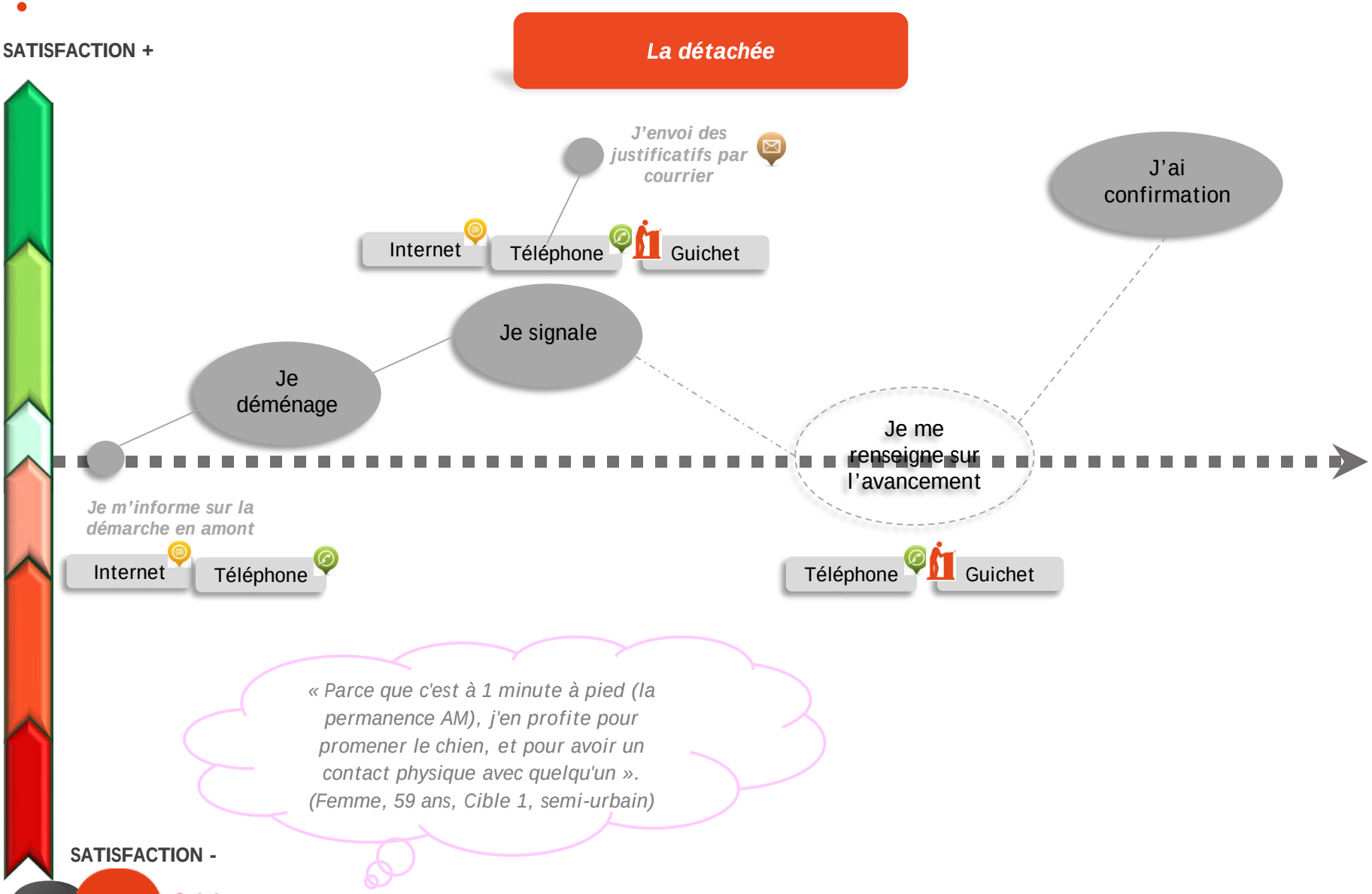
Modalités de contact préférées :
- Il utilise tous les modes de contact : il choisit son canal en fonction des opportunités qui s'offrent à elle
  - S'il a l'envie, le temps, les conditions (centre proche) pour aller au guichet, il y va (pour sortir de chez lui, bavarder, voir comment la caisse se présente…)
  - S'il n'a pas le temps ou l'envie, elle va utiliser le téléphone ou internet
  - S'il est orienté par un proche ou par une personne convaincante vers tel ou tel mode

Profil de réitération :
- Il réitère peu car elle connaît le temps administratif, ou juste pour suivre où cela en est car il aime l'efficacité, mais sans angoisse particulière

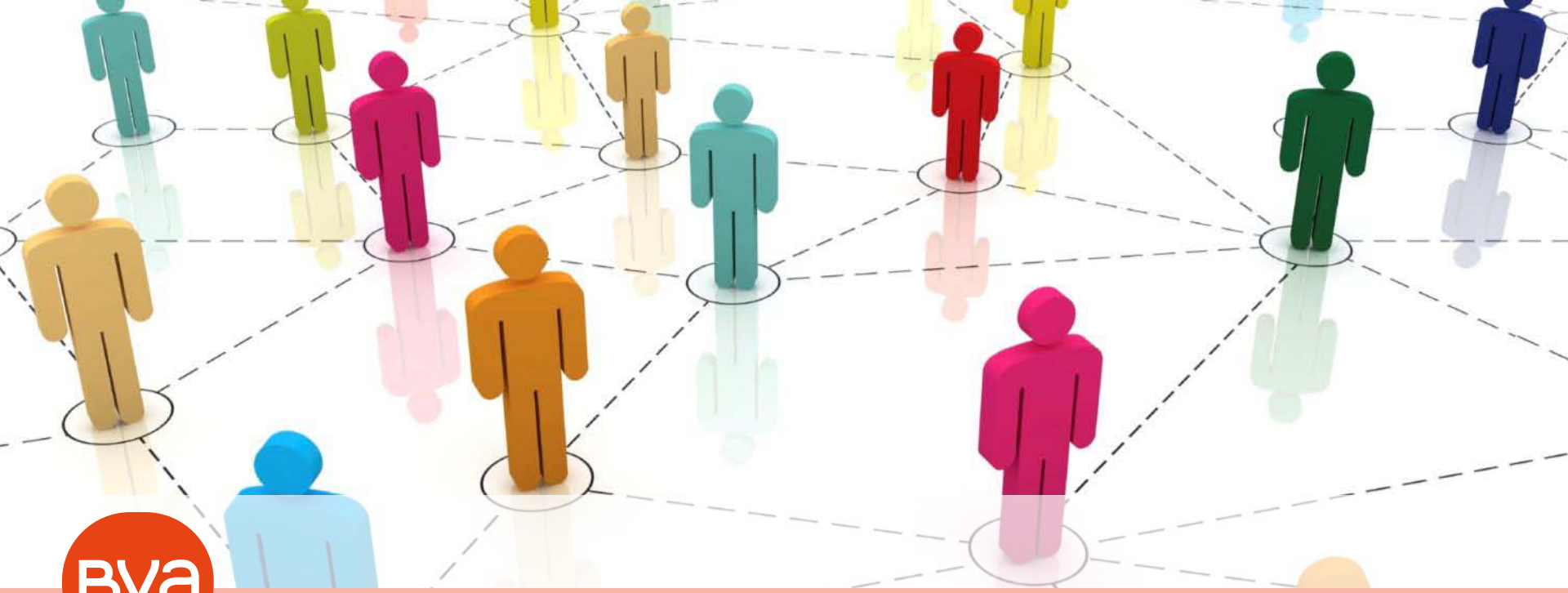
Ce qui peut le faire basculer vers le dématérialisé / le rassurer / le faire rester / retourner sur internet ?
- Il y est déjà, mais c'est un moyen comme un autre qui n'est pas particulièrement valorisé
- Présenter des avantages exclusivement avec internet (accusé réception, suivi du traitement)

Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Logiques usagers et cartographies (12/12)



BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

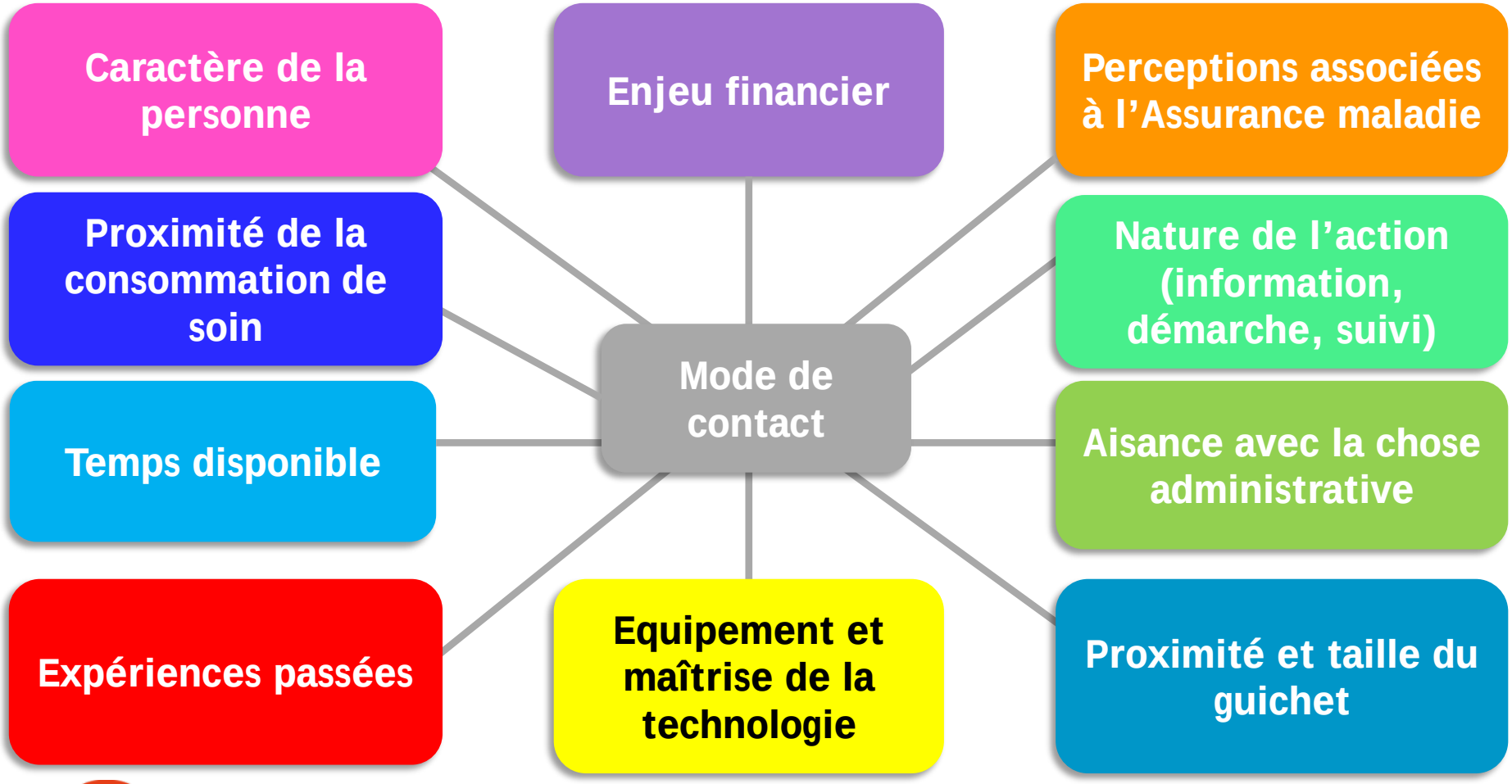


IV. Une appréciation et un usage différents des modes de contact

Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique
www.modernisation.gouv.fr

Les vecteurs d'influence dans le choix d'un mode de contact avec l'Assurance maladie (1/2)

Des facteurs d'influence sur le choix d'un mode de contact multiples, globalement identiques à ceux pour tous les acteurs (cf. p24) :



BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Les vecteurs d'influence dans le choix d'un mode de contact avec l'Assurance maladie (2/2)

« Avant je pouvais pas, je travaillais. Là, j'ai plus le temps donc je préfère me déplacer, je me dis que c'est plus concret. Je préfère donner les documents en main propre. » (Homme, 32 ans, Cible 1, région parisienne)

« La permanence la plus proche est à 15 minutes de route et n'est ouverte qu'une demi-journée par semaine seulement, il faut être disponible à ce moment-là et il y a toujours beaucoup de monde. Et le guichet le plus important est à 50 minutes de route à Tournon. Donc on essaie d'en faire le plus possible avec le téléphone et Internet. » (Femme, 25 ans, Cible 2, rural)

BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Des modes de contact choisis également en fonction de l'objectif poursuivi

Quatre objectifs principaux émergent :

1/

- Une prise d'information en amont n'est pas spontanément considérée par les usagers comme un contact à proprement parler mais davantage comme un échauffement
- Se fait principalement par téléphone ou internet

S'informer
Comprendre
Anticiper

Demande d'informations

Démarche

- Aller au delà de la simple information (réalisation de la démarche…)
- Principalement via des modes de contacts interrelationnels directs mais aussi internet

Recherche d'une communication fluide, sans ambiguïté

2/

4/

Quête de réassurance

Vérification que la démarche est enregistrée

- L'assuré vérifie que sa démarche a bien été effectuée surtout lorsque l'administration est restée silencieuse depuis

Envoi/dépôt de documents

Recherche d'une transaction sécurisée

- Via le canal jugé le plus sécurisant

3/

BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

L'utilisation des modes de contact selon ces objectifs

Toutes cibles confondues, le recours à certains modes de contact ressort comme récurrent à certaines occasions

	Prise d'information	Démarche	Envoi de justificatifs	Vérification	J'ai un problème
Guichet	+/-	+	++	-	++
Téléphone	++	+	-	++	+
ameli.fr (L'ASSURANCE MALADIE EN LIGNE)	+	+/-	-	+/-	-
mon.Service-Public.fr (Le compte personnel des démarches en ligne)	-	+/-	-	-	-
Courrier postal	-	-	++	-	-

BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Le courrier : un mode de contact formel (1/2)

Circonstances d'utilisation principales

➔ Envoyer des pièces justificatives

Le courrier reste certes très présent dans l'imaginaire de l'administration (association forte administration = courrier ; profil scribe ++), mais est un mode de contact peu usité au quotidien par les personnes rencontrées.

- ➔ **Il est principalement utilisé pour envoyer des pièces justificatives** (a fortiori sur demande d'un agent / il n'est utilisé que par les scribes pour faire le signalement lui-même). En effet, faute de savoir si et comment il est possible d'envoyer des pièces jointes via le compte Ameli, et d'être sûr qu'un justificatif dématérialisé a autant un caractère officiel qu'une version papier, les modes dématérialisés sont peu utilisés ;
- ➔ Il peut être utilisé pour le signalement en lui-même dans la mesure où dans l'imaginaire toute demande écrite faite à l'administration appelle à une réponse écrite, ce qui permet de **garder une trace et de faire office d'accusé réception**
- ➔ Cependant, le courrier présente un frein important expliquant qu'il soit peu utilisé : **il n'apparaît pas comme un mode de contact fiable** :
  - En effet, une peur principale émerge : que le courrier soit perdu et ce, à deux niveaux possibles :
    - Au niveau de la Poste
    - Au niveau de l'Assurance maladie au moment de dispatcher le courrier entre les services

  Et dans ce cas de figure, il est difficile de prouver qu'on a bien envoyé les documents (à moins d'avoir envoyé les éléments en recommandé avec accusé réception).

  De plus, c'est un mode de contact qui apparaît relativement **lent** (comparativement aux autres canaux).

« J'ai l'image de tas de courriers qui s'entassent sur un bureau et on n'a pas la certitude que son courrier est arrivé ! » (Homme, 28 ans, Cible 2, semi-urbain)

« C'est un mode de fonctionnement qui est plus long, mais après administrativement c'est comme ça : ça passe par le courrier. » (Homme, 33 ans, Cible 1, région parisienne)

BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Le courrier : un mode de contact formel (2/2)

Freins

- Formalisme
- Manque de fiabilité : perte par la Poste ou dans les services de la CPAM
- Prix du timbre
- Lenteur
- Manque d'interactivité
- Coût important d'un envoi en recommandé

Leviers

- Disponibilité (quand les assurés le peuvent/veulent)
- Possibilité de joindre plusieurs types de pièces-jointes
- Possibilité de garder une trace grâce à la réponse au courrier

Facteurs de réitération

« Est-ce que mon courrier est bien arrivé ? Je suis obligé d'appeler derrière pour savoir s'ils l'ont bien reçu. » (Homme, 32 ans, Cible 1, région parisienne)

BVA Opinion

SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Le guichet, une appétence non spontanée mais une efficacité qui peut engendrer de la fidélisation (1/4)

Circonstances d'utilisation principales

- ➔ Pour remettre des documents
- ➔ Quand sa situation est complexe et/ou qu'elle est urgente

Le guichet est un mode de contact vers lequel, mis à part les profils anxieux, peu se dirigent spontanément. Cependant, force est de constater qu'il présente plusieurs avantages. Un mode qui :

➔ **Favorise la communication :**

- Il permet de mieux contextualiser sa demande, d'être sûr de comprendre les explications fournies par l'agent en posant des questions ou en répondant aux questions que l'agent pose ;

➔ **Favorise le dialogue et la prise en compte de l'altérité**

- Il permet de rompre avec l'anonymat en mettant un visage sur l'agent et en montrant à celui-ci qu'il y a un homme derrière un numéro de dossier ;
- Voire dans certain cas il est l'occasion de nouer des liens, d'installer une relation avec un agent (désir qui ressort chez les personnes ayant des contacts fréquents avec l'Assurance maladie car en ALD par exemple) ;
- Il semble également qu'il permette dans certains cas de tempérer le sentiment d'agacement de l'usager en prenant conscience que derrière l'administration se cachent des agents qui :
  - N'ont pas toujours les marges de manœuvres nécessaires pour agir malgré leur bonne volonté,
  - Ni la science infuse, comme tout un chacun, pour répondre à toutes les questions
  - Et qui ne sont pas responsables du problème rencontré voire s'avèrent empathique devant le parcours de l'assuré.

➔ **Est jugé particulièrement adapté à la résolution de problèmes**

- En effet, en favorisant le dialogue il permet de mieux comprendre ce qui ne va pas ;
- Il permet d'expliquer une problématique compliquée à développer par téléphone et a fortiori par mail ;

SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Le guichet, une appétence non spontanée mais une efficacité qui peut engendrer de la fidélisation (2/4)

- Surtout, il apporte une réponse voire une solution immédiate, et même quand ce n'est pas le cas, il rassure car :
  - Il individualise et personnalise le suivi du dossier : dès lors les justifications apportées au problème paraissent plus convaincantes que via n'importe quel canal ;
  - Il donne le sentiment d'un interlocuteur actif.

➔ **Est jugé sûr pour la remise de documents (qu'il s'agisse de la remise en guichet ou dans les boîtes aux lettres intérieures ou extérieures)**

⇨ ***Autant d'éléments qui peuvent engendrer une fidélité au guichet (anxieux, procrastinateur ++)***

Au final, c'est un mode de canal dont l'utilisation est favorisée par :

➔ Le fait d'avoir du temps
➔ Le fait d'avoir un centre à proximité ou facilement accessible (ruraux ++ car en voiture)
➔ La taille du centre : moins de temps d'attente dans les petites CPAM (ruraux ++)

A l'inverse, l'usage est découragé :

➔ Quand cela demande une forte mobilisation en temps (sur place (temps d'attente) mais aussi en amont pour s'y rendre (transports en commun)) alors que l'usager est actif et dispose de peu de temps ;
➔ Parce que la qualité d'accueil semble hétérogène : entre le temps d'attente souvent long, le manque d'intimité / confidentialité, et l'humeur aléatoire des agents ;
➔ Parce qu'il n'a pas totalement confiance dans la qualité des réponses données au regard de leur caractère parfois expéditif (manque de disponibilité de l'agent) ;
➔ Parce qu'il a une mauvaise image de la CPAM dont il dépend et du public qu'elle accueille : personnes en grande difficultés voire « cas sociaux » dont il estime ne pas faire partie (Créteil ++)
➔ Quand il a envie de pouvoir garder une trace de sa demande pour sa réassurance

A côté de ça, il existe un public (jeunes ++) pour lequel le guichet n'est pas utilisé tout simplement parce qu'il n'est même pas envisagé / ne fait pas partie du champs des possibles.

Le guichet, une appétence non spontanée mais une efficacité qui peut engendrer de la fidélisation (3/4)

« Le guichetier est comme un prof qui nous explique avec nos mots à nous, alors que sur Internet il faut chercher et chercher à comprendre. Au guichet on comprend, on a l'esprit tranquille. » (Femme, 43 ans, Cible 2, semi-urbain)

« Et donc je suis bien plus convaincue de leur réponse au guichet, que quelqu'un par téléphone ou mail, c'est encore pire, qui fait des réponses toutes faites. J'ai l'impression qu'on répond pas à ma question. C'est dans tel registre et puis voilà quoi. » (Femme, 38 ans, Cible 1, région parisienne)

« Je ne les ai jamais appelés, je préfère y aller, parce que le téléphone j'ai toujours l'impression que c'est expéditif, alors qu'en face-à-face on peut bien expliquer, poser les bonnes questions et surtout avoir les réponses. » (Homme, 28 ans, Cible 1, semi-urbain)

« Les CPAM sont très différentes selon les villes. Ici à Ussel elle est à 5 minutes à pied, il n'y a aucune attente et je sais que ça se passera bien. Alors que dans une grande ville ils sont loin, débordés, ils ne prendront pas le temps de répondre à mes questions et de faire les démarches tout de suite : je n'irai jamais ! » (Femme, 35 ans, Cible 1, rural)

« C'est trop de perte de temps le guichet. Je sens que ça va me demander une vraie matinée, ou une vraie après-midi, ce n'est pas concevable. Après s'il y a un vrai problème, si je suis bloqué, j'aurai pu concevoir d'y aller. Mais naturellement je ne vois aucune raison de me déplacer. » (Homme, 25 ans, cible 2, région parisienne)

BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Le guichet, une appétence non spontanée mais une efficacité qui peut engendrer de la fidélisation (4/4)

Freins	Leviers
➔ Chronophage (temps d'attente, accessibilité transports en commun) ➔ Peu d'amplitude horaires d'ouverture des caisses ➔ Qualité de l'accueil aléatoire ➔ Mise en doute de la qualité des informations fournies ➔ Mauvaise image de la caisse ➔ Manque de trace	➔ Interactivité et dialogue ➔ Meilleure compréhension réciproque ➔ Meilleure orientation vers les solutions adéquates ➔ Personnalisation ➔ Immédiateté des réponses ➔ Efficacité ➔ Sûreté de la remise de documents

Facteurs de réitération

« Pour moi, le plus simple, c'est de le faire sur place. Et il n'y a pas de perte possible par la Poste. Quand on le donne de la main à la main, il y a beaucoup moins de pertes, parce qu'il y a moins d'intermédiaires. » (Femme, 23 ans, Cible 1, semi-urbain)

BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Le téléphone, une alternative pratique au guichet (1/3)

Circonstances d'utilisation principales

- ➔ Prise de renseignements en amont du signalement
- ➔ Effectuer le signalement
- ➔ Assurer un suivi de la démarche et /ou réactiver le processus

Le téléphone est le mode de contact qui recueille le plus de suffrages spontanément. Il présente plusieurs avantages. Un mode qui :

➔ **Est l'outil idéal de recherche d'informations en amont et de vérification en aval**

- Il est utilisé pour prendre de l'information sur la réalisation de la démarche, ou compléter une information récoltée sur internet
- Pour vérifier la véracité d'une information qui leur a été prodiguée en amont (via le guichet ou un appel antérieur) ou par une source non officielle (entourage)
- Et pour préparer les éléments à fournir pour optimiser son signalement lors d'un contact ultérieur

  ⇨ ***Un outil d'aiguillage***
  ⇨ ***Un outil de sécurisation***

➔ **Favorise la communication :**

- Comme le guichet, il permet de pouvoir expliquer, approfondir, etc. sa demande

➔ **Permet de l'interactivité et offre de l'immédiateté**

- Il permet d'obtenir une réponse immédiate, particulièrement quand l'assuré est en situation d'urgence
- Et quand ce n'est pas le cas, il permet de tempérer l'insatisfaction quand l'interlocuteur apparaît de bonne volonté

« Le téléphone c'est pour avoir une confirmation de ce que j'ai vu, est-ce que c'est comme ça, que ça n'a pas changé, car des fois internet… » (Homme, 32 ans, Cible 1, région parisienne)

« Et du coup, en ayant un interlocuteur tout de suite par téléphone, on peut plus facilement interagir et il y a des choses complexes qu'on peut pas expliquer par écrit. » (Femme, 38 ans, Cible 1, région parisienne)

BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Le téléphone, une alternative pratique au guichet (2/3)

- **Offre de la réassurance grâce au mode interpersonnel :**
  - Une humanisation minimale (même si on ne peut pas mettre de visage sur la personne)

    ⇨ ***Le téléphone, une alternative au guichet car il permet de la réassurance grâce à la relation interpersonnelle tout en combinant la praticité et le gain de temps***

Un mode de contact particulièrement utile quand on n'a pas envie / de possibilité de se déplacer et qu'on n'envisage pas internet

Néanmoins, un usage découragé par :

- La difficulté à joindre l'Assurance maladie à travers le numéro générique 3646 (appels infructueux)
- Les temps d'attente longs et coûteux (n surtaxé)
- Le fait que les assurés rencontrés n'ont pas forcément confiance dans la qualité de la réponse fournie par l'agent (sentiment parfois d'une réponse expéditive pour passer à une autre tâche)
- Le fait de devoir réexpliquer son cas à chaque appel en raison de l'absence d'un interlocuteur dédié
- Le fait de ne pas avoir de trace de l'échange

« J'ai dû les appeler deux fois je pense. Le problème c'est qu'ils m'ont un peu envoyée bouler, et à deux reprises quand on appelle et que c'est de 7 à 9 minutes d'attente, alors qu'on est en pleine journée ce n'est pas possible. » (Femme, 34 ans, Cible 1, semi-urbain)

« Les numéros sont surtaxés, c'est trop cher le temps de parole, c'est trop cher pour un renseignement qu'on n'a pas toujours au final. » (Femme, 42 ans, Cible 1, région parisienne)

BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Le téléphone, une alternative pratique au guichet (3/3)

Freins	Leviers
➔ Numéro générique ➔ Numéro surtaxé ➔ Difficulté à joindre un interlocuteur ➔ Absence de trace de l'échange ➔ Manque de confiance dans l'information prodiguée ➔ Absence d'interlocuteur dédié	➔ Gain de temps ➔ Interactivité et dialogue ➔ Immédiateté des réponses

Facteurs de réitération

« C'est beaucoup plus rapide d'appeler, je peux faire quelque chose en même temps et je peux poser toutes les questions que je veux s'il m'en vient.» (Femme, 42 ans, Cible 1, semi-urbain)

BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Internet, un plébiscite spontané, mais un usage moyennement répandu (1/6)

Circonstances d'utilisation principales

- Prise de renseignements en amont du signalement
- Effectuer le signalement
- Assurer un suivi de la démarche

Internet est spontanément perçu comme un mode de contact présentant plusieurs avantages :

- **Il est accessible de manière illimitée et sans contrainte** (s'adaptant au rythme des gens et non l'inverse comme pour les autres canaux)
- **Il permet de garder des traces des échanges via mail**
- **Il est adapté aux usages d'aujourd'hui et au sentiment général d'accélération du temps**

Cependant, ce n'est pas un mode de canal qui fait d'emblée sens avec l'administration en général et l'Assurance maladie en particulier

- Tout d'abord, parce que l'offre dématérialisée de l'Assurance maladie est peu connue (et pas forcément relayée par les agents)
- Egalement, parce que l'on met en doute le caractère officiel des informations mais également des documents qui peuvent être obtenus par internet
- Enfin, et surtout car l'on doute de la capacité de l'Assurance maladie « à suivre » réellement l'évolution que constitue internet
  - En effet, pour les interviewés internet est synonyme de rapidité et d'instantanéité (et c'est une exigence forte pour eux), alors que l'administration est associée à la lenteur ;
  - De plus, si la technologie est bien présente, ils ne sont pas sûrs que le backoffice qui la gère derrière soit compétent et/ou suffisant (une façade technologique, mais une mécanique hors d'âge derrière l'écran)

BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Internet, un plébiscite spontané, mais un usage moyennement répandu (2/6)

« Non, je n'étais pas au courant (…) J'aurais voulu trouver un onglet ' changement d'adresse, c'est ici', quelque chose comme ça… » (Homme, 33 ans, Cible 1, région parisienne)

« C'est que quand j'ai des demandes moins officielles, je vais sur internet. » (Femme, 42 ans, Cible 1, région parisienne)

«« Je sais pas, l'administration…Si ça fonctionne vraiment…, je pense que ça fonctionne comme ça, mais je fais un blocage. » (Homme, 32 ans, Cible 1, région parisienne)

« On n'a aucune trace de notre demande, aucun accusé de réception alors que sur Internet il y en a toujours un. » (Femme, 26 ans, Cible 1, semi-urbain)

« J'ai cherché des informations sur internet, sur comment je pouvais faire sur ce déménagement et il y a un onglet pour les démarches, ça je l'ai vu. Mais pour une chose aussi importante, moi je suis un peu bloquée de faire cela sur internet pour le moment donc j'ai appelé. » (Femme, 42 ans, Cible 1, région parisienne)

« Je ne savais pas qu'on pouvait tout faire par Internet, mais déjà je le ferai peut-être pour avoir des décomptes numériques. Et je n'y ai pas pensé pour le déménagement, et je crois que personne vraiment ne me l'a dit au moment du déménagement, dans un courrier ou quand je les ai eus au téléphone. » (Femme, 34 ans, Cible 1, semi-urbain)

BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Internet, un plébiscite spontané, mais un usage moyennement répandu (3/6)

- En l'état, ils n'ont pas d'éléments réassurant en la matière, pire ils ont des contre-exemples montrant les faiblesses de l'Assurance maladie :
  - Ainsi en est-il de la récupération du mot de passe du compte Ameli qui demande une semaine d'attente et une réception par courrier alors même qu'on attend logiquement (et par habitude) une récupération automatique par email

Quoiqu'il en soit, aujourd'hui il existe deux types d'utilisation d'internet dans le cadre de la démarche déménagement :

- Rechercher de l'information (utilisation répandue)
- Effectuer son signalement (utilisation un peu moins répandue)

Et quand le signalement est fait par internet, plusieurs modalités sont possibles :

« J'ai tapé : 'que faire en cas de déménagement ?' Et j'ai trouvé le fameux site (mon.service-public.fr) qui va le déclarer à EDF /GDF etc. et qui s'occupe de tout. » (Femme, 28 ans, Cible 1, région parisienne)

mon.Service-Public.fr — Le compte personnel des démarches en ligne

- Une utilisation plutôt rare
- Un site découvert par hasard
- Mais pratique pour réaliser simultanément son changement d'adresse à différentes administrations

ameli.fr — L'ASSURANCE MALADIE EN LIGNE

- Une utilisation plus courante
- Signalement soit :
  - Via le formulaire « modifier mon adresse postale »
  - Via la messagerie très appréciée car elle permet de garder une trace

BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Internet, un plébiscite spontané, mais un usage moyennement répandu (4/6)

Focus sur ameli.fr L'ASSURANCE MALADIE EN LIGNE

Un site qui constitue pour tous une innovation, emblème de la modernisation de l'Assurance maladie :

- ➔ Un site clair et globalement bien construit
- ➔ Un site qui combine informations diverses, formulaires, mais également services (suivi des remboursements…) ;
- ➔ **Une fonctionnalité est très appréciée : la messagerie**
  - Elle permet de garder des traces des échanges grâce au système d'archivage
  - Elle offre, aux yeux des personnes interrogées, une plus grande qualité et personnalisation des réponses que par téléphone ou guichet, car elle permet à l'agent de prendre le temps de traiter la demande reçue par mail à un moment où il est moins dans l'urgence et donc plus à même de se mobiliser pour fournir la bonne réponse.
  - Cette fonctionnalité a néanmoins deux limites :
    - Une durée d'archivage jugée courte (6mois)
    - L'impossibilité d'établir de vrais fils de discussion (pour répondre à un précédent mail, il faut en créer un nouveau)

« Mais donc à chaque fois on peut pas faire 'répondre à l'ancien message' pour continuer une discussion si vous voulez quand la réponse n'a pas été assez précise ou satisfaisante. » (Femme, 38 ans, Cible 1, région parisienne)

« J'ai même téléchargé l'application AMELI sur mon IPad. » (Femme, 26 ans, Cible 1, semi-urbain)

L'application Ameli

Une application Ameli pour smartphone ou tabelle qui commence à être utilisée, jugée utile car permettant des contacts permanents en mobilité

BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Internet, un plébiscite spontané, mais un usage moyennement répandu (5/6)

Aujourd'hui, force est de constater que les interviewés utilisant internet pour leur signalement, sont très contents quand cela fonctionne. En revanche, cela s'avère vraiment déceptif quand ça ne fonctionne pas, et de manière durable ce qui nuit à la crédibilité de l'Assurance maladie (en apparence moderne, mais dans les faits défaillante).

Au final, c'est un mode de contact dont l'usage est favorisé par :

- L'habitude d'usage
- Le fait de posséder l'équipement
- L'envie de ne pas se déplacer, et de ne pas avoir à payer (une communication téléphonique, un timbre) pour entrer en contact avec un service public
- La volonté de garder des traces de ses échanges avec l'Assurance maladie

A l'inverse, l'usage d'internet est découragé par :

- La perte de son mot de passe et la lenteur pour en récupérer un autre (abandon en amont)
- L'impossibilité de mettre des pièces-jointes
- La peur de mal s'y prendre (personnes âgées ++)
- L'absence de connexion dans les premiers temps de son installation
- L'absence d'accusé réception sur l'envoi effectif de la demande
- Le manque de visibilité sur le traitement

Deux choses qui amènent l'assuré à douter de lui-même (ai-je bien fait les choses ?)

« On n'a absolument pas besoin de se déplacer pour faire un changement d'adresse avec internet ! » (Femme, 26 ans, Cible 1, semi-urbain)

« Le suivi, des fois c'est très long. Ce serait bien qu'on arrive à savoir … Qu'il ne faille pas appeler mais le faire sur Ameli, qu'on n'ait pas besoin d'appeler. J'ai l'impression que quand on appelle ils ont plus d'info que ça n'apparaît sur le site donc du coup ça nous fait appeler et tout le monde perd du temps. » (Homme, 38 ans, Cible 1, région parisienne)

BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Internet, un plébiscite spontané, mais un usage moyennement répandu (6/6)

Freins	Leviers
➔ Méconnaissance des fonctionnalités proposées ➔ Perte du mot de passe ➔ Absence d'interactivité ➔ Absence d'accusé réception ➔ Absence de possibilité de suivi	➔ Gain de temps ➔ Disponibilité permanente ➔ Possibilité de garder des traces des échanges ➔ Réponses par mail plus exhaustives et personnalisées ➔ Site Ameli clair

Facteurs de réitération

« Pour ce genre de démarche, Internet est très intéressant car c'est vite fait, effectif très rapidement, mais on doit pouvoir voir où on en est. » (Femme, 35 ans, Cible 1, rural)

BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Comment attirer vers internet ? (1/4)

Face à ces constats, pour amener les assurés à utiliser d'avantage internet pour ce motif de déménagement avec l'Assurance maladie, plusieurs éléments s'imposent :

En transversal

Faire connaitre les fonctionnalités d'Ameli

Rassurer / garantir la sécurité des données personnelles en utilisant internet

Développer les fonctionnalités d'internet et les valoriser par un discours du type « seul internet vous permet d'avoir ça » : accusé réception à l'envoi de la demande, possibilité d'effectuer un suivi en ligne du traitement de sa demande

Développer un argumentaire autour des avantages de la messagerie : possibilité de garder des traces, réponses précises et personnalisées…

Donner une garantie qu'un interlocuteur est toujours joignable par un autre moyen en cas de problème

« La 1ère fois, je suis allée au guichet justement pour savoir comment faire, si j'avais su avant d'y aller que c'était possible par Internet, j'aurais signalé par Internet. » (Femme, 35 ans, Cible 1, rural)

BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Comment attirer vers internet ? (2/4)

Faire de la messagerie du compte Ameli une clé de voûte

➔ **Mettre en avant le contact personnalisé**

- La communication par messagerie se fait déjà par certains et leur apporte une réelle satisfaction
- Un mode d'échange qui se vit comme **un mode de contact de qualité** : **gratuit**, **rapide** (depuis la maison), promettant un **bon niveau de réponse** (temps pour l'interlocuteur de faire des recherches) et offrant **la garantie de la réponse écrite** (à titre de preuve, de traçabilité)

➔ **Elargir le service de messagerie actuel**

- A minima, **élargir la capacité et la durée d'archivage des échanges dans la messagerie**
- Dans l'idéal, **proposer un vrai système de mail** :
  - Pouvoir créer de vrais fils de discussion
  - Proposer une vraie boite de réception personnalisée

« C'est pas mal … Après peut-être avoir une profondeur d'historique plus importante. Je crois que c'est 6 mois ou 1 an (…) Parce que là on voulait voir les infos de son premier congé maternité parce qu'on voulait voir combien elle avait été remboursée parce que là elle a accouché dans une autre clinique. Et là on n'a pas retrouvé. C'était il y a deux ans et c'était parti. » (Homme, 38 ans, Cible 1, région parisienne)

BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Comment attirer vers internet ? (3/4)

Mettre en avant internet comme un outil continu : un canal complet pour tous vos motifs de contact

Faire d'internet et le présenter comme
Une banque d'informations, un téléservice complet et un service « après démarche »

Permet de **répondre à toutes vos questions** (informations générales, FAQ, contact par messagerie…) et de télécharger des documents (formulaires, attestations…)

➔ Libère le téléphone et le face-à-face pour des demandes complexes

Permet de **réaliser sa démarche** (et de fournir des pièces justificatives si besoin) en ligne gratuitement, en quelques clics, de plusieurs manières possibles (formulaire, messagerie) et de façon sécurisée

➔ Gagner du temps

Permet d'archiver ses messages de contact pour se souvenir des démarches faites grâce à la messagerie et idéalement de suivre l'évolution du traitement de sa demande

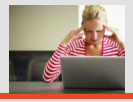
➔ Assure un meilleur suivi et une traçabilité des échanges

« Encore améliorer Ameli pour qu'on puisse voir le suivi des trucs en cours. » (Homme, 38 ans, Cible 1, région parisienne)

BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Comment attirer vers internet ? (4/4)

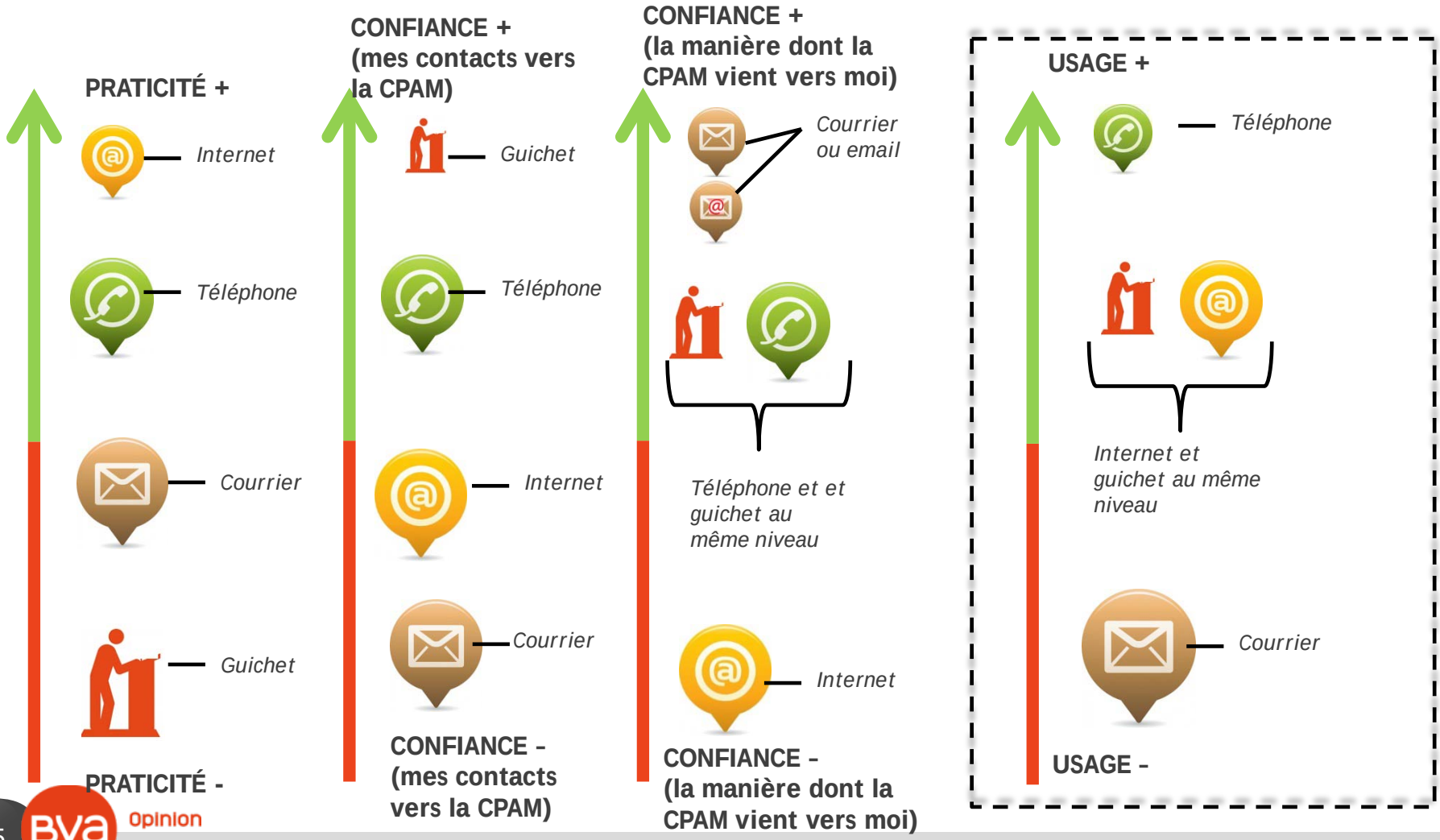
Moduler les arguments selon les cibles

Le procrastinateur	• Valoriser l'accès 24h sur 24h, 7 jours sur 7 du compte Ameli (c'est accessible de partout, tout le temps)
L'anxieux	• Axer sur la sécurité, la fiabilité d'internet • Demain : lui offrir des services en exclusivité internet (accusé réception, suivi du traitement)
L'efficace	• Miser sur la facilité, l'intuitivité, l'opérationnalité d'internet • Demain : lui offrir des services en exclusivité internet (accusé réception, suivi du traitement)
Le technophile contrarié 	• Garantir la fiabilité du service dématérialisé • Miser sur la facilité, l'intuitivité, l'opérationnalité d'internet
Le scribe	• L'informer sur l'existence des services dématérialisés de l'Assurance maladie • Mettre en avant le service de messagerie – et à l'idéal l'étoffer
La détachée	• Valoriser la facilité (c'est accessible de partout, tout le temps) • Demain : lui offrir des services en exclusivité internet (accusé réception, suivi du traitement)

BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

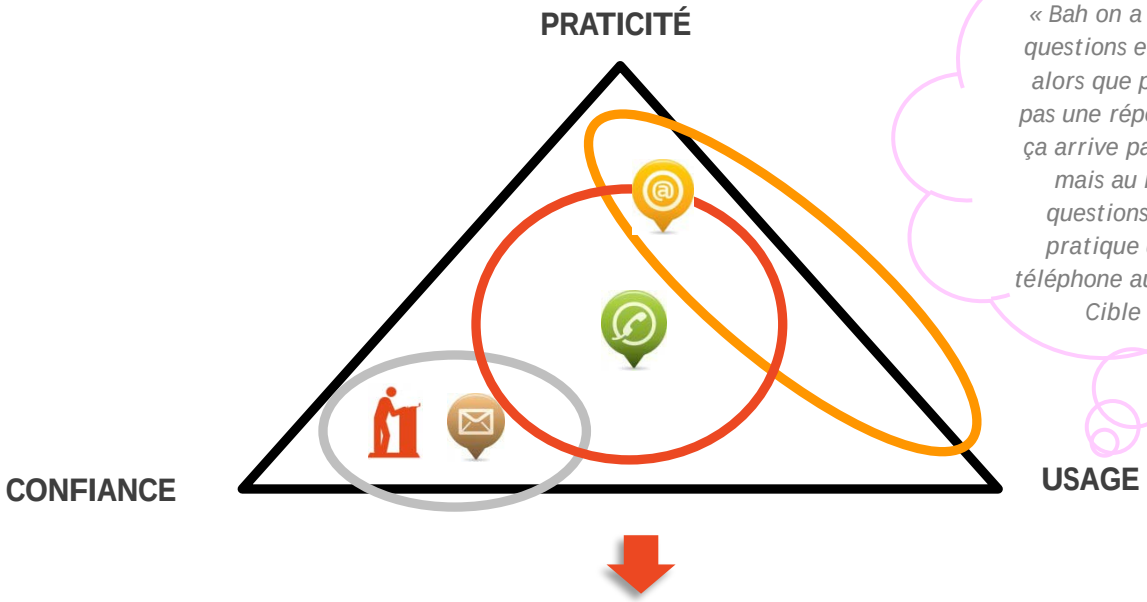
Une appréciation différente des modes de contact selon le critère d'évaluation pris en compte (1/2)

La vision des différents modes de contact n'est pas la même selon l'angle sous lequel on les envisage.
Ainsi, les interviewés n'envisagent pas les modes de contact qu'au travers de la confiance, mais également de la praticité.
Et leurs déclarations doivent également être repositionnées au regard des comportements réels.
➔ *In fine*, cela donne des positionnements différents des modes de contact selon l'angle sous lequel on les envisagent :



Le téléphone : le mode de canal incontournable

Au final, il ressort que le téléphone s'impose comme le canal incontournable, aujourd'hui le plus utilisé par les interviewés et présentant également le meilleur rapport entre praticité et confiance.



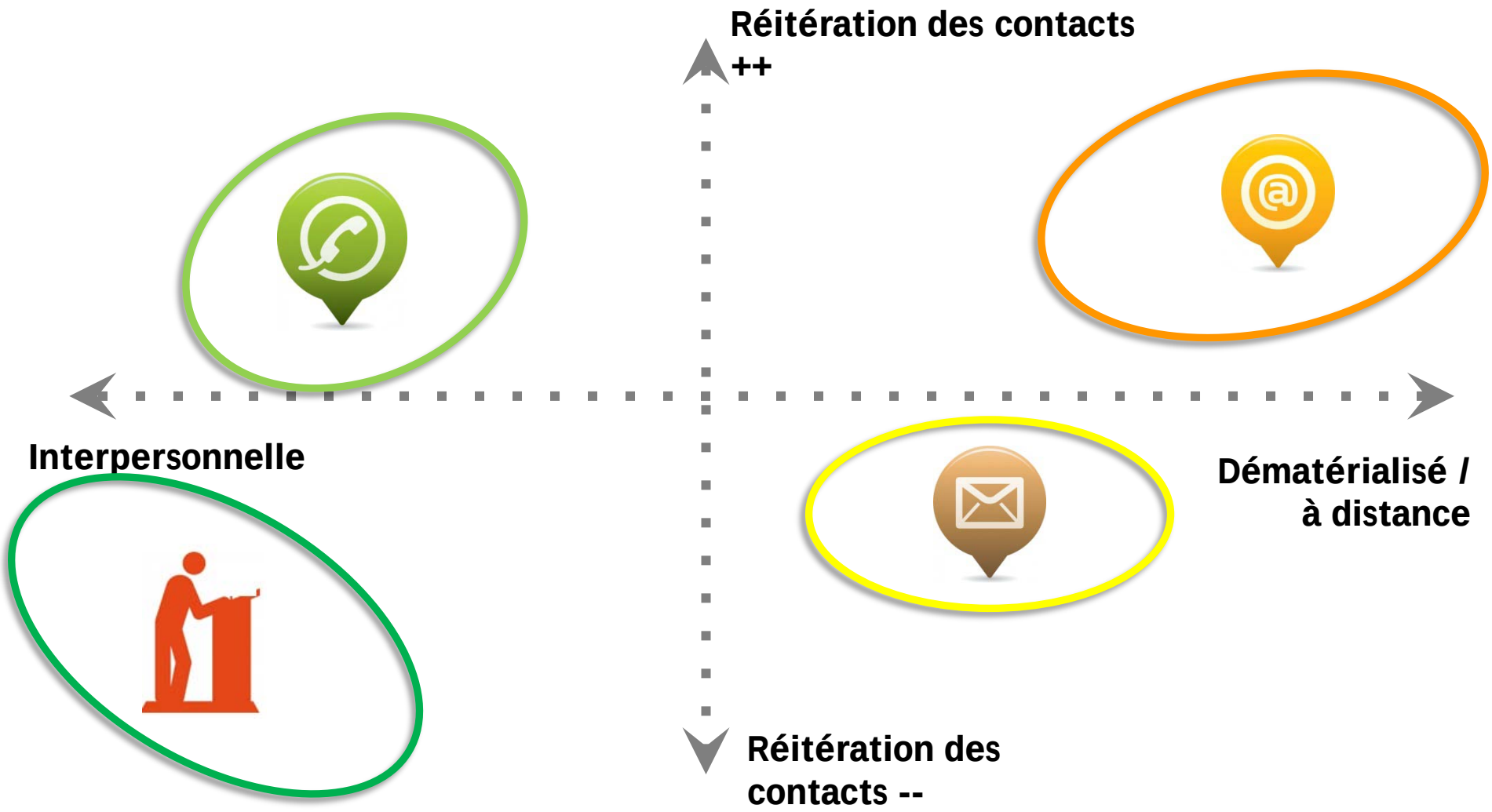
« Bah on a quelqu'un à qui poser des questions et on a une réponse directe alors que par mail on attend, on n'a pas une réponse tout de suite même si ça arrive pas trop longtemps souvent, mais au moins on peut poser ses questions directement. C'est plus pratique d'avoir un aiguillage par téléphone au début. » (Homme, 25 ans, Cible 2, région parisienne)

Le téléphone

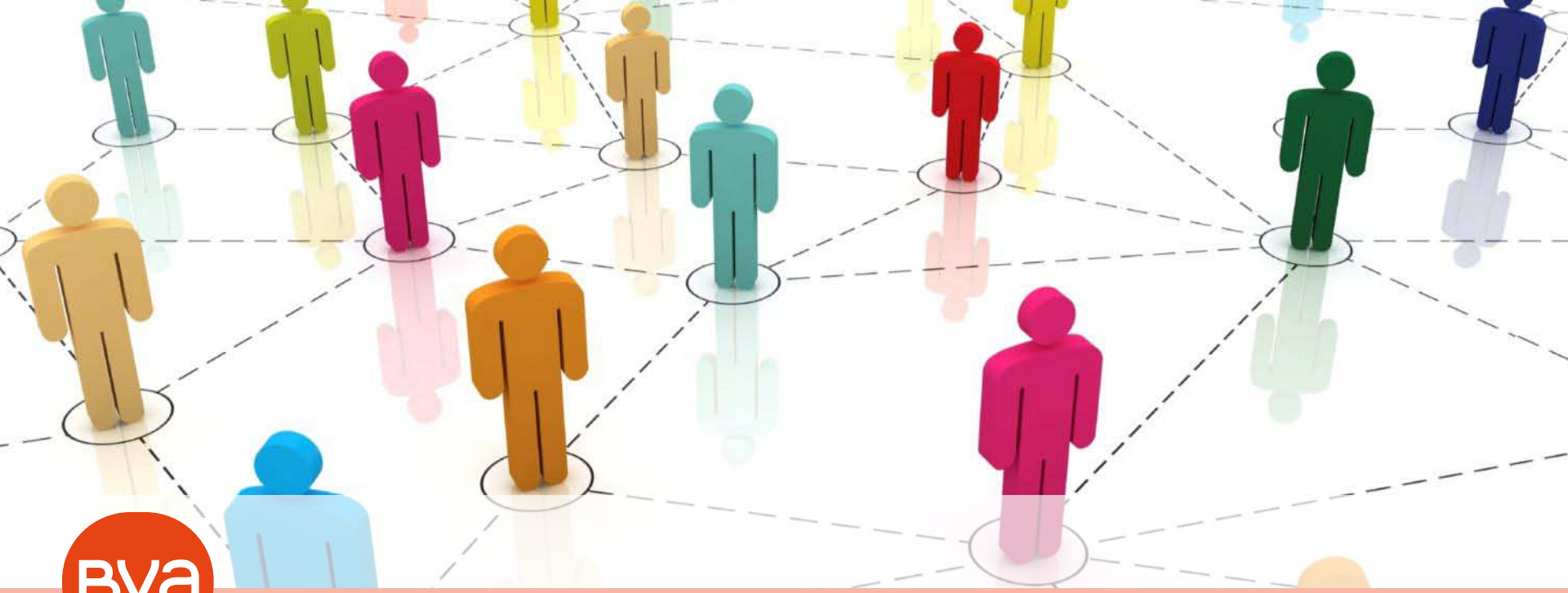
- ➔ Un mode de contact qui constitue souvent un premier reflexe
- ➔ Qui intervient aussi bien en début qu'en fin de parcours
- ➔ Qui présente les avantages du guichet (interaction, immédiateté de la réponse) sans une bonne partie des inconvénients (ne pas se déplacer / mais toutefois un temps d'attente)
- ➔ ***In fine, le téléphone constitue une bonne solution médiane aujourd'hui***

BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Synthèse sur la relation modes de contact / réitération



BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr



Conclusions : les améliorations attendues

SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Les améliorations en transversal (1/2)

Globalement, malgré la réitération et des parcours parfois compliqués, il semble que cela ait relativement peu d'impact sur l'image de l'Assurance maladie : dans la mesure où c'est une administration, tout se passe comme si ces déboires faisaient partie du jeu commun et tant que les remboursements s'effectuent correctement, le contrat (tacite) n'est pas rompu.

Néanmoins, s'agissant de l'utilisation des modes de contact, la confiance est durablement entamée avec l'Assurance maladie quand le contact se passe mal / ne se concrétise pas (ainsi en est-il d'internet en particulier).

- Installer dans les esprits le parcours simplifié en communicant sur son existence tant auprès des assurés (pour éviter le sur-envoi de documents) que des agents (pour éviter qu'ils ne demandent des documents pas toujours utiles)
- Davantage systématiser auprès des agents le discours d'orientation des assurés vers internet pour des motifs mineurs
- Faire des autres acteurs de la santé avec lesquels les assurés sont en contact réguliers (pharmacien, médecin traitant) des relais d'information sur l'existence d'Ameli.fr et de ses fonctionnalités

SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Les améliorations en transversal (2/2)

Réussir à capter les assurer au moment de la prise d'information pour éviter les réitérations et les faire continuer sur le même canal :

- Prise d'information par internet : réussir à leur faire prendre conscience qu'ils peuvent effectuer leur démarche en ligne dans le même mouvement
- Prise d'information par téléphone : réalisation de la démarche en direct ou réorientation de l'agent vers internet

➔ ***Dans tous les cas, ce premier contact avec l'Assurance maladie apparaît primordial pour ancrer dans l'esprit un mode de canal***

Instaurer une relation de confiance avec l'assuré en proposant plus de transparence : a minima, davantage de visibilité sur le traitement de sa démarche

Faire de la pédagogie auprès des assurés / être un point d'alerte sur la nécessité de déclarer le médecin traitant, envoyer un nouveau RIB le cas échéant

BVA Opinion
SGMAP Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique www.modernisation.gouv.fr

Les attentes par modes de contact

	ATTENTES
INTERNET	▪ Mettre en place des accusés réception systématiques ▪ Donner une adresse mail de contact direct de la CPAM dont l'assuré dépend ▪ Rendre l'accès plus rapide au mot de passe en cas de perte ▪ Développer une vraie messagerie type mail ▪ Développer des fonctionnalités interactives (chat)
TÉLÉPHONE	▪ Donner un n° direct de la CPAM dont l'assuré dépend ▪ Réduire les temps d'attente et rendre les agents plus joignables ▪ Attribuer un n° de suivi/ référence pour faciliter le échanges ▪ Avoir un interlocuteur identifié
GUICHET	▪ Elargir les horaires d'ouverture ▪ Diminuer le temps d'attente

Indiquer systématiquement des délais de traitement

BVA Opinion

ANNEXE 7: ÉCOUTE CLIENTS DES ASSURES SOCIAUX DE L'ASSURANCE MALADIE

Sommaire

ANNEXE 7: ÉCOUTE CLIENTS DES ASSURES SOCIAUX DE L'ASSURANCE MALADIE 351

1 L'ENQUETE ANNUELLE DE SATISFACTION DES ASSURES SOCIAUX, AU CŒUR DU DISPOSITIF D'ECOUTE CLIENTS, DEVRAIT ETRE DAVANTAGE EXPLOITEE 356

1.1 Une enquête riche dont l'exploitation reste sommaire, utilisée essentiellement comme vecteur de communication 356

1.1.1 Une enquête révisée et intégrant de nombreux éléments d'informations.....356

1.1.2 Les résultats globaux présentés par la direction de la communication de la Cnamts dans le cadre de son bilan annuel sont peu suivis d'effets 358

1.2 Cependant, l'existence de biais méthodologiques entache fortement la portée actuelle de l'enquête 361

1.3 Une exploitation plus détaillée de l'enquête permettrait de définir plus précisément le profil des assurés sociaux 368

1.3.1 La satisfaction et notamment le statut de « très satisfait » sont exprimées essentiellement par les assurés âgés de plus de 40 ans et en particulier les retraités. 368

1.3.2 La satisfaction vis-à-vis des canaux de contacts diminue avec la multiplicité de contacts et agit sur la satisfaction globale mais pas sur l'insatisfaction 370

1.3.3 Un seuil d'acceptabilité en termes de délai de réponse de 3 semaines pour les demandes par courriers et de 8 jours par courriels.....373

2 UNE GESTION DE LA RELATION CLIENT ENCORE LARGEMENT TOURNEE SUR LA PERFORMANCE DES SERVICES OFFERTS PLUS QUE SUR L'ANALYSE DES COMPORTEMENTS ET DES ATTENTES DES ASSURES SOCIAUX..... 376

2.1 L'évaluation interne de la qualité des réponses comme outil d'amélioration de la pertinence des services de l'Assurance maladie 376

2.1.1 La double écoute 376

2.1.2 Les appels mystères 377

2.2 Une priorité donnée à des indicateurs quantitatifs ciblés sur la qualité intrinsèque du service rendu sans mise en rapport avec la qualité perçue par les assurés.....378

2.3 Un manque d'anticipation et de communication vis-à-vis des besoins des assurés auquel l'Assurance maladie essaie progressivement de remédier 382

2.3.1 Une faiblesse dans l'anticipation et la communication face aux besoins des assurés sociaux 382

2.3.2 La promotion de services adaptés à des besoins particuliers au travers de la mise en œuvre de parcours attentionnés va dans le bon sens mais souffre d'un défaut d'évaluation du point de vue des bénéficiaires 383

2.3.3 Le recours aux campagnes sortantes : une voie prometteuse pour améliorer la communication de l'assurance maladie 384

3 LE DEPLOIEMENT DE NOMBREUX OUTILS D'EVALUATION DE L'ACTIVITE COMPLETE LE DISPOSITIF D'ECOUTE CLIENTS SANS CONSTITUER UNE STRATEGIE GLOBALE ET STRUCTUREE..... 386

3.1 Les besoins des assurés sont appréhendés par l'analyse de leurs sollicitations enregistrée dans l'outil métier de GRC.....386

3.1.1 Un suivi des motifs de contact.....387

3.2 Un suivi des demandes générant de l'insatisfaction au travers de la gestion des réclamations et de la conciliation 391

3.2.1 La gestion des réclamations.....391

3.2.2 L'activité de conciliation constitue un autre canal de remontée d'informations sur l'insatisfaction des usagers 399

3.3 Des enquêtes ponctuelles en sortie de services déployées aux niveaux national et local viennent compléter l'étude de la satisfaction et des sollicitations 402
3.3.1 Le déploiement au niveau national d'enquêtes de satisfaction ciblées 402
3.3.2 Le déploiement au niveau local d'enquêtes de satisfaction ciblées 407

4 LES ENJEUX D'UNE MEILLEURE STRUCTURATION DES DISPOSITIFS 408

4.1 Une optimisation des outils existants 408

4.2 La mise en place d'un système de management intégré requiert de développer une écoute client plus structurée et plus professionnelle....410

[950] La présente annexe vise à analyser les démarches réalisées par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (Cnamts) et son réseau pour connaître ses usagers, et en particulier les assurés sociaux. Pour toute organisation productrice de services, entreprise ou administration, la connaissance fine des besoins de ses clients ou ses usagers doit occuper une place primordiale pour définir l'orientation des décisions stratégiques. Il est donc logique que la Cnamts s'inscrive dans la même démarche. Les méthodes communément utilisées pour mener des études de marché, en particulier de la demande, consistent en la collecte et l'analyse d'informations ayant pour finalité l'identification des caractéristiques des clients et la mesure de l'adéquation de l'offre à la demande. Il s'agit alors d'analyser les comportements des demandeurs et leurs appréciations, d'évaluer leurs besoins et leurs attentes et, dans une logique de projet, de mesurer les potentialités d'un nouveau service. L'objectif de cette annexe est ainsi de déterminer quelle place est, ou doit être, réservée à la connaissance des usagers dans les activités de la Cnamts.

[951] La Cnamts déploie un dispositif national « Ecoute clients » qui a été modifié en 2011 et dont les principes sont décrits dans la lettre réseau LR-DDO-138/2011. Ce dispositif national est décliné pour chaque type de public, les assurés sociaux, les professionnels de santé ainsi que les employeurs et les usagers des services sociaux. L'analyse de l'écoute clients dans la présente annexe est ciblée uniquement sur les assurés sociaux, même si certaines observations peuvent également s'appliquer aux autres publics.

[952] La démarche d'écoute clients repose sur une boucle d'amélioration continue. La boucle d'amélioration continue est le terme couramment utilisé dans les démarches qualité pour définir le mouvement itératif entre le recensement des besoins et attentes des clients, l'identification des ressources à disposition et des leviers de blocages, le déploiement de plans d'actions correctives et de nouvelles évaluations de la satisfaction des clients.

[953] Du bon fonctionnement de cette boucle dépend la qualité de service finale et l'allocation des ressources aux objectifs de qualité fixés à chaque organisation. Un élément déterminant de son succès tient à la retraduction en termes opérationnels des attentes exprimées par les clients.

[954] L'écoute clients s'inscrit dans une perspective à la fois de qualité de service aux usagers et de gains d'efficience. En particulier, elle permet de mieux définir les besoins et attentes des usagers et ainsi d'affecter le niveau juste de qualité en réponse, i.e. sans défaut ni excès de qualité. Elle permet également d'améliorer l'efficacité du travail des CPAM en développant les connaissances du public quant aux procédures à suivre, aux règles à respecter, aux pièces justificatives à transmettre, et de déterminer les leviers d'actions pour limiter le besoin de réassurance et accroître la confiance des usagers dans le traitement de leurs dossiers. Enfin, l'écoute clients donne des outils pour rendre plus efficace les actions d'orientations des usagers dans l'offre multicanal afin de réduire les coûts.

[955] Par « écoute clients », la Cnamts fait référence aux enquêtes annuelles de satisfaction, qui, pour les assurés sociaux, sont réalisées depuis 1999. Dans une logique d'écoute clients au sens d'étude de marché, cette annexe adopte volontairement une vision plus large que la stricte analyse de la satisfaction des assurés pour englober l'ensemble des dimensions permettant la caractérisation des assurés sociaux et l'évaluation de la qualité de service telle qu'elle est perçue par ces derniers. Ainsi, l'écoute clients s'entend ici comme l'ensemble des démarches mises en place par l'Assurance maladie pour identifier ses assurés sociaux, comprendre les motifs d'interaction des assurés avec les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et déterminer les facteurs générateurs de satisfaction et d'insatisfaction ainsi que les attentes des assurés sociaux.

[956] Une première partie détaillera le dispositif d'enquête de satisfaction qui constitue l'axe principal de l'écoute clients développé par la Cnamts. Une seconde partie montrera que les orientations prises par la Cnamts et son réseau sont davantage tournées vers l'activité des organismes et les services offerts que vers le point de vue des assurés. De façon cohérente avec cette approche largement centrée sur l'activité, une troisième partie énumèrera les outils développés par la Cnamts pour mieux appréhender l'impact de l'activité des caisses. Les enquêtes en sorties de services seront à cette occasion abordées, enquêtes qui ont l'avantage de combiner à la fois une approche métier et une analyse de la perception des assurés. Enfin, l'annexe évoquera la meilleure visibilité et efficacité des actions d'écoute clients menées par la Cnamts que permettraient une structuration et une robustesse renforcées des nombreux outils déployés.

1 L'ENQUETE ANNUELLE DE SATISFACTION DES ASSURES SOCIAUX, AU CŒUR DU DISPOSITIF D'ECOUTE CLIENTS, DEVRAIT ETRE DAVANTAGE EXPLOITEE

1.1 Une enquête riche dont l'exploitation reste sommaire, utilisée essentiellement comme vecteur de communication

1.1.1 Une enquête révisée et intégrant de nombreux éléments d'informations

[957] L'enquête annuelle de satisfaction des assurés sociaux a fait l'objet de modifications en 2011 et présente désormais les caractéristiques suivantes :

- l'échantillonnage et l'envoi des questionnaires sont réalisés mensuellement ;
- l'enquête en 2012 est menée auprès de 3 000 assurés sociaux par caisse locale, tirés aléatoirement dans la base des bénéficiaires de chaque CPAM (ou CGSS), ce qui représente un envoi postal d'environ 318 000 questionnaires par an. Les échantillons locaux sont alors consolidés au niveau national. L'échantillon est constitué de sorte qu'une personne interrogée un mois donné ne peut être réinterrogée au cours des deux années suivantes ;
- les assurés appartenant à l'échantillon sont des consommants dans les trois derniers mois, qu'ils aient ou non eu un contact direct avec leur caisse primaire ;
- certains publics sont exclus du champ (moins de 18 ans, NPAI, absence de nom patronymique, etc.) ;
- enfin, les échantillons sont détruits après l'envoi des questionnaires de satisfaction.

[958] La nouvelle méthodologie de conception d'enquête appelle plusieurs critiques :

- La mensualisation permet à la fois aux CPAM et à la Cnamts d'avoir un suivi au fil de l'eau de cet indicateur et de pouvoir mettre en œuvre des plans d'actions en cours d'année pour améliorer la satisfaction des assurés. La mensualisation a, par ailleurs, l'avantage de pouvoir ajuster au dernier semestre/trimestre le nombre de questionnaires à envoyer en fonction du taux de réponse provisoire afin de conserver une bonne représentativité de la population. Toutefois, le taux de non-réponse totale reste trop élevé (77,2% en 2012).
- L'équi-répartition géographique permet de suivre les résultats de l'intégralité des implantations territoriales et d'avoir un niveau suffisant d'observations dans chaque CPAM pour en tirer des enseignements. L'inconvénient est que l'on ne tient pas compte de l'effet taille de la CPAM qui peut avoir pourtant des répercussions en termes de gestion des dossiers et par conséquent en termes de satisfaction.

- Le choix des consommants dans les trois mois comme cible d'enquête s'explique par la volonté de prendre le champ global de l'assurance maladie et donc d'avoir un échantillon le plus large possible de bénéficiaires de l'Assurance maladie. Le principal écueil est qu'il introduit un trop grand nombre de personnes n'ayant pas eu de contacts avec les CPAM. Or, ces personnes-là sont les moins à même d'exprimer une opinion sur leur relation avec l'assurance maladie compte tenu de l'absence de démarches spécifiques réalisées. Ainsi sur les 72 599 individus interrogés, 13 519 individus (soit 20% de l'échantillon) déclarent n'avoir eu aucun contact direct avec leur CPAM au cours des six derniers mois. La mesure de la satisfaction repose véritablement sur les 80% restants ; en termes de pilotage pour les CPAM l'intérêt porte sur cette population puisque l'amélioration de l'offre à des fins de taux de satisfaction supérieurs est entièrement liée aux besoins de la demande de services de l'assurance maladie. Tel qu'il est conçu actuellement, l'indicateur COG ne porte pas exclusivement sur les 80% pertinents ce qui tend à fausser le niveau de satisfaction de la relation de service et limiter la portée des résultats.
- Le taux d'assurés satisfaits est calculé comme l'agrégation d'individus « assez satisfaits » et « très satisfaits » de leur relation avec la CPAM. La formulation « assez satisfaisant » donne une vision minimale du degré de satisfaction des individus et peut englober des individus qui n'ont pas réellement d'avis sur la question, d'autant que la case « Ne sait pas/Sans opinion » n'existe pas.

[959] Le questionnaire proposé par la Cnamts vise, en sept pages, à identifier les motifs de contact avec la CPAM au cours des six derniers mois, les modes de contact utilisés ainsi que la satisfaction des assurés lors de ces contacts et leur satisfaction globale vis-à-vis de leur relation avec l'Assurance maladie. La notion de « contact » est ici prise dans une acception très large. En effet, au regard de la base d'échantillon (cf. un assuré ayant eu une consommation de soins dans les trois derniers mois), un assuré peut n'avoir eu aucun contact direct avec l'Assurance maladie de son fait mais uniquement eu des remboursements de soins, voire même aucun remboursement s'il a bénéficié du tiers-payant.

[960] L'enquête est composée en premier lieu d'une partie relative aux demandes formulées par les assurés lors de contacts avec la CPAM. Pour chaque type de contact, il leur est demandé d'inscrire leur niveau de satisfaction à la suite de ces contacts d'une manière globale ou en fonction de certains paramètres (délais, informations, exactitude, etc.). Des informations relatives aux délais de traitement sont également mentionnées. L'enquête se poursuit avec une partie relative aux canaux privilégiés par l'assuré pour contacter l'Assurance maladie. Le courrier et le courriel apparaissent dans la même rubrique, contact écrit, et mériteraient d'être dissociés pour l'ensemble des questions[162], l'accès et le motif d'utilisation de ces deux canaux étant très fortement différenciés[163]. A nouveau, pour chaque mode de contact, la personne interrogée est invitée à donner sa fréquence d'utilisation et à exprimer sa satisfaction sur le contact en général et sur des points spécifiques du contact, comme le temps d'attente, l'amabilité du conseiller et la clarté de la réponse apportée. Enfin, le questionnaire inclut deux questions très générales sur la satisfaction globale de l'assuré vis-à-vis de sa CPAM et sur l'image qu'il en a. Des questions portant sur les caractéristiques sociodémographiques concluent le questionnaire.

[961] Par ailleurs, la taille de l'échantillon est élevée : pour 2012, la Cnamts dispose au final d'une base de données de 72 599 observations (sur les 318 000 questionnaires envoyés), ce qui, si elle est bien traitée, constitue une source d'informations particulièrement riche sur laquelle peut s'appuyer la Cnamts.

[162] La question des délais de traitement des courriers et courriels font aujourd'hui l'objet de questions distinctes mais toutes les questions en termes de satisfaction vis-à-vis du délai ou de manière globale sur le traitement des demandes écrites sont communes aux deux modes de contacts écrits.

[163] Tandis que le courrier est un mode de contact historique auquel sont très habitués les assurés, le courriel est très récent et nécessite d'avoir ouvert au préalable un compte Ameli en ligne. Il ne concerne donc qu'une faible minorité des assurés à ce jour, en particulier ceux ayant une forte appétence pour les nouvelles technologies.

[962] Cette enquête mériterait d'être étendue en termes informationnels avec l'intégration de deux éléments principaux :

- l'enquête devrait être complétée par des informations sur le profil des assurés (bénéficiaires de la CMU de base, CMUC-C, ACS, AME, etc.), ce qui permettrait à l'instar de ce que fait la CNAF dans son enquête de satisfaction, d'analyser le comportement et la perception des assurés par strates de population.

[963] L'idée sous-jacente est que si l'on considère l'enquête de satisfaction comme le principal vecteur d'informations sous-tendant la politique de services de l'Assurance maladie, et que les orientations stratégiques vont vers une plus grande modulation de l'offre en fonction des spécificité des assurés, l'enquête doit intégrer ces spécificités. En l'état actuel, les informations recueillies par l'enquête ne donnent qu'une vision très agrégée du comportement des assurés et ce d'autant plus que l'échantillon est aléatoire. Or les profils des assurés peuvent induire des comportements en termes de relation de service très différents. La mission a notamment observé lors de ces déplacements en CPAM que le public à l'accueil physique est souvent précaire (ex. bénéficiaires de CMUC et d'ACS, personnes très âgées, personnes maîtrisant mal la langue française à l'écrit ou à l'oral). Il paraît ainsi important d'apporter une attention particulière à la perception de l'accueil physique au moyen d'une segmentation fine par type de public et des raisons qui conduisent les assurés à venir en accueil, au lieu d'avoir un résultat agrégé sur l'ensemble des publics. La vision d'ensemble est nécessaire mais non suffisante et la mission recommande à la Cnamts de procéder à de la stratification fine de l'exploitation de son enquête annuelle de satisfaction.

Recommandation n°68 : Procéder à la stratification fine de l'exploitation de l'enquête annuelle de satisfaction

- La Cnamts devrait par ailleurs étoffer le questionnement relatif aux attentes des assurés dans l'enquête.

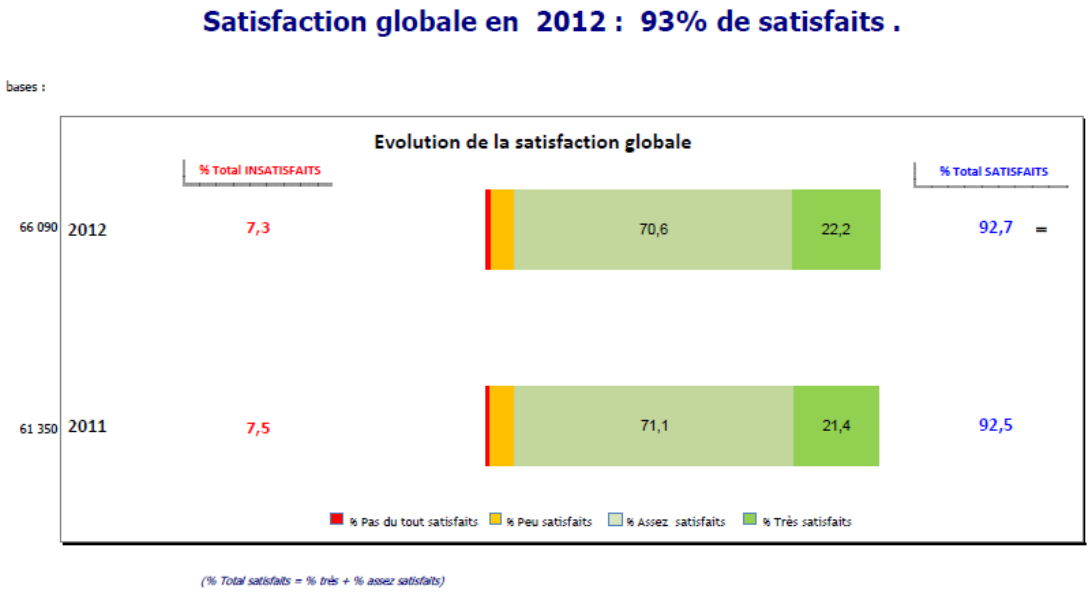
[964] Les attentes sont abordées de manière résiduelle dans le cadre de trois questions ouvertes sur les actions à mener par la CPAM pour améliorer la satisfaction globale, la satisfaction vis-à-vis des informations fournies et la satisfaction vis-à-vis du traitement des réclamations. La mission n'a pas eu accès aux verbatim des usagers et n'a ainsi pas connaissance des attentes exprimées par les assurés pour ces trois items ni des principaux résultats synthétisés par le logiciel QuestionData grâce auquel la Cnamts effectue un traitement automatisé de ces verbatims. L'absence de communication par la Cnamts autour des pistes d'amélioration exprimées par les assurés dans l'enquête invite à penser que les réponses sont en nombre limité et peu exploitées.

Recommandation n°69 : Etoffer le questionnement relatif aux attentes des assurés dans l'enquête

1.1.2 Les résultats globaux présentés par la direction de la communication de la Cnamts dans le cadre de son bilan annuel sont peu suivis d'effets

[965] Le résultat de l'enquête qui fait l'objet d'une forte communication est le taux de satisfaction globale des assurés sociaux. Il constitue un indicateur de réalisation des objectifs dans la convention d'objectifs et de gestion (cf. graphique ci-dessous). Les autres résultats de l'enquête n'apparaissent quant à eux pas dans la COG et sont synthétisés dans un cahier annuel de résultats à usage interne.

Graphique 28 : Taux de satisfaction globale des assurés sociaux



Source : *Cnamts*

[966] Le taux de satisfaction globale est un indicateur assez abstrait qui n'a pas en soi une grande signification car il ne renseigne pas sur les facteurs déterminant cette perception. En particulier, cette variable est faiblement corrélée à des variables relatives au canal de contact ou à l'objet de la demande présentes dans l'enquête (cf. tableau ci-dessous) et est corrélée avant tout à des variables générales. Ainsi, la satisfaction globale est très fortement corrélée au nombre global de contacts nécessaires pour obtenir une réponse (de l'ordre de + 0,55[164]). Cette corrélation est positive car la satisfaction, codée de 1 à 4, se détériore à mesure que la valeur augmente : ainsi une hausse du nombre de contacts induit une hausse de la valeur associée au degré de satisfaction et donc génère une baisse de la satisfaction. La satisfaction est également bien corrélée à l'image que l'assuré a de la CPAM (+0,45), mais tout comme la satisfaction globale, l'image ne rend pas compte des dimensions affectant cette perception. Au-delà des aspects de corrélation, la Cnamts pourrait déterminer les facteurs de causalité à la satisfaction des assurés sociaux, à condition toutefois que la base soit mieux consolidée méthodologiquement (cf. infra). La mission est néanmoins bien consciente des difficultés de mesurer un tel phénomène.

[164] Le coefficient de corrélation linéaire correspond au rapport de la covariance et du produit des écarts-types, non nuls, des deux variables. Compris en -1 et 1, plus la valeur du coefficient converge vers ces extrémités et plus le lien de dépendance linéaire entre les deux variables est fort. Un coefficient de 0,55 traduit une relation linéaire plutôt forte entre les variables.

Tableau 64 : Corrélations entre la satisfaction globale et la satisfaction vis-à-vis des différents contacts

	Satisfaction globale
Accueil physique	0,23
Courrier/courriel	0,21
Téléphone	0,24
Réclamations	0,27
Remboursement (papiers et FSE)	0,29
Indemnités journalières	0,13
Site AMELI	0,21

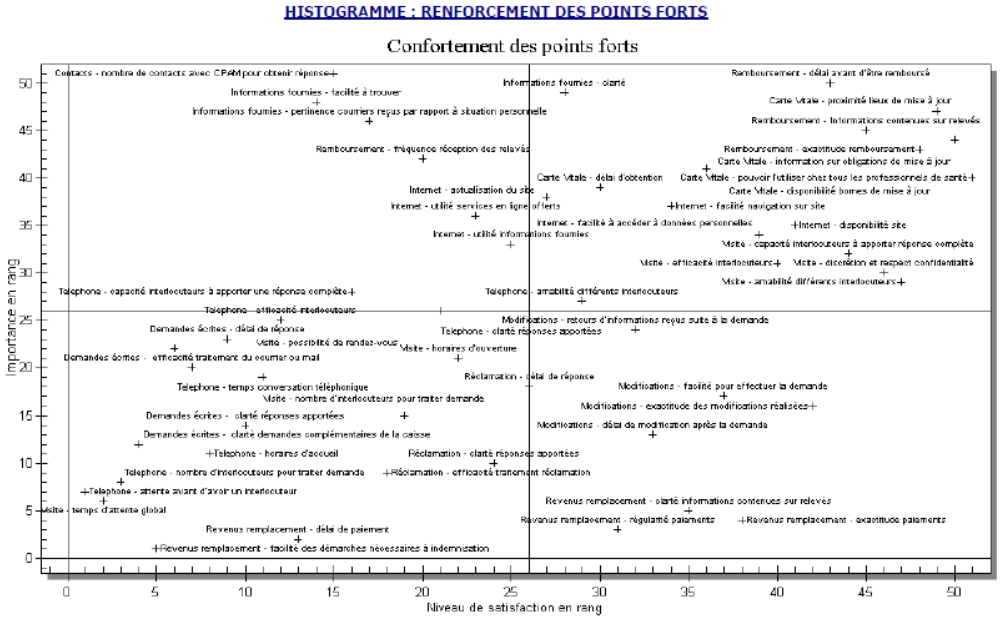
Source : Enquête de satisfaction des assurés sociaux 2012 de la Cnamts, traitement mission.

[967] Par ailleurs, l'exploitation qui est faite de la base n'est pas maximale. Le cahier de résultats présente les valeurs de chaque question mais peu de recoupements sont faits entre les différentes questions pour approfondir l'étude comportementale des assurés en termes de demande et de contact et aucune analyse spécifique n'est faite des valeurs extrêmes (les très satisfaits, les très insatisfaits). Par ailleurs, la Cnamts ne fait pas de dissociation et d'analyse approfondie des items qui n'impactent que la satisfaction (critères d'excellence selon la terminologie du SGMAP), que l'insatisfaction (critères basiques) et enfin de ceux qui agissent sur les deux (critères de performance). Cela sera développé dans la partie 4 de l'annexe.

[968] Les résultats sont également déclinés au local. La Cnamts a développé une stratégie de renforcement des points forts pour conduire les assez satisfaits au statut de très satisfaits, et une stratégie de suppression de points faibles pour faire transiter les assurés « pas du tout satisfaits » vers le degré « peu satisfait » voire « assez satisfait ».

[969] Cette politique se traduit par l'établissement de cartes d'actions prioritaires nationales et locales mentionnant les atouts à capitaliser (cadran haut à droite), les éléments à maintenir (cadran bas à droite), à surveiller (cadran bas à gauche) et les problématiques prioritaires à traiter (cadran haut à gauche). La cartographie repose sur une technique statistique d'analyse factorielle calculant les contributions à la satisfaction. Si dans le principe cette méthodologie s'avère rigoureuse, elle est en pratique peu compréhensible pour des agents non experts en statistiques et surtout peu opérationnelle, et donc peu utilisée. La mission a constaté lors de ses déplacements en CPAM que ces cartographies étaient peu voire non utilisées pour améliorer la relation de service avec les assurés sociaux. Le graphique ci-dessous illustre la difficulté pour des non-spécialistes de l'analyse factorielle de déduire des conséquences opérationnelles à partir de la lecture d'une carte d'actions prioritaires, et explique de ce fait pourquoi cela est peu suivi. Peu de plans d'actions sont créés à partir des résultats des enquêtes de satisfaction (ex. faible lisibilité, traduction opérationnelle parfois peu transparente). Les pistes d'amélioration en termes de qualité de service semblent définies avant tout au travers de l'activité et peu au regard de la perception. En particulier, les documents relatifs à la qualité, comme les « manuels qualité » des CPAM, ne consacrent au maximum qu'une demi-page à l'écoute clients (cf. une demi-page sur les 25 pages hors annexes du manuel qualité de la caisse primaire de la Sarthe, une dizaine de lignes sur 27 pages dans celui du Val-de-Marne).

Graphique 29 : Exemple de cartographie déployée au niveau local



Source : *Baromètre de satisfaction des assurés sociaux 2012, CPAM du Gard.*

1.2 Cependant, l'existence de biais méthodologiques entache fortement la portée actuelle de l'enquête

La richesse d'informations qui peut émaner de l'enquête annuelle de satisfaction des assurés est limitée par le manque de retraitement de la base de données récupérée avant son exploitation. La mission s'est focalisée sur la méthodologie de la dernière enquête nationale disponible, à savoir celle de 2012 au moyen de retraitement sur la table de données de l'ensemble des observations et des variables, à l'exception des verbatim recueillis aux trois questions ouvertes du questionnaire. La mission attire l'attention de la Cnamts sur l'importance d'avoir une table de données propre et correctement exploitée afin d'afficher des chiffres les plus pertinents possibles.

Recommandation n°70 : Fiabiliser la base de données de l'enquête nationale

La mission relève plusieurs incohérences dans la base de données :

- 12,8% des répondants, soit près de 10 000 observations, déclarent ne pas avoir contacté leur CPAM au cours des six derniers mois pour une réclamation et mentionnent néanmoins un motif de réclamation dans la suite du questionnaire. Ils sont seulement 3 000 assurés à compléter de manière cohérente toutes les rubriques relatives à la réclamation.
- Par ailleurs, le nombre d'assurés (près de 19 000 individus) exprimant leur niveau de satisfaction sur la réclamation est plus élevé que celui déclarant un motif de réclamation (environ 16 500) et est nettement supérieur au nombre de personnes disant avoir été en contact avec la CPAM pour une réclamation (environ 5 400 individus).
- 3,2% des répondants (plus de 2 000 observations) déclarent ne pas avoir bénéficié d'indemnités journalières et répondent pourtant à la question sur le délai de versement des indemnités.
- 9% des assurés sociaux affirment ne pas s'être déplacé en agence et déclarent tout de même un niveau de satisfaction vis-à-vis de leur visite.

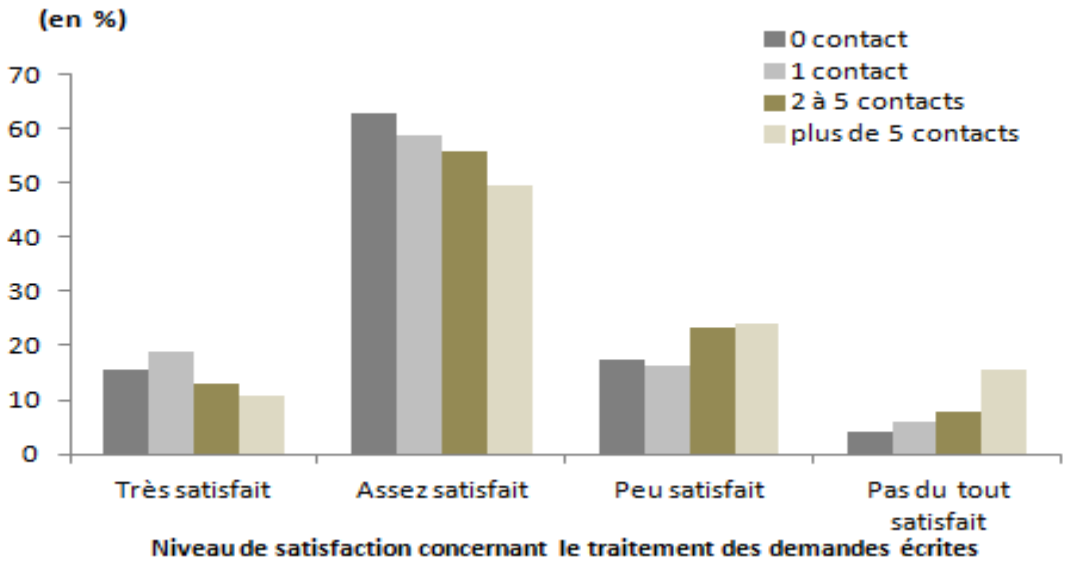
- Près de 100 individus déclarent préférer l'accueil physique comme canal pour être contacté par la CPAM alors que le questionnaire ne permet normalement pas ce choix.
- Plus de 10% des assurés disent ne pas avoir contacté par téléphone l'Assurance maladie et donnent malgré tout un niveau de satisfaction sur la qualité de l'accueil téléphonique.
- Plus de 9% des assurés n'ont pas envoyé de courrier ou de courriel à l'Assurance maladie mais déclarent un niveau de satisfaction sur le traitement de leurs demandes écrites. Leur présence biaise les résultats car ils représentent des proportions qui sont loin d'être négligeables dans chacune des catégories de satisfaction (cf. tableau et graphique ci-dessous). Par exemple, 30% des personnes qui jugent très satisfaisant le traitement de leurs demandes écrites n'ont en réalité pas envoyé de courrier ou du moins ont déclaré ne pas en avoir envoyé au cours des six derniers mois. Ceux-ci sont très nombreux à être satisfaits et notamment ils sont plus nombreux à être assez satisfaits, et moins nombreux à être pas du tout satisfaits par rapport aux personnes qui ont réellement eu un contact écrit avec la CPAM. En d'autres termes, l'incohérence des réponses tend à minorer le poids réel des personnes qui ont réellement utilisé ce canal de contact et qui sont insatisfaites. Ce constat tend à limiter la portée opérationnelle des exploitations que la Cnamts peut ultérieurement faire de l'enquête.
- Enfin, des questionnaires sont comptabilisés à plusieurs reprises et augmentent de manière fictive le nombre de participants. Ce phénomène est fort heureusement négligeable sur l'enquête 2012 et un correctif porte le nombre d'observations à 72 582 au lieu de 72 599.

Tableau 65 : Nombre de contacts par niveau de satisfaction vis-à-vis du traitement des demandes écrites

(en %)	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
0 contact	30,3	31,9	26,3	18,3
1 contact	36,1	29,3	24,2	25,9
2 à 5 contacts	28,4	32,4	40,4	38,7
plus de 5 contacts	5,2	6,4	9,1	17,1

Source : Enquête annuelle de satisfaction des assurés sociaux 2012, Cnamts, traitement mission

Graphique 30 : Niveau de satisfaction vis-à-vis du traitement des demandes écrites en fonction du nombre de contact



Source : Enquête annuelle de satisfaction des assurés sociaux 2012, Cnamts, traitement mission

[970] De plus, l'interrogation sur la satisfaction vis-à-vis du site Internet ameli.fr n'est pas précédée de question quant à l'utilisation effective du site. On ne sait donc pas si les non-répondants sont des non utilisateurs ou des personnes n'ayant volontairement pas voulu répondre à la question, d'autant qu'il n'existe pas d'option « non concerné » ou « ne sait pas ».

[971] Toutes ces incohérences fragilisent considérablement les chiffres publiés par la Cnamts en termes de qualité de service perçue. Elles sont principalement dues au mode d'administration du questionnaire qui se fait par voie postale, ce qui ne permet pas un contrôle de la cohérence des réponses apportées au moment même de la passation, contrairement à une enquête téléphonique ou en face-à-face. La mission recommande ainsi de privilégier un autre mode d'administration, même si plus coûteux, afin de réduire les erreurs possibles et améliorer ainsi la robustesse de l'enquête. Cette action doit être mise en place de façon prioritaire dans les prochains mois afin d'éviter de continuer à exploiter une enquête dont les résultats sont très largement biaisés.

Recommandation n°71 : Réaliser l'enquête par téléphone ou en face-à-face et non plus par voie postale

[972] Par ailleurs, comme évoqué dans l'annexe sur l'indicateur de taux d'assurés satisfaits, un traitement de la non-réponse est crucial pour l'exploitation des données de satisfaction. La non-réponse recouvre deux dimensions :

- une non-réponse totale qui correspond à une absence de participation à l'enquête ;
- une non-réponse partielle qui correspond à l'envoi d'un questionnaire incomplet par l'assuré.

[973] S'agissant de l'absence de participation à l'enquête, sur l'envoi de 318 000 questionnaires en 2012, le taux de participation est de 22,8% avec 72 582 questionnaires retournés.

[974] Si l'échantillon a été conçu pour être représentatif de la population des assurés consommants récents, rien n'indique que la population répondante est également représentative au niveau national. En particulier, le choix de participer ou non à l'enquête a de forts risques d'être corrélée au profil particulier de chaque assuré ce qui conduirait à accorder un poids plus important à ce profil par rapport à son poids réel au sein de la population des assurés. Inversement, l'absence de participation peut être le fait d'un profil spécifique et si ce profil est en faible nombre il pèsera moins dans le total par rapport à ce qu'il correspond véritablement au sein de la population. La Cnamts doit donc procéder à une repondération des personnes de l'échantillon final afin de s'assurer que la population répondante est représentative de la population totale des assurés sociaux.

[975] Les variables de pondération peuvent par exemple être des variables socio-démographiques, comme par exemple l'âge ou la catégorie socio-professionnelle (CSP). Le tableau 3 ci-dessous donne des éléments de répartition des bénéficiaires du régime général hors SLM certifiés au RNIAM par catégorie d'âge en 2008 pour pouvoir comparer avec les effectifs de l'échantillon final de l'enquête de satisfaction. Une seconde source de comparaison possible est les données de recensement de l'Insee. En partant du principe que les salariés du secteur privé – affiliés donc au régime général – représentent un peu moins de 90% de la population française, les proportions obtenues dans l'échantillon doivent être semblable à la répartition de la population française telle que recensée par l'Insee.

Tableau 66 : Répartition de la population protégée de l'échantillon généraliste de bénéficiaires et des bénéficiaires du régime général de l'Assurance maladie hors SLM certifiés au RNIAM en 2008

	EGB			RNIAM RG hors SLM		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
0 - 9 ans	6,9%	6,7%	13,6%	6,9%	6,6%	13,4%
10 -19 ans	6,2%	5,9%	12,0%	6,2%	5,8%	12,0%
20 – 29 ans	6,1%	6,1%	12,2%	6,3%	6,3%	12,6%
30 – 39 ans	7,5%	7,6%	15,1%	7,5%	7,7%	15,2%
40 – 49 ans	7,0%	7,5%	14,5%	7,1%	7,5%	14,6%
50 – 59 ans	6,0%	6,6%	12,6%	6,0%	6,7%	12,7%
60 – 69 ans	4,2%	4,7%	8,9%	4,2%	4,6%	8,7%
70 – 79 ans	2,8%	3,9%	6,7%	2,8%	3,8%	6,6%
80 ans et plus	1,4%	3,1%	4,4%	1,3%	2,8%	4,0%
Ensemble	**48,1%**	**51,9%**	**100,0%**	**48,2%**	**51,8%**	**100,0%**

Source : CNAMTS, Points de repère n°25, septembre 2009

Champ : France entière

[976] Les individus de moins de 20 ans, en trop faible nombre (10 personnes), sont enlevés de la base de données afin de ne pas biaiser les résultats. En comparant la répartition de l'âge des répondants à l'enquête avec celles des deux autres sources (Cnamts et Insee), il apparaît dans l'échantillon une sur-représentation massive des individus âgés de plus de 50 ans : ainsi alors que les plus de 50 ans représentent seulement 43 % de la population du régime général de l'Assurance maladie, ils constituent 64 % dans l'échantillon des répondants de la Cnamts (cf. tableau 4). Pour les plus de 70 ans, le rapport est presque de un à deux (cf. 25% dans l'échantillon contre 14% dans la population des bénéficiaires du régime général). De telle distorsion sont problématiques pour l'interprétation des résultats en l'absence de repondération dans la mesure où les personnes âgées ont un usage très spécifique des canaux de contacts (ex. moindre utilisation des services dématérialisées et plus grande tendance à se déplacer en accueil ou à appeler) et une satisfaction exprimée qui est aussi particulière (les personnes âgées sont relativement plus satisfaites dans l'ensemble, cf. infra).

Tableau 67 : Comparaison des effectifs par catégorie d'âge

	Echantillon des répondants	Données INSEE au 01/01/2013	RNIAM RG hors SLM
20-24 ans	3%	8%	17%
25-29 ans	4%	8%	
30-39 ans	13%	17%	20%
40-49 ans	16%	18%	20%
50-59 ans	**18%**	17%	17%
60-64 ans	**13%**	8%	12%
65-69 ans	**8%**	6%	
70 ans et +	**25%**	17%	14%

Source : Enquête nationale de satisfaction 2012 de la Cnamts ; Insee(population française 2013 hors Mayotte) ; Cnamts, données 2008.

[977] Dans la base de données utilisée par la Cnamts, chaque assuré a un poids de 1. La repondération consisterait donc à affecter aux personnes de moins de 50 ans une valeur supérieure à 1 et aux plus de 50 ans une valeur inférieure à 1 pour avoir une répartition de la population répondante représentative de la population. La repondération est faite à partir des données de la Cnamts de 2008 relatifs aux bénéficiaires du régime général (RNIAM). Cette source est privilégiée pour la repondération aux données Insee afin de se rapprocher au plus près de la répartition de la population des assurés sociaux.

[978] De même, l'analyse des effectifs par catégorie socio-professionnelle (cf. tableau 5) indique une sur-représentation des retraités et des employés parmi les personnes ayant répondu à l'enquête. En particulier, 43% des répondants sont des retraités alors qu'ils représentent 28% de la population selon l'Insee.

Tableau 68 : Comparaison des effectifs par catégorie socio-professionnelle

	Echantillon des répondants	Données INSEE 2012
Cadres	8%	10%
Professions intermédiaires	4%	14%
Employés	**27%**	17%
Ouvriers	8%	13%
Retraités	**43%**	28%
Demandeur d'emploi	6%	18%
Etudiant	1%	
Femme/Homme au foyer	3%	

Source : Enquête nationale de satisfaction 2012 de la Cnamts ; Insee.

[979] Dans la suite de l'analyse, les résultats présentés par la mission tiendront compte d'une repondération de l'échantillon en fonction de l'âge. Le choix de l'âge comme variable de pondération est privilégié à la catégorie socio-professionnelle en raison d'une plus forte corrélation au niveau de satisfaction globale (-0,19[165] pour l'âge contre -0,06 pour la CSP).

[980] S'agissant de la non-réponse partielle (c'est-à-dire une personne ayant renvoyé un questionnaire mais n'ayant pas répondu à l'ensemble des questions qui la concerne), seuls 7 % des assurés ont répondu à l'ensemble des questions pour lesquelles ils étaient concernés. Si on élimine les questions pour lesquelles la réponse est conditionnelle à l'expérience de l'assuré et en se concentrant sur les seules questions obligatoires, le taux de réponse complète monte à 17 %, ce qui reste très faible et biaise fortement les résultats de l'enquête. Sur la question du niveau de satisfaction globale, 6 509 observations sont manquantes, ce qui représente tout de même environ 9% de données manquantes. A nouveau, les résultats ont de grande chance d'être biaisé car la non-réponse n'est pas répartie aléatoirement mais au contraire est fortement déterminée par le profil sociologique des répondants. La Cnamts, en ne prenant pas en compte la non-réponse partielle dans l'interprétation des résultats, fait l'hypothèse implicite que la répartition de la satisfaction des non-répondants est la même que celle des répondants alors qu'elle peut différer.

[981] Pour limiter les biais liés à la non-réponse partielle, la mission propose de procéder à une imputation des valeurs manquantes. La méthode retenue, que l'on appelle redressement dans la suite de l'annexe, consiste à prendre en compte les deux items de satisfaction les plus corrélées à la satisfaction globale, à savoir la satisfaction vis-à-vis du nombre de contacts nécessaires à une réponse aux demandes et l'image de la CPAM et à imputer en priorité la valeur de la satisfaction vis-à-vis du nombre de contacts si elle est non nulle et sinon la valeur accordée en termes d'image. Cela permet de traiter la majorité de la non-réponse (plus des deux tiers) et se justifie par le fait que pour les personnes ayant répondu à la fois à la question relative à la satisfaction globale et à au moins une des deux autres questions, la réponse était similaire dans plus de 80% des cas.

Recommandation n°72 : Utiliser une méthode de redressement statistique pour tenir compte du phénomène de non-réponse partielle

[165] La corrélation est négative ce qui signifie que plus l'âge augmente et plus la satisfaction est élevée.

[982] Le traitement de la non-participation et de la non-réponse partielle induit au global une diminution du taux d'assurés satisfaits de 1,5% passant de 92,7% à 91,2% (cf. tableau 6). Cette baisse même si non négligeable est relativement modérée ici car, comme mentionné plus haut, la catégorie « assez satisfait » représente une valeur par défaut pour les personnes neutres ou sans opinion, la majorité des réponses est alors concentrée dans cette rubrique. Une modification de l'échelle de satisfaction afin de limiter l'effet de masse concentrée sur la rubrique « assez satisfait » est préconisée par la mission.

Tableau 69 : Taux de satisfaction avec et sans redressement

	Base initiale	Base après repondération	Base après redressement	Base après retraitement total
Très satisfaits	22,1%	19,3%	21,9%	19,1%
Assez satisfaits	70,5%	72,2%	70,6%	72,1%
Peu satisfaits	6,5%	7,7%	6,7%	7,8%
Pas du tout satisfaits	0,8%	0,9%	0,8%	0,9%
Total Satisfaits	**92,7%**	**91,4%**	**92,5%**	**91,2%**
Total Insatisfaits	**7,3%**	**8,6%**	**7,5%**	**8,8%**

Source : Enquête de satisfaction des assurés sociaux 2012 de la Cnamts, traitement mission

Champ : Echantillon des répondants à la question de satisfaction globale

[983] La repondération apparaît comme le traitement primordial à effectuer dans l'enquête 2012. La correction apportée permet de diminuer significativement le poids de personnes âgées satisfaites et en particulier très satisfaites et conduit ainsi à une baisse de la satisfaction globale de 92,7% à 91,4%. Le redressement de la non-réponse partielle est ici d'un moindre impact – il génère une baisse de 0,2 point du taux d'assurés satisfaits, ce qui se justifie notamment par la prépondérance des résultats « assez satisfait ».

[984] D'autres méthodes de correction encore plus rigoureuses pourraient d'ailleurs être mises en place. La mission a pris le parti d'adopter ici des méthodes les plus simples possibles afin de justifier qu'un retraitement, mineur soit-il, modifie significativement les résultats.

[985] Le retraitement total, i.e. la correction de la non participation et de la non-réponse partielle combinée, montre que si, au global, le taux de satisfaction diminue de 1,5 points, la baisse représente plus du double (3 points) pour la catégorie des assurés très satisfaits, avec un taux passant de 22,1% à 19,1%. En d'autres termes, l'absence de retraitement statistique des données d'enquête conduit à une surestimation de l'ordre de 15% de la proportion d'assurés très satisfaits. Ce phénomène s'explique par le fait que les personnes âgées sont largement surreprésentés dans l'enquête et sont en même temps plus fréquemment très satisfaits (cf. *infra*). L'absence de retraitement biaise artificiellement les résultats à la hausse.

Recommandation n°73 : En résumé, la mission recommande à la Cnamts d'adopter plusieurs précautions méthodologiques, énumérées ci-après: 1/ Modifier les modalités de réponse du questionnaire concernant l'échelle de satisfaction ; 2/ Changer le mode d'administration de l'enquête pour améliorer le taux de participation et améliorer la fiabilité et la cohérence des données ; 3/ Appliquer une méthode de repondération pour rendre l'enquête représentative et donc statistiquement pertinente ; 4/ Appliquer un redressement de la non-réponse partielle. Le changement de mode d'administration de l'enquête permettrait déjà de diminuer cette non-réponse ; 5/ Etre vigilant lors de la saisie informatique des données : pas de doublons, cohérence des résultats, pas de réponse incompatible avec le questionnaire.

1.3 Une exploitation plus détaillée de l'enquête permettrait de définir plus précisément le profil des assurés sociaux

[986] Les résultats ci-dessous tiennent compte du retraitement total présentés plus haut et diffèrent donc des résultats détaillés dans le cahier annuel des résultats de la Cnamts.

[987] L'objet de cette partie n'est pas tant d'afficher des résultats stricto sensu mais d'illustrer le type d'analyses qu'il serait intéressant de faire dans les prochaines vagues d'enquêtes.

1.3.1 La satisfaction et notamment le statut de « très satisfait » sont exprimées essentiellement par les assurés âgés de plus de 40 ans et en particulier les retraités.

[988] Si les assurés répondants sont majoritairement des femmes, les hommes sont davantage satisfaits de leur relation avec leur CPAM (cf. tableau 7). Ainsi, 21,5% des hommes sont très satisfaits de leur relation avec l'Assurance maladie contre 17,3% des femmes. en revanche, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à être peu satisfaites ou « pas du tout satisfaits ».

Tableau 70 : Niveau de satisfaction globale par sexe

(en %)	**Homme**	**Femme**
Très satisfait	21,5	17,3
Assez satisfait	70,0	73,7
Peu satisfait	7,5	8,1
Pas du tout satisfait	0,9	0,9
Total Satisfaits	**91,5**	**91,0**
Total Insatisfaits	**8,5**	**9,0**

Source : Enquête de satisfaction des assurés sociaux 2012 de la Cnamts, traitement mission

[989] Les assurés âgés de plus de 40 ans sont davantage satisfaits de leur relation avec l'Assurance maladie et expriment un taux de satisfaction supérieur à 90% (cf. tableau 8). En particulier, plus les assurés sont âgés et plus ils expriment une satisfaction importante : la part des assurés très satisfaits parmi les plus de 60 ans est quasiment le double de celle des très satisfaits pour les moins de 40 ans. Le taux dépasse même les 95% pour ceux âgés de plus de 70 ans et un quart de la population très satisfaite est composée de personnes de plus de 70 ans (cf. tableau 9).

Tableau 71 : Niveau de satisfaction globale par catégorie d'âge

(en %)	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	**Total SATISFAITS**	**Total INSATISFAITS**
20-24 ans	13,4	73,5	11,8	1,3	86,9	13,2
25-29 ans	11,3	76,0	11,1	1,6	87,3	12,7
30-39 ans	14,0	74,8	10,2	1,0	88,8	11,2
40-49 ans	17,3	74,1	7,8	0,8	91,4	8,6
50-59 ans	20,8	71,9	6,6	0,7	92,7	7,3
60-64 ans	23,9	70,3	5,1	0,7	94,2	5,8
65-69 ans	26,6	68,3	4,4	0,8	94,8	5,2
70 ans et +	30,3	64,9	4,2	0,6	95,3	4,7

Source : Enquête de satisfaction des assurés sociaux 2012 de la Cnamts, traitement mission

Tableau 72 : Répartition de l'âge par niveau de satisfaction

	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
20-24 ans	1,0	5,4	0,9	0,1
25-29 ans	1,1	7,5	1,1	0,2
30-39 ans	2,9	**15,5**	2,1	0,2
40-49 ans	3,4	**14,7**	1,6	0,2
50-59 ans	3,6	**12,3**	1,1	0,1
60-64 ans	1,7	5,1	0,4	0,1
65-69 ans	1,2	3,0	0,2	0,0
70 ans et +	**4,1**	**8,8**	0,6	0,1
Total	19,9	71,7	7,5	0,9

Source : Enquête de satisfaction des assurés sociaux 2012 de la Cnamts, traitement mission

[990] La population assez satisfaisante est composée également de beaucoup de plus de 70 ans (10,5% sur les 71,7% d'assez satisfaits) et également d'assurés âgés entre 30 et 59 ans (cf. tableau 9 ci-dessus). Cela révèle la faible contribution des retraités à l'insatisfaction avec un taux d'insatisfaction inférieur à 5% (cf. tableau 10). En effet, les retraités sont la catégorie la moins insatisfaite globalement des services de leur CPAM. A l'invserse, les demandeurs d'emploi et les étudiants sont relativement plus insatisfaits que les autres catégories socio-professionnelles. Les employés, eux, sont relativement moins très satisfaits que les autres catégories : 14,3% des employés sont très satisfaits contre plus de 15% pour chacune des autres CSP. Cela peut être lié à la fréquence élevée de contact de cette population, les employés sont plus nombreux à être des femmes relativement aux autres CSP et à avoir répondu avoir effectué au moins une visite en accueil physique au cours des six derniers mois.

Tableau 73 : Niveau de satisfaction globale par catégorie socio-professionnelle

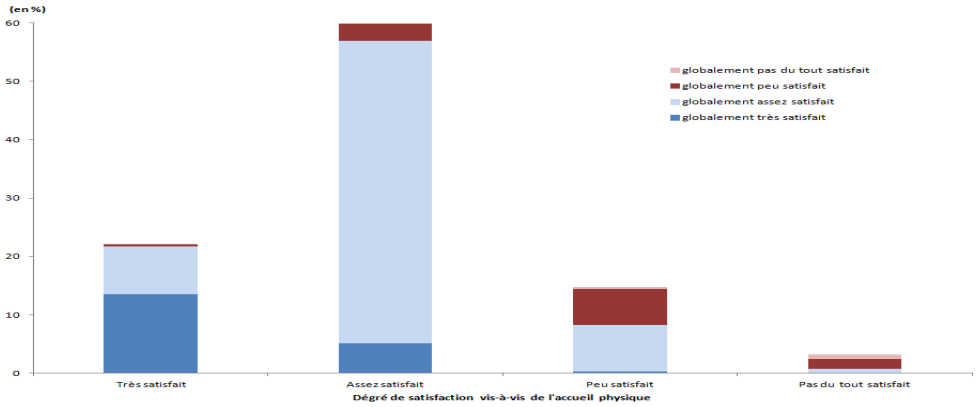
(en %)	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Total SATISFAITS	Total INSATISFAITS
Cadres	18,0	71,8	9,0	1,2	89,8	10,2
Professions intermédiaires	15,6	74,8	8,8	0,8	90,3	9,7
Employés	**14,3**	76,4	8,6	0,8	90,6	9,4
Ouvriers	17,1	73,1	8,7	1,1	90,2	9,8
Retraités	28,0	67,1	4,3	0,6	**95,1**	**4,9**
Demandeurs d'emploi	17,8	69,9	**11,0**	1,3	87,7	12,3
Etudiants	15,0	71,6	**12,1**	1,3	86,4	13,4
Femmes/Hommes au foyer	20,8	69,2	8,4	1,5	90,0	10,0

Source : Enquête de satisfaction des assurés sociaux 2012 de la CNAMTS, traitement mission

1.3.2 La satisfaction vis-à-vis des canaux de contacts diminue avec la multiplicité de contacts et agit sur la satisfaction globale mais pas sur l'insatisfaction

[991] Les assurés sont globalement satisfaits de l'accueil physique avec un taux de satisfaction de 82% dont 22% de très satisfaits (cf. graphique 4). Si l'on ventile la satisfaction globale des assurés par rapport à leur satisfaction vis-à-vis de l'accueil physique, on s'aperçoit que la majorité des personnes satisfaites de l'accueil sont également globalement satisfaites de leur relation avec la CPAM. Toutefois, une part non négligeable d'assurés insatisfaits de l'accueil est globalement satisfaite de leur relation avec l'Assurance maladie, ce qui tend à montrer que l'accueil physique contribue à la satisfaction globale mais n'agit pas nécessairement sur l'insatisfaction globale.

Graphique 31 : Lien entre la satisfaction vis-à-vis de l'accueil physique et la satisfaction globale



Source : Enquête de satisfaction des assurés sociaux 2012 de la CNAMTS, traitement mission

Champ : Assurés ayant répondu aux deux questions

Note de lecture : 23% des assurés sont très satisfaits de l'accueil physique. Parmi eux, la majorité (62% des très satisfaits de l'accueil soit 14% des assurés) est globalement très satisfaite également de leur relation globale avec leur CPAM.

[992] Par ailleurs, plus le nombre de visites en accueil physique augmente et plus la satisfaction vis-à-vis de ce canal de contacts diminue (cf. tableau 11).

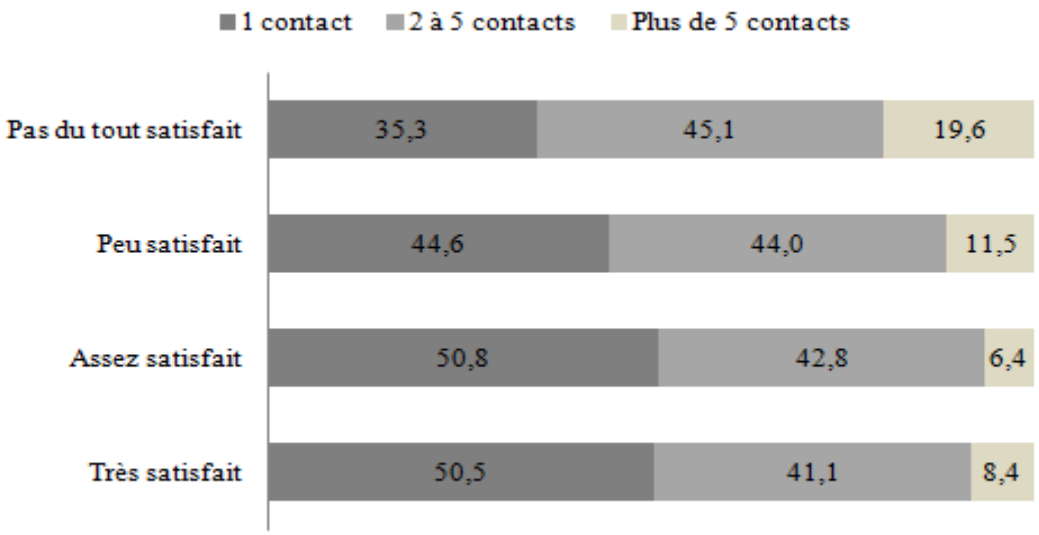
Tableau 74 : Niveau de satisfaction concernant l'accueil physique en fonction du nombre de contacts

(en %)	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Total SATISFAITS	Total INSATISFAITS
1 contact	23,2	60,2	14,1	2,5	83,4	16,6
2 à 5 contacts	21,7	58,6	16,1	3,6	80,3	19,7
Plus de 5 contacts	23,4	46,2	22,1	8,3	**69,6**	**30,4**

Source : Enquête de satisfaction des assurés sociaux 2012 de la CNAMTS, traitement mission

[993] Par ailleurs, l'insatisfaction vis-à-vis du service rendu en accueil conduit à terme à un report vers d'autres canaux de contacts : en effet, parmi les assurés pas du tout satisfaits, ils sont plus nombreux à avoir eu entre 1 et 5 contacts que plus de 5 contacts (cf. graphique 5).

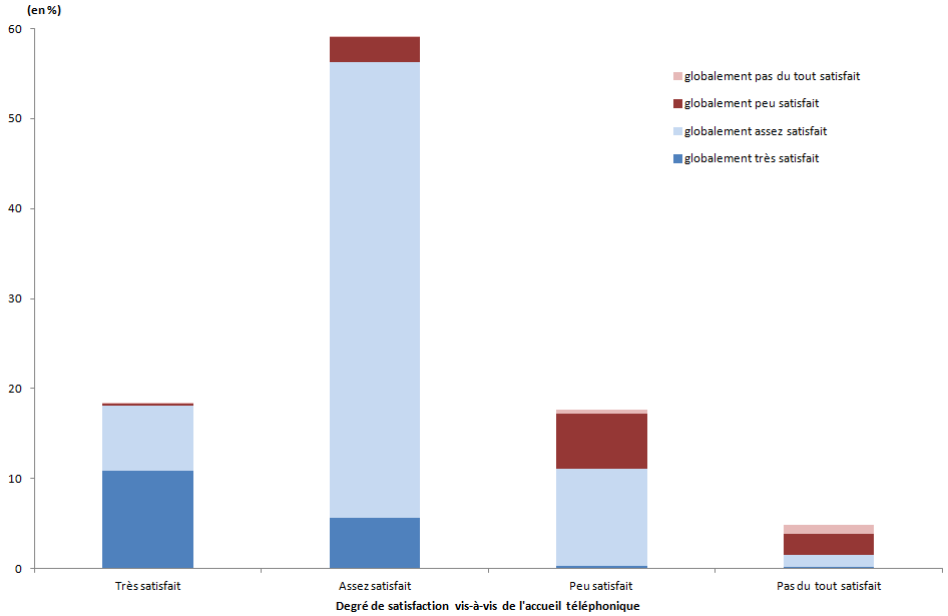
Graphique 32 : Part d'assurés dans chaque niveau de satisfaction selon le nombre de contacts à l'accueil physique



Source : Enquête de satisfaction des assurés sociaux 2012 de la CNAMTS, traitement mission

[994] Il en est de même pour le canal téléphonique. La part d'assurés très satisfaits est légèrement inférieure à celle observée pour le canal accueil physique mais on observe également qu'un grand nombre d'assurés insatisfaits de l'accueil physique sont malgré tout satisfaits au global de leur relation avec la CPAM (cf. graphique 6).

Graphique 33 : Lien entre la satisfaction vis-à-vis de l'accueil téléphonique et la satisfaction globale



Source : Enquête de satisfaction des assurés sociaux 2012 de la CNAMTS, traitement mission

Champ : Assurés ayant répondu aux deux questions

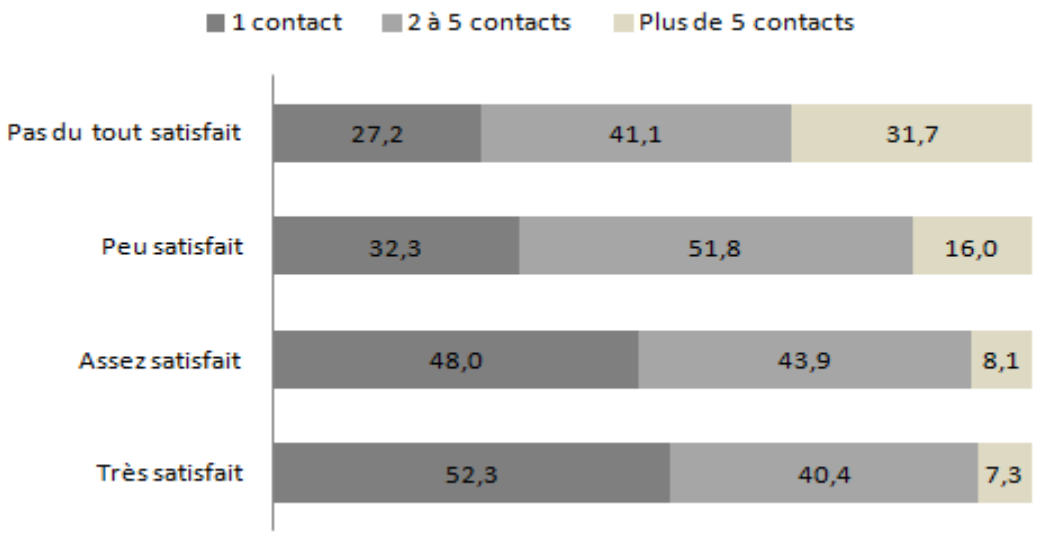
[995] La satisfaction concernant le canal téléphonique mais aussi la satisfaction globale diminuent à mesure que le nombre de contacts augmente (tableaux 12 et 13) mais contrairement à l'accueil physique, les assurés pas du tout satisfaits de l'accueil téléphonique sont nombreux à avoir eu plus de 5 contacts (cf. graphique 8).

Tableau 75 : Niveau de satisfaction relative au canal téléphonique en fonction du nombre d'appels

(en %)	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Total SATISFAITS	Total INSATISFAITS
1 contact	23,0	61,5	12,7	2,8	84,5	15,5
2 à 5 contacts	18,0	57,0	20,7	4,3	75,0	25,0
Plus de 5 contacts	13,8	44,8	27,2	14,2	**58,6**	**41,4**

Source : Enquête de satisfaction des assurés sociaux 2012 de la CNAMTS, traitement mission

Graphique 34 : Part d'assurés dans chaque niveau de satisfaction selon le nombre de contacts à l'accueil téléphonique



Source : Enquête de satisfaction des assurés sociaux 2012 de la CNAMTS, traitement mission

Tableau 76 : Niveau de satisfaction globale à l'égard de la CPAM en fonction du nombre de contacts téléphoniques

(en %)	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Total SATISFAITS	Total INSATISFAITS
0 contact	20,1	73,3	6,1	0,6	93,4	6,6
1 contact	18,2	72,8	8,4	0,6	91,0	9,0
2 à 5 contacts	14,6	69,9	14,0	1,6	84,5	15,5
Plus de 5 contacts	11,3	56,7	24,6	7,4	**68,0**	**32,0**

Source : Enquête de satisfaction des assurés sociaux 2012 de la Cnamts, traitement mission

1.3.3 Un seuil d'acceptabilité en termes de délai de réponse de 3 semaines pour les demandes par courriers et de 8 jours par courriels

[996] L'absence de réponse aux courriels ou une réponse plus de 8 jours après l'envoi du courriel engendrent plus de 50% d'insatisfaction (cf. tableau 14) mais contrairement aux courriers, ils sont moins nombreux à n'être pas du tout satisfaits dès lors qu'ils ne reçoivent pas de réponse.

Tableau 77 : Niveau de satisfaction relative aux courriels en fonction du délai de réponse

	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Total SATISFAITS	Total INSATISFAITS
Moins de 3 jours	35,5%	54,3%	8,2%	2,0%	89,8%	10,2%
Entre 3 et 5 jours	15,1%	66,0%	16,1%	2,8%	81,1%	18,9%
Entre 5 et 8 jours	9,2%	62,2%	24,4%	4,2%	71,4%	28,6%
Plus de 8 jours	6,1%	40,8%	37,2%	15,9%	**46,9%**	**53,1%**
Aucune réponse reçue	4,6%	38,0%	27,1%	30,3%	**42,6%**	**57,4%**

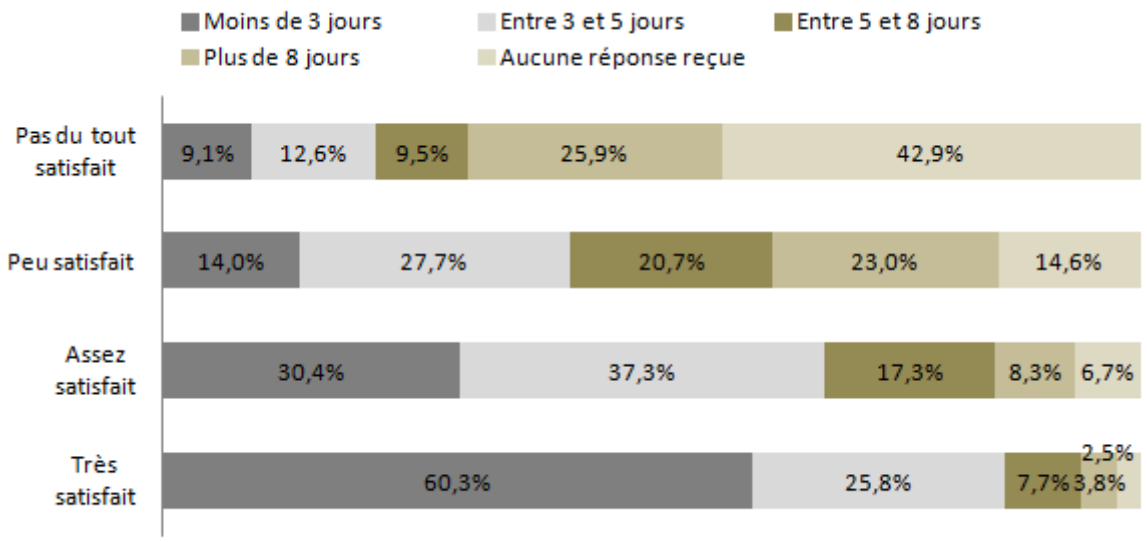
Source : Enquête de satisfaction des assurés sociaux 2012 de la Cnamts, traitement mission

[997] Parmi les très satisfaits, la proportion d'assurés ayant obtenu une réponse rapide (moins de 5 jours pour les courriels, cf. graphique 8 ; moins de 2 semaines pour les courriers) est élevée, parmi les très insatisfaits, ce sont les individus n'ayant pas eu de réponse ou une réponse très longue qui dominent. L'impact du délai de traitement des demandes écrites sur la satisfaction globale vis-à-vis de leur CPAM est similaire.

[998] Cette analyse donne des pistes de leviers opérationnels pour le pilotage et la gestion de l'activité quant au traitement des demandes écrites qui impacteraient à terme les résultats en terme de satisfaction.

[999] Il faut néanmoins être prudent en termes d'interprétation et procéder à des tests de robustesse pour définir précisément les seuils d'acceptabilité puisque les résultats présentés ici sont liés aux seuils utilisés dans le questionnaire.

Graphique 35 : Part des assurés dans chaque niveau de satisfaction sur les demandes écrites en fonction du délai de traitement des courriels



Source : Enquête de satisfaction des assurés sociaux 2012 de la Cnamts, traitement mission

[1000] S'agissant des courriers, l'absence de réponse et l'obtention d'une réponse après trois semaines d'attente sont majoritairement génératrices d'insatisfaction (cf. tableau 15). Le décrochage de la satisfaction intervient même dès deux semaines mais s'intensifie à partir de trois semaines. Les assurés qui ne reçoivent pas de réponse à leur demande sont plus de 51% à n'être pas du tout satisfaits du traitement de leur courrier.

Tableau 78 : Niveau de satisfaction relative aux courriers en fonction du délai de réponse

	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Total SATISFAITS	Total INSATISFAITS
Moins d'une semaine	43,6%	49,9%	5,2%	1,3%	93,5%	6,5%
1 à 2 semaines	20,6%	69,3%	8,8%	1,3%	89,9%	10,1%
2 à 3 semaines	8,2%	67,1%	21,8%	2,9%	75,3%	24,7%
Plus de 3 semaines	3,1%	37,5%	45,1%	14,3%	**40,6%**	**59,4%**
Aucune réponse reçue	3,2%	17,2%	28,3%	**51,3%**	**20,4%**	**79,6%**

Source : Enquête de satisfaction des assurés sociaux 2012 de la CNAMTS, traitement mission

[1001] Or entre 2011 et 2012, la proportion de courriers traités en une semaine s'est accrue tandis que la part de ceux traités en deux et trois semaines a diminué. En d'autres termes, les efforts des caisses ont permis une meilleure rapidité de traitement des courriers qui avaient une durée de traitement moyenne. Cependant, on note un accroissement de la part de courriers traités en plus de trois semaines, alors même que c'est là que l'insatisfaction est la plus forte. Pour le dire autrement, les gains ont été faits sur des types de délai de traitement n'apportant qu'un gain marginal de satisfaction alors que pour les courriers ayant un délai de traitement long, la situation s'est légèrement dégradée alors même que c'est là que sont les leviers les plus importants pour gagner en satisfaction. Pour maximiser la satisfaction des assurés, dont on constate qu'elle n'évolue pas de façon linéaire en fonction du délai de réponse, l'objectif ne doit pas être de diminuer le délai moyen de traitement des courriers mais avant tout d'éviter des traitements supérieurs à 3 semaines et ce de façon systématique. Cette recommandation peut donc conduire à encourager les caisses à se créer des indicateurs de gestion identifiant quotidiennement le volume de courriers non traités se rapprochant de trois semaines de délai et apporter de façon prioritaire une réponse à ces courriers.

Recommandation n°74 : Suivre quotidiennement le volume de courriers non traités se rapprochant de trois semaines de délai et apporter de façon prioritaire une réponse à ces courriers

[1002] Cet exemple montre que l'élaboration du questionnaire de satisfaction, et notamment la définition des modalités de réponse, doit se faire en lien étroit avec le réseau et que l'interprétation du questionnaire doit être faite de façon extrêmement opérationnelle. Cette opérationnalité peut même nécessiter au département Ecoute clients de la CNAMTS de croiser ses données d'enquête avec des données d'activité issues de base métiers (exemple dans le cas présent, les délais de traitement des courriers par les caisses). Or, malgré les efforts affichés par le siège pour montrer aux CPAM comment exploiter les données d'enquête, les déplacements en caisse effectués par la mission ont plutôt eu tendance à montrer que la boucle d'amélioration continue fonctionne encore de façon insatisfaisante. Le personnel des caisses se déclare très intéressé par les résultats des enquêtes, et ce d'autant plus que ces résultats impactent leur intéressement, mais ils ne voient pas clairement le type d'actions concrètes que cela doit les encourager à conduire pour améliorer leurs indicateurs de satisfaction. Cette incapacité affichée à en faire bon usage provient largement du fait que les graphiques et autres données restituées ne descendent pas à ce jour dans un niveau d'opérationnalité suffisant quant aux besoins réels des caisses, sachant par ailleurs qu'au regard de leur temps limité, les caisses n'ont pas le temps, ni les compétences, en interne pour mener ce travail d'analyse approfondi.

[1003] Mener un tel travail sur les déterminants de la satisfaction et de l'insatisfaction permettra de mieux outiller les caisses et ainsi d'agir de façon plus efficace sur la satisfaction.

Recommandation n°75 : Renforcer le soutien méthodologique du siège envers le réseau par la mise en place d'outils et d'analyses aisément utilisables par le réseau.

2 UNE GESTION DE LA RELATION CLIENT ENCORE LARGEMENT TOURNEE SUR LA PERFORMANCE DES SERVICES OFFERTS PLUS QUE SUR L'ANALYSE DES COMPORTEMENTS ET DES ATTENTES DES ASSURES SOCIAUX

2.1 L'évaluation interne de la qualité des réponses comme outil d'amélioration de la pertinence des services de l'Assurance maladie

Comme l'évaluation par les assurés eux-mêmes est coûteuse en temps et en argent pour les caisses et qu'elle ne peut donc être que périodique, les caisses se substituent aux assurés pour évaluer de manière plus continue la qualité des services qu'elle leur offre. Cette approche d'évaluation interne se manifeste principalement dans les plates-formes de services par des stratégies d'appels mystères et de double écoute et à l'accueil physique par le mécanisme de double écoute. Cette stratégie permet aux caisses de déterminer les actions à mener afin d'améliorer les compétences de leurs agents qui, comme nous l'avons évoqué plus haut pour le traitement des réclamations, peuvent être l'élément moteur de la satisfaction ou l'insatisfaction des assurés et être source de fortes réitérations en cas de dysfonctionnement ou de besoins de réassurance mal maîtrisés par l'assurance maladie. Ces dispositifs de contrôle par les organismes peuvent par exemple, en cas de non-conformité aux besoins des assurés, conduire à réviser les supports du discours clients en modifiant les scripts mis à la disposition des agents de front office dans Medialog.

[1004] Les évaluations via l'écoute des agents, gérées localement, fournissent des analyses approfondies individuelles ou collectives de la réponse apportée.

[1005] Les appels mystères permettent d'analyser de manière globale la maîtrise d'un processus sur les plates-formes de services, comme par exemple le processus déménagement, et la qualité de l'accueil (LR-DD0-156/2009).

2.1.1 La double écoute

[1006] Ce dispositif est opéré par les responsables de plates-formes ou d'accueil physique auprès de leurs agents de front office. La Cnamts prévoit en moyenne deux écoutes par mois et par agent. Il s'agit d'évaluer la qualité de la réponse sur le fond et sur la forme avec le déploiement d'un outil national (Quality report de Télémétris). L'évaluation est faite à partir d'écoutes de proximité (i.e. où l'évaluateur est à côté de l'agent d'accueil ou téléconseiller), d'écoutes discrètes (i.e. où l'évaluateur écoute la conversation téléphonique à distance sans que le téléconseiller soit nécessairement informé de l'écoute) ou d'appels enregistrés.

[1007] Dans le cadre de l'évaluation, le superviseur peut être amené à questionner l'agent sur la forme de son discours en lui demandant par exemple ce qu'il fait juste après avoir reformulé la demande de l'assuré. Dans ce cas précis, l'agent est invité à sélectionner le motif et sous-motif adéquats et à mettre le client en attente le temps de s'approprier le script et préparer sa réponse.

[1008] Les documents relatifs à la refonte du discours clients en 2013 mentionnent que la qualité de la réponse ainsi que la forme du discours doivent primer sur le temps de communication, ce qui peut paraître contradictoire avec l'objectif assigné aux agents de limiter leur temps de réponse en niveau 1.

2.1.2 Les appels mystères

[1009] Les appels mystères servent de support partiel au calcul de l'indicateur relatif à la fiabilité de réponse téléphonique.

[1010] La qualité de réponse s'évalue autour de trois composantes, à savoir la conduite de l'entretien (présentation du téléconseiller, questionnement, reformulation de la demande, etc.), la qualité du contenu de la réponse (réponse appropriée et crédible) et l'expression et l'attitude de service (voix, langage, personnalisation, amabilité, etc.).

[1011] Les résultats de la campagne d'appels mystères de 2012 portant sur une information générale relative au congé de maternité montrent une augmentation de la qualité globale et notamment sur le contenu de la réponse (cf. tableau 16). Ainsi, en moyenne les plates-formes téléphoniques obtiennent un niveau de fiabilité de réponse téléphonique de 78,4% dont 85,7% pour la qualité de réponse (sur le fond), 64,2% sur la conduite de l'entretien et 77,9% sur l'expression et l'attitude de service.

Tableau 79 : Performance nationale sur la qualité du contenu de la réponse en 2012

Notation	Référentiel de réponse	2012	Nombre d'appels concernés	Evolution 2011-2012
Non acquis	Réponse mauvaise et/ou propose d'appeler à nouveau ou d'être appelé.	12,9%	150	-77%
Partiellement acquis	Commence à donner des bons éléments de réponse mais propose d'appeler à nouveau ou d'être appelé.	0,9%	11	-97%
Acquis	La durée du congé maternité légal en cas de grossesse gémellaire est de 34 semaines, soit 12 semaines avant l'accouchement et 22 semaines après ou 16 semaines avant et 18 après.	5,7%	66	-31%
Maîtrisé	La durée du congé maternité légal en cas de grossesse gémellaire est de 34 semaines, soit 12 semaines avant l'accouchement et 22 semaines après ou 16 semaines avant et 18 après. Vous pouvez également trouver des informations complémentaires sur le site Ameli (Simulateur de calcul d'indemnités journalières, Guide "Ma Maternité", ...).	80,4%	933	+ 3 523%

Source : *LR-DDO-108/2013, Cnamts*

[1012] La qualité de réponse sur la forme est limitée par un manque de questionnement et de reformulation de la demande (cf. tableau 17) alors que ces éléments permettent de cibler au mieux les attentes des assurés sociaux et contribuent alors fortement à la qualité globale de réponse et par un manque également d'éléments conclusifs de l'entretien qui permettraient pourtant de vérifier la bonne compréhension de l'assuré et limiter une réitération de contacts.

Tableau 80 : Résultats sur la qualité de la forme de réponse (conduite d'entretien)

Nouveau critère	Thème « conduite de l'entretien »	Score 2012	Score 2011
	Présentation du conseiller	96.12%	99.17 %
	Le questionnement	46.82%	74.63 %
	La reformulation de la demande	43.68%	9.63%
	La conclusion de l'entretien	33.43%	6.06%
✓	La gestion de l'attente	93.25%	-
	La prise de congé	78.16%	88.06%
✓	La directivité	81.75%	-

Source : *LR-DDO-108/2013, Cnamts*

2.2 Une priorité donnée à des indicateurs quantitatifs ciblés sur la qualité intrinsèque du service rendu sans mise en rapport avec la qualité perçue par les assurés

[1013] La qualité de service est appréhendée dans la COG par des indicateurs de qualité de service rendu telle que mesurée par l'activité des caisses. La relation client est ainsi très fortement centrée sur la performance des caisses au regard de ces indicateurs. Toutefois, cette approche ne donne qu'une vision métier de la qualité de service et ne tient pas compte de la manière dont les dimensions de la qualité de service sont perçues par les assurés sociaux.

[1014] Le tableau ci-dessous met en évidence le décalage existant entre la qualité mesurée par les indicateurs de la COG et reflétant l'activité réalisée par les caisses (cf. la qualité de service rendu), et la qualité perçue par les assurés sociaux et mentionnée dans les enquêtes annuelles de satisfaction. Ce décalage est significatif notamment sur certaines variables comme les délais en matière d'accueil téléphonique où la satisfaction des assurés sur le temps d'attente lors d'un appel est beaucoup plus faible que ce que pourrait intuitivement laisser à penser la performance en termes de taux de décrochés.

Tableau 81 : Comparatif entre les résultats d'activité et les résultats de satisfaction des assurés sociaux entre 2010 et 2012

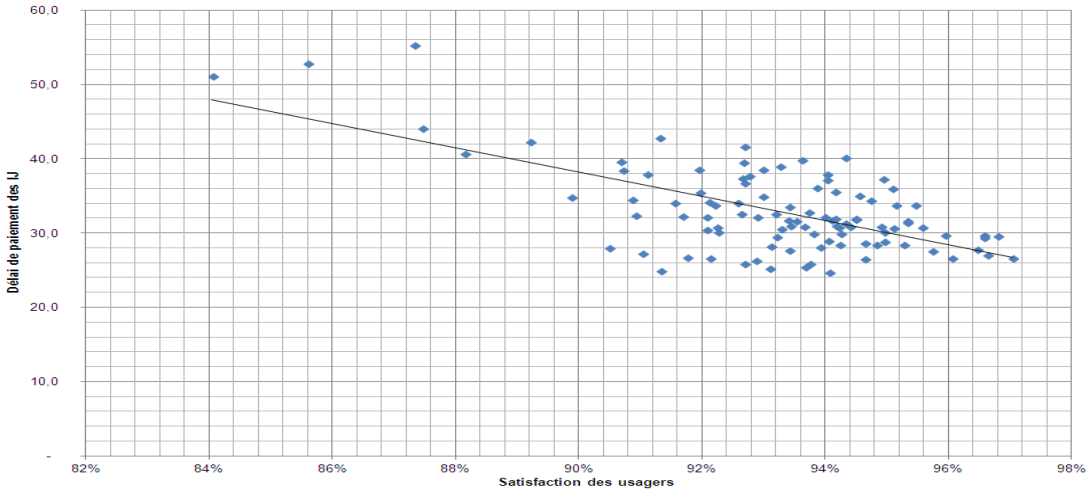
Indicateur d'activité COG	**Indicateur de satisfaction associé**	**Objectif 2010**	**Objectif 2011**	**Objectif 2012**	**Résultat 2010**	**Résultat 2011**	**Résultat 2012**	**Satisfaction 2010**	**Satisfaction 2011**	**Satisfaction 2012**
Courriels traités en moins de 48h	Délai de réponse aux demandes écrites (courriels)	66%	70%	75%	-	79%	80%	73% (courriels et courriers)	76%	77,2%
Taux de décrochés des appels téléphoniques	Temps d'attente avant d'avoir un interlocuteur	90%	90%	90%	86%	85%	87%	51%	53,6%	53,8%
Délai d'attente en accueil physique de moins de 20 minutes	Temps d'attente global lors de votre visite	85%	85%	85%	-	88%	89%	63%	63%	63%
Délai de traitement des réclamations en 21 jours	Délai de réponse de la dernière réclamation	90%	90%	90%	-	88%	91%	69,4%	69,3%	69,7%
Délai de remboursement (FSE)	Délai avant le remboursement de soins (FSE ou papier)	7 jours	7 jours	7 jours	6,6 jours	6,6 jours	6,7 jours	87%	86,6%	86,9%
Délai de paiement des indemnités journalières	Délai de paiement des revenus de remplacement	40 jours	35 jours	30 jours	68,9 jours	39,2 jours	35,8 jours	82%	65,9%	65,4%
Délai moyen de délivrance de la carte vitale	Délai pour obtenir la carte vitale	22 jours	22 jours	19 jours	25,3 jours	-	19,9 jours	76%	79%	79,2%

Source : Résultats nationaux COG Cnamts et enquête nationale de satisfaction des assurés sociaux 2012 de la Cnamts

[1015] Ce décalage est encore plus manifeste en ce qui concerne les délais de paiement des indemnités journalières. Si entre 2010 et 2012, les caisses ont amélioré leur délai de paiement passant de 68,9 à 35,8 jours en moyenne nationale, la satisfaction des assurés s'est quant à elle fortement détériorée sur cette même période avec une baisse de 82% d'assurés satisfaits à 65,4%. Cet écart peut s'expliquer par le fait qu'entre 2010 et 2012, la crise économique s'est renforcée ce qui a précarisé une partie des assurés ; ces derniers sont dès lors beaucoup plus sensibles qu'auparavant au délai de versement de leurs indemnités. Autrement dit, la valeur d'une journée d'attente n'est pas constante dans le temps pour un assuré ; elle est fonction d'autres paramètres qui peuvent conduire l'assuré à élever son niveau d'exigence. Dans une telle configuration, la satisfaction peut se dégrader alors que la qualité du service produit est stable voire même s'améliore, comme c'est le cas ici. La prise en compte du service produit uniquement donne alors une vision imparfaite voire erronée de la qualité de service perçue par les assurés et peut même conduire à des stratégies non optimales pour l'améliorer : en l'occurrence, malgré les progrès que reflètent l'indicateur de délai, ces efforts ont été insuffisants au regard du besoin accru des assurés d'être rapidement payés. Les indemnités journalières sont un exemple flagrant du manque de pertinence à vouloir se concentrer uniquement sur l'aspect métier pour établir des stratégies marketing auprès des assurés sociaux.

[1016] Si l'on considère l'unique indicateur de la COG qui relate la perception des assurés, à savoir le taux d'assurés satisfaits de leur relation avec l'Assurance maladie, une analyse du point de vue de l'activité tend à établir un fort lien négatif entre le délai des indemnités journalières et la satisfaction globale des assurés sociaux (cf. graphique 9 avec un coefficient de -0,64).

Graphique 36 : Relation entre le pourcentage d'usagers satisfaits des services de leur CPAM et les délais de paiement des revenus de remplacement (IJ)



Source : CNAMTS, indicateurs par CPAM, données 2012, traitement mission

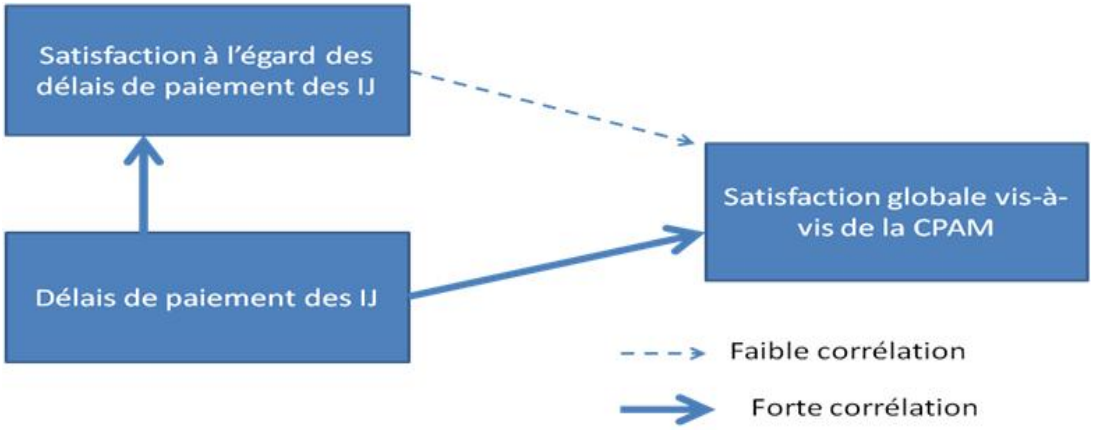
[1017] La variable « délai IJ » est celle qui est la plus corrélée à la satisfaction globale, négativement. Or parallèlement, si l'on se place uniquement du point de vue de l'assuré, il semblerait que la satisfaction des assurés vis-à-vis du délai de paiement des revenus de remplacement et leur satisfaction globale sont relativement indépendantes l'une de l'autre, avec un coefficient de corrélation faible (de l'ordre de 0,13, cf. tableau 19 et schéma 1 pour un résumé synthétique).

Tableau 82 : Corrélation entre la satisfaction globale et la satisfaction à l'égard des délais

Sur l'aspect "Délais"	Satisfaction globale
Accueil physique	0,2
Courrier/courriel	0,21
Téléphone	0,21
Réclamations	0,27
Remboursement (papiers et FSE)	0,27
IJ	0,13

Source : Enquête nationale de satisfaction des assurés sociaux 2012 de la CNAMTS, traitement mission.

Schéma 4 : Corrélation entre les délais de paiement des IJ et la satisfaction des assurés.



Source : *Traitement mission*

2.3 Un manque d'anticipation et de communication vis-à-vis des besoins des assurés auquel l'Assurance maladie essaie progressivement de remédier

2.3.1 Une faiblesse dans l'anticipation et la communication face aux besoins des assurés sociaux

[1018] La stratégie de la Cnamts est essentiellement centrée sur le développement de services, sans avoir nécessairement toujours analysé leur potentialité en amont. En effet, la Cnamts s'est lancée dans une vaste campagne de développement des téléservices avec la multiplication des outils à la disposition des assurés sociaux pour entrer en relation avec l'Assurance maladie par un autre biais que les canaux de contacts traditionnels. Elle a ainsi mis en place un site Internet, avec la possibilité de créer un compte et à partir de là d'envoyer des courriels à l'organisme. Elle a développé un site mobile et une application sur smartphone alors même que d'après une enquête nationale sur l'utilisation des courriels en décembre 2011, ces développements ne constituaient pas des attentes prioritaires des assurés sociaux[166], assurés sociaux dont on peut pourtant penser qu'ils font partie de ceux ayant déjà les plus fortes appétences pour les nouvelles technologies vu qu'ils ont un compte ameli et utilisent le courriel. Si ces nouveaux outils peuvent constituer une bonne stratégie de désengorgement des accueils physique et téléphonique, cette réussite ne peut avoir lieu qu'avec une politique active visant à conduire de manière répétée les assurés vers ces nouveaux dispositifs en fonction de leurs besoins. La stratégie actuelle de la CNAMTS consiste à développer une profusion d'outils avec une politique de communication orientée sur un volume d'adhésions au compte ou au smartphone sans s'attacher à développer une communication ciblée et efficace autour des fonctionnalités de ces dispositifs, avec donc un faible intérêt pour l'usage effectif des comptes ou du besoin des assurés les utilisant. Une enquête sur l'utilisation des courriels dans la Sarthe montre une méconnaissance par les assurés des services disponibles sur le compte Ameli. Les opérations de communication sont quasi exclusivement axées sur la promotion du compte dans le but de favoriser les adhésions et non sur une politique de fidélisation des adhérents. On peut le constater au niveau national avec au final la faible utilisation des courriels par les assurés (250 000 courriels mensuels en moyenne). Une telle orientation s'explique par le fait que le nombre d'adhésions était un indicateur de suivi de la COG. Cela montre à la fois la capacité de la Cnamts à mobiliser le réseau sur des objectifs d'activité ciblés mais interroge quant à la pertinence aujourd'hui d'un objectif aussi frustre.

[1019] Par ailleurs, la Cnamts a une position relativement passive vis-à-vis des demandes formulées par les assurés ; en effet, elle effectue peu de démarches pour connaître et donc satisfaire des besoins non exprimés. Plus précisément, le taux de non-recours à certaines prestations (ex. CMUc ou ACS) reste élevé (20% de non-recours pour la CMUc et environ 70% pour l'ACS) et la recherche de bénéficiaires potentiels est le fait de démarches indépendantes au niveau local par le biais des délégués sociaux ou au travers de requêtes à partir des fichiers de la CAF.

[166] A noter, une attente non prioritaire ne signifie pas que ce n'est pas une attente. Cela signifie seulement que d'autres attentes paraissent plus importantes aux assurés. Une fois un nouveau service mis en place il trouve dans la grande majorité des cas bon an mal an des assurés qui vont y avoir recours, données d'activité qui peuvent donner l'impression a posteriori que la mise en place du service se justifiait alors même que d'autres besoins plus prioritaires étaient en fait exprimés par les assurés.

[1020] La Cnamts va mettre en place, suite à un groupe de travail et dans le cadre du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, un nouveau dispositif dans chaque caisse visant à limiter les situations de non recours, d'incompréhension et de rupture. Il s'agit du plan local d'accompagnement du non recours, de l'incompréhension, des ruptures (PLANIR). L'objectif pour les CPAM, en lien avec les services médicaux et sociaux, est de renforcer leur mission de service public et de favoriser l'accès aux droits et l'utilisation de ces droits (ex : utilisation effective du chèque de l'aide à la complémentaire santé).

[1021] De même, l'anticipation proactive de besoins personnes contactant l'assurance maladie pour un problème donné mais pouvant avoir d'autres difficultés non exprimées restent à ce jour très limitée. Ainsi, les travaux réalisés avec le SGMAP dans la cadre de la présente mission ont montré que les personnes ont souvent besoin de savoir à quelle échéance leur situation sera traitée sans quoi ils recontactent au bout d'un certain temps l'assurance maladie pour s'informer de l'avancement de leur dossier. Ne pas donner cette information dès le premier contact dénote un manque de prise en compte globale des besoins des assurés, besoins qui ne sont pas toujours exprimés à l'instant même où la personne entre en contact pour sa première démarche.

2.3.2 La promotion de services adaptés à des besoins particuliers au travers de la mise en œuvre de parcours attentionnés va dans le bon sens mais souffre d'un défaut d'évaluation du point de vue des bénéficiaires

[1022] La création de parcours attentionnés par la Cnamts a pour but de promouvoir des services adaptés aux besoins particuliers de certains types d'assurés. Il s'agit d'offrir des services mettant en œuvre un certain nombre d'actions afin d'accompagner au mieux une population ciblée rencontrant une situation particulière de vie liée à sa santé (passage en invalidité par exemple) ou autres (déménagement, maternité, perte d'un proche par exemple). Ces parcours clients visent à conseiller et informer en temps utile les usagers et à clarifier voire simplifier leurs démarches administratives par un décloisonnement des services administratifs intervenant aux différents stades de la procédure dans le traitement de la situation (ex. pour une maternité, service en charge du paiement des indemnités journalières, puis service de la gestion du bénéficiaire pour la déclaration de naissance). Il s'agit plus précisément d' « accompagner l'assuré à des moments clés de sa vie par un service global facilitant l'accès aux droits et aux soins (désinsertion professionnelle, perte d'un proche, promotion de l'ACS, entrée en ALD), en accord avec les orientations en matière de gestion du risque (garantir l'accès aux droits et réduire les inégalités de santé) comme en matière de service (améliorer l'accompagnement de l'assuré pour garantir l'accès aux droits) »[167]. Fin 2012, sept parcours assurés étaient mis en place.

[1023] Ces offres de services peuvent contribuer à l'amélioration de la satisfaction des assurés puisque l'Assurance maladie développe par ce biais un accompagnement plus personnalisé par situation de vie plutôt qu'un accompagnement de masse et est plus proactive dans ses contacts avec l'assuré, ce qui peut induire de moindres contacts futurs pour des motifs d'informations générales et de réassurance.

[1024] En complément des parcours nationaux structurés par la Cnamts, chaque caisse est par ailleurs libre de mettre en place des parcours locaux spécifiques. La CPAM du Gard a par exemple mis en place au niveau local un parcours jeunes, en partenariat avec le service médical. Le jeune est convoqué en CPAM afin de faire un point sur sa situation, mettre à jour son dossier ou le créer si besoin, vérifier ses droits actuels et l'éligibilité à d'autres droits. Ce rendez-vous est également l'occasion de faire un bilan de santé au service médical attenant et de promouvoir enfin le compte Ameli afin de favoriser dans le futur une relation par ce biais là.

[167] Source : Bilan intermédiaire de la mise en œuvre des offres de services attentionnés – focus sur les offres de services CMUc et ACS, Cnamts.

[1025] L'intérêt de ces parcours est manifeste dans la mesure où ils vont dans le sens d'une meilleure prise en compte des besoins des assurés et peut améliorer la qualité du service. Toutefois, aucune évaluation du point de vue des bénéficiaires n'est réellement faite ex post sur l'efficacité de ces dispositifs. L'évaluation du parcours déménagement réalisée dans le cadre de cette mission IGAS avec le SGMAP et BVA (cf. Annexe n°6 sur le parcours déménagement) a permis de montrer que les difficultés rencontrées par les assurés en dépit de l'existence d'un parcours dédié sont essentiellement liées à une problématique de réassurance et que faute d'une démarche d'évaluation fine par la Cnamts de ces mécanismes, les principales mesures utiles à une prévention de la réitération n'ont pas à ce jour été identifiées et mises en place (ex. transmissions d'un accusé réception systématique, indication d'un délai de traitement, information intermédiaire quand le délai risque d'être finalement supérieur au délai préalablement indiqué).

[1026] Les données qui intéressent actuellement la Cnamts (cf. part de caisses ayant mis en place les bénéficiaires ou nombre de bénéficiaires entrant dans les parcours) sont des données d'activité et de volume certes utile pour le pilotage du réseau mais qui, en l'absence d'une écoute clients structurée, ne permettent nullement de savoir si l'objectif d'une meilleure prise en charge des personnes est effectivement atteint. les travaux menés sur le déménagement tel qu'il est vécu par les assurés tendent à montrer que l'évaluation des parcours du point de vue des bénéficiaires doit être systématisée afin d'en renforcer l'efficacité.

2.3.3 Le recours aux campagnes sortantes : une voie prometteuse pour améliorer la communication de l'assurance maladie

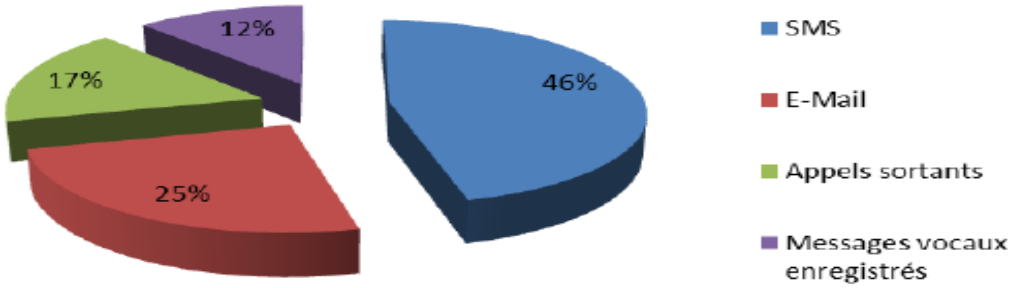
[1027] Le développement de contacts sortants est une stratégie issue des travaux de la mission déléguée n°12 de la Cnamts « passer d'une offre de contacts juxtaposés à une stratégie multi-canal coordonnée ». Ces travaux ont aboutis sur l'établissement d'un top 20 des campagnes sortantes prioritaires ainsi que des fiches actions associées. Les campagnes doivent répondre à trois objectifs : une qualité de service, une contribution aux objectifs CPG dans une logique d'efficience, et un gain en productivité. Un outil national, Osmose, sera mis en place fin 2014.

[1028] Les campagnes sortantes peuvent être de natures diverses :

- Des campagnes informationnelles. L'objectif est d'informer l'assuré sur le traitement de son dossier (réception d'une pièce, paiement de la prestation) ou sur une modification organisationnelle de la CPAM (fermeture d'un accueil ou d'une permanence, modification des horaires d'ouverture, etc.) ;
- Le premier type d'information peut diminuer le flux de contacts entrants pour des motifs de réassurance. Le deuxième type d'information peut générer une hausse de contacts en cas de mauvais ciblage de la campagne. La mission a pris connaissance lors d'entretiens avec les membres de la direction de la CPAM du Val-de-Marne et des agents de front office de l'échec d'une campagne sortante par SMS dans le Val-de-Marne. L'objet du contact sortant était d'informer les assurés de la fermeture d'un accueil, qui s'est traduit par un flux massif le lendemain en agence du fait de la mauvaise compréhension du message et la crainte pour l'assuré d'un problème sur son dossier en cours de traitement ;
- Des campagnes promotionnelles. Il s'agit d'informer les assurés sur les nouvelles offres disponibles (nouveaux services, nouveaux parcours) et/ou sur des offre existantes (ex : fonctionnalités sur le compte AMELI) ;
- Des campagnes de fidélisation (utilisation du compte, mise à jour de la carte vitale au moins une fois par an) ;
- Et enfin de campagnes de substitution de canaux de contacts et de meilleure orientation dans le multi-canal. Cela s'inscrit dans une logique de désengorgement des canaux d'accueils physiques et téléphoniques en faveur des canaux dématérialisés.

[1029] Un état des lieux des campagnes pratiquées par le réseau a été dressé fin 2012 avec le recensement de près de 700 campagnes menées par plus de 60 CPAM. Les offres de services (29% des campagnes proactives), la gestion du dossier client (28%) et la régulation, prévention et lutte contre la fraude (28%) sont les thématiques ayant fait le plus l'objet de contacts sortants. Ces campagnes sont principalement réalisées par SMS (46% des contacts sortants) et par courriel (25% ; cf. graphique 11 ci-dessous).

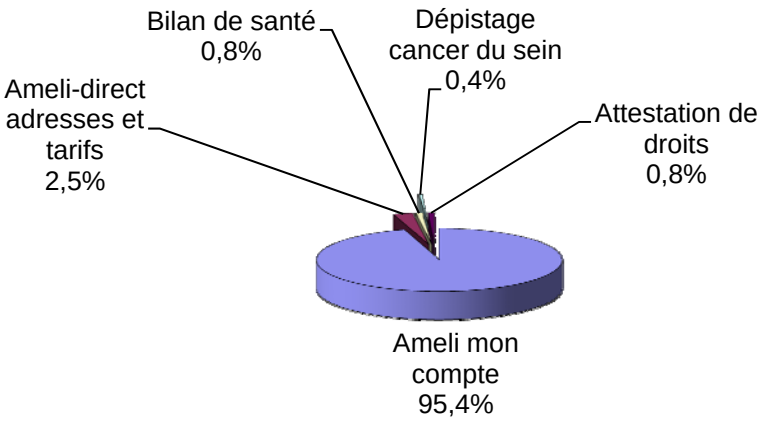
Graphique 37 : Part des canaux de contacts utilisés pour les campagnes sortantes



Source : *LR-DDO-134/2013, Cnamts*

[1030] Les retours d'expérience par les CPAM montrent que les campagnes les plus efficaces sont celles qui se rapprochent des besoins des assurés. Ainsi les caisses sont invitées d'une part à faire des offres sur rebond aux assurés en fonction des demandes précédemment formulées. Le graphique 12 ci-dessous illustre le type d'offres sur rebond effectuées par la CPAM de la Sarthe. On remarque que l'essentiel des offres sur rebond consiste en la promotion des services dématérialisés (compte Ameli, Ameli-direct). Elles sont incitées d'autre part à promouvoir des services correspondant parfaitement aux besoins des assurés. Il s'agit par exemple de promouvoir l'ouverture du compte AMELI aux femmes enceintes en valorisant l'ensemble des services offerts sur le compte dont un espace prévention et des informations sur les formalités administratives pour le rattachement de l'enfant.

Graphique 38 : Offres sur rebond réalisées dans la CPAM de la Sarthe



Source : *CPAM Sarthe.*

[1031] Si les contacts sortants ont comme avantage de réduire les flux entrants, de conférer de la réassurance et d'anticiper les besoins des assurés, l'efficacité de l'outil tient à un bon ciblage de l'objectif (campagne de promotion de masse, ou campagne égrenée sur un acte de gestion) et du public visé. Elle tient également au bon dosage entre des campagnes nationales et des campagnes locales afin de ne pas créer un effet de saturation auprès des assurés. Le choix du moyen de contact (SMS, courriel, appel) est également primordial. Elle requiert une professionnalisation accrue des caisses notamment dans la rédaction des messages et l'effectivité des résultats (cf. suivi du taux d'ouverture des messages et des actions induites avec par exemple le taux d'ouverture de compte chez les personnes cibles d'une campagne d'adhésion).

[1032] La bonne conduite de ce nouveau mode de contact nécessitera de créer au sein des caisses un pont entre le back office et le front office pour à la fois promouvoir des services et prévenir les demandes des assurés, ce qui nécessite de bien connaître la situation du demandeur et l'état d'avancement du traitement de sa situation quand une demande est en cours.

Recommandation n°76 : Positionner le développement à venir des campagnes sortantes, en masse ou égrenées, clairement sur ce créneau : incitation des assurés à s'orienter vers tel ou tel canal en fonction de la nature de leur demande et limitation de réitération de contacts en créant de la réassurance.

3 LE DEPLOIEMENT DE NOMBREUX OUTILS D'EVALUATION DE L'ACTIVITE COMPLETE LE DISPOSITIF D'ECOUTE CLIENTS SANS CONSTITUER UNE STRATEGIE GLOBALE ET STRUCTUREE

3.1 Les besoins des assurés sont appréhendés par l'analyse de leurs sollicitations enregistrée dans l'outil métier de GRC

[1033] Les motifs de contact apparaissent de manière succincte dans une question de l'enquête nationale de satisfaction mais ne sont pas ventilés par type de contact. L'analyse approfondie des motifs de contact se fait via des extractions sous l'outil de GRC Medialog (et alimenté par EPTICA pour les courriels). En effet, cet outil est le support de travail de chaque agent de front office à l'accueil physique et sur plateforme téléphonique et le vecteur principal d'informations pour les directions locales et nationales quant aux relations des usagers avec l'Assurance maladie.

[1034] L'outil Medialog présente quelques limites :

- L'arborescence des motifs en super-motifs, motifs et sous-motifs, est complexe : la mission a relevé lors de ces déplacements une aisance des conseillers dans le maniement de l'arborescence mais le risque d'erreur est non négligeable et l'enregistrement est lié à l'appréciation subjective des agents au lieu d'être généré automatiquement en fonction des opérations menées sur les applications métiers. Cet écueil est pointé notamment par la CNAF qui avoue que les conseillers ont tendance par manque de temps d'enregistrer la modalité par défaut « informations générales ».
- Dans la perspective de l'argument précédent, aucun audit n'est réalisé sur les modalités d'enregistrements des motifs de contact. Des disparités ont été observées lors des déplacements de la mission : une CPAM ne fait figurer dans la base que le motif principal du contact, les autres enregistrent tous les motifs abordés. Aussi, l'outil ne retrace pas le motif principal du contact dans le cas où plusieurs motifs ont été enregistrés pour un même contact.
- L'outil ne permet pas de déterminer la fréquence de motifs par contact (X% des contacts pour un motif, Y% pour deux motifs, etc.).

3.1.1 Un suivi des motifs de contact

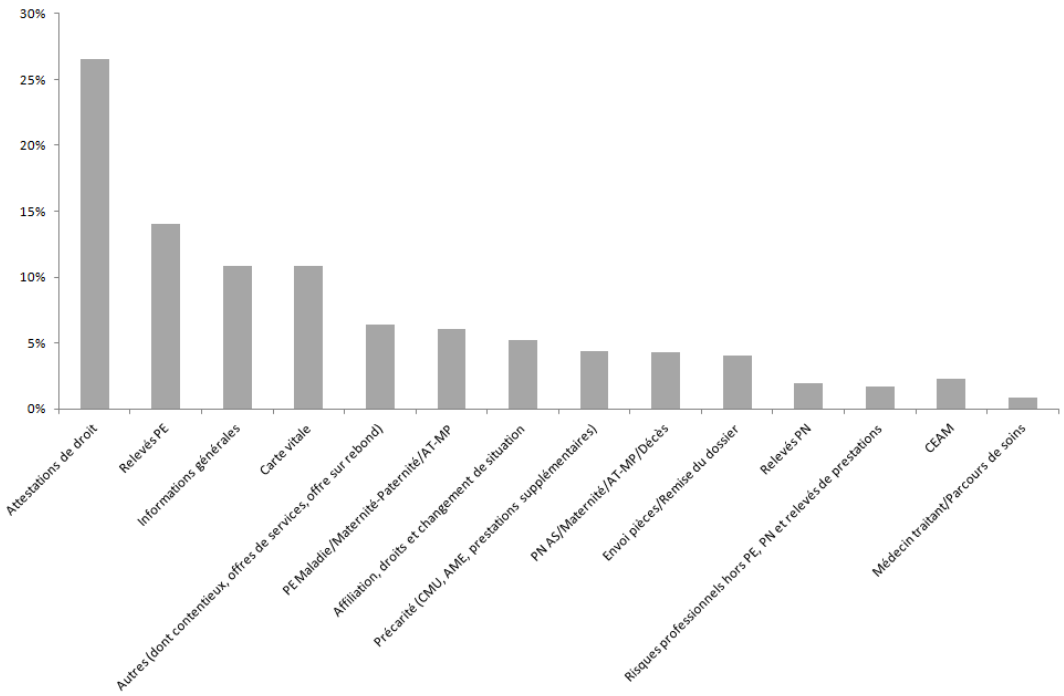
3.1.1.1 Les motifs globaux

[1035] Les assurés sociaux ont contacté en 2013, tous canaux confondus, leur CPAM pour les principaux super-motifs suivants (cf. graphique 12) :

- une attestation de droits.
- la délivrance de relevés d'indemnités journalières (prestations en espèces –PE)
- des informations générales
- une demande de carte vitale.

[1036] Ces quatre motifs représentent plus de 60% des sollicitations des assurés sociaux dans l'ensemble des canaux. Ces motifs sont liés à l'utilisation croissante des services dématérialisés.

Graphique 39 : Répartition des motifs de contacts (tous canaux confondus)

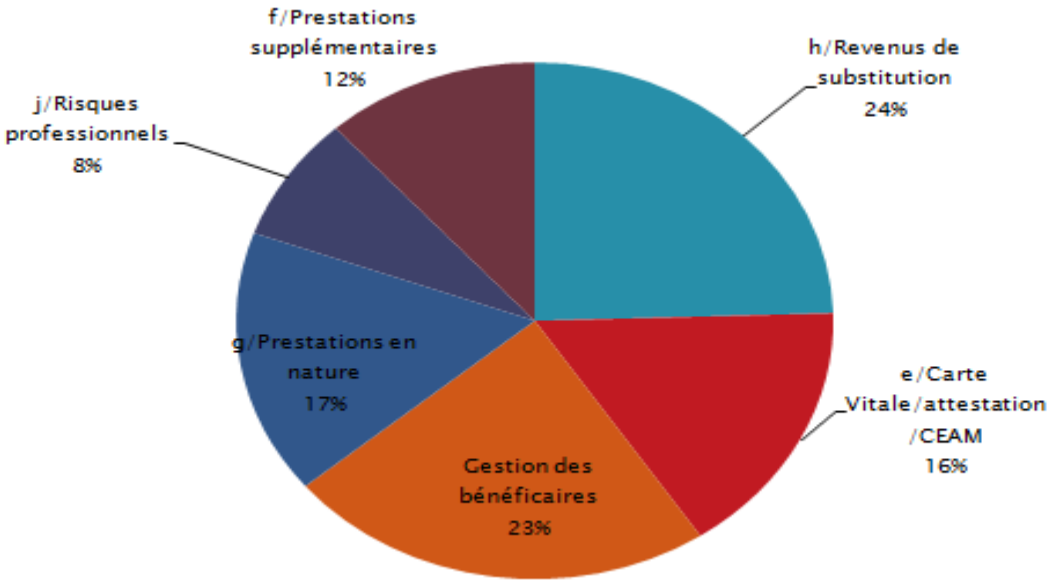


Source : Tableau de bord mensuel multicanal motifs croisés, données janvier à août 2013, CNAMTS, traitement mission.

[1037] Une analyse plus approndie sur les données de la caisse de la Sarthe conduit à constaté qu'en excluant du champ les modes de contact les canaux dématérialisés (bornes, site Internet)[168], les revenus de substitution et la gestion des bénéficiaires (affiliation, changement de situation, déménagement) apparaissent comme les principaux facteurs de contacts, respectivement 24% et 23% des demandes (cf. graphique 13).

[168] Une telle distinction est d'autant plus pertinente que le développement de ces canaux de contacts a conduit à une explosion de certaines demandes, comme par exemple l'édition d'attestations de droit (cf. annexe n°5).

Graphique 40 : Répartition des supermotifs sur les canaux téléphonique, accueil, courriel et courrier



Source : *CPAM Sarthe, données 1er trimestre 2013*

3.1.1.2 Les motifs par type de contact

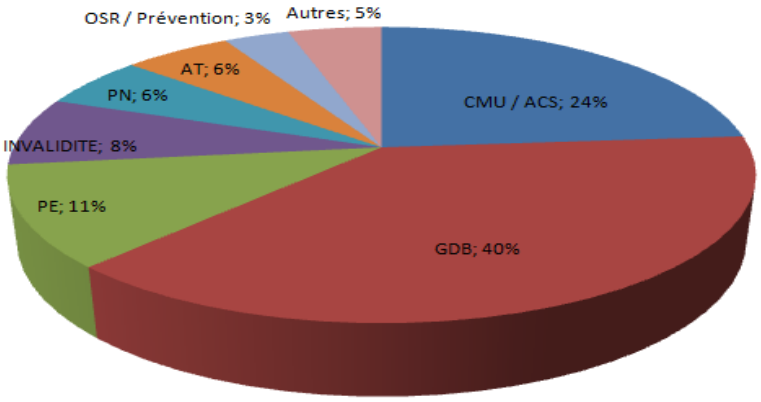
[1038] L'accueil physique est dédié principalement aux demandes des publics précaires qui viennent faire une première demande ou un renouvellement de CMU-C (cf. tableau 20). Ces sollicitations représentent à elles seules 24% des contacts entrants dans la CPAM du Gard par exemple (cf. graphique 14). La gestion des bénéficiaires regroupant un nombre important de thèmes (dont affiliation, changement de situation, mutation, carte vitale et CEAM, etc.) représente la part la plus élevée parmi les demandes formulées par les assurés (40% des demandes). Des sollicitations relatives aux prestations en espèces sont parmi les premières demandes des canaux d'accueil, de téléphone, de courriel et des guichets automatiques de l'Assurance maladie (GAAM). De même, les problématiques de carte vitale et de mutation sont des motifs prépondérants dans les différents canaux de contact.

Tableau 83 : Principaux motifs de contact par canal

	Accueil Physique	Téléphone	Mail	GAAM
Motif 1	CMUC 1er demande et Renouvellement	PE Maladie	PN Maladie	Consultation et impression d'une attestation de droit
Motif 2	PE Maladie	Carte Vitale/Attestation/CEAM	PE Maladie	Consultation et impression d'un relevé PE
Motif 3	Actualisation des droits	PN Maladie	Changement de situation/Affiliation/Droits	Consultation et impression d'un relevé PN
Motif 4	Carte Vitale	Changement de situation		Demande et impression d'une CEAM
Motif 5	Déménagement/Mutation et Accident de Travail	Accident de travail		

Source : *CPAM Gard*

Graphique 41 : Motifs de contacts à l'accueil physique de la CPAM du Gard au 1er semestre 2013



Source : *CPAM du Gard, traitement mission*

[1039] Les demandes en accueil ne sont par ailleurs pas toujours jugées utiles par l'Assurance maladie car elles seraient souvent non justifiées ou évitables. Ainsi, la CPAM de l'Artois note que seule la moitié des contacts physiques réalisés par les assurés sur trois sites de la région est, d'après elle, justifiée, au sens où ces démarches pourraient aisément transiter par d'autres canaux de contacts (cf. tableau 21). Le paradoxe réside ici dans le fait que l'accueil physique est pourtant un mode de contacts relativement coûteux pour certains assurés, aussi bien en temps (cf. se rendre à la caisse, délai d'attente) qu'en argent (cf. prendre une demi-journée de congés pour un actif, payer des transports pour venir). Des études plus fines sur la nature des demandes simples (ex. dans quelle démarche plus globale s'inscrivent-elles ?, sont-elles couplées à d'autres démarches faites au même moment ?) et le profil des publics (ex. maîtrise plus ou moins bonne de la langue française, temps disponible pour des inactifs, expérience passée plus ou moins bien satisfaite, difficulté à comprendre la réglementation et les démarches à effectuer, degré d'urgence de la demande, etc.) devraient être conduites de façon prioritaire.

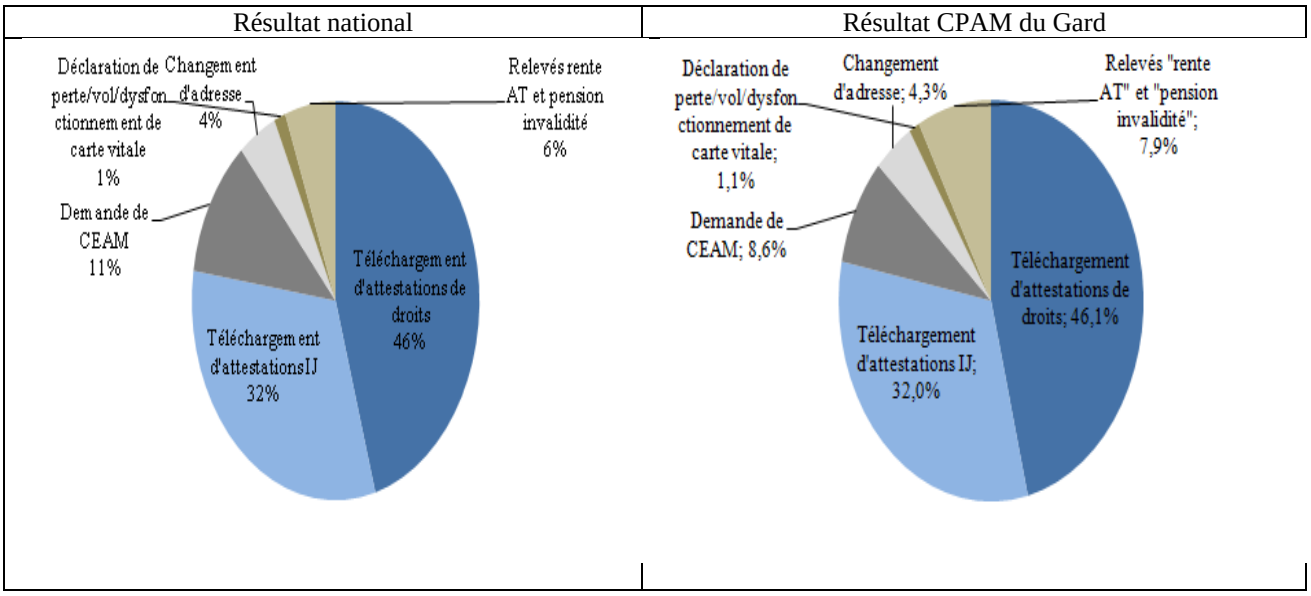
Tableau 84 : Utilité du contact en accueil physique

Contacts paraissant a priori justifié	50%
Contacts non justifiés (Attestations, dépôt de dossier, etc)	28%
Contacts évitables (Mise à jour carte vitale, réédition formulaires, etc.)	22%

Source : *CPAM Artois, Accueil 2ème trimestre 2012 sites Hénin, Libercourt, Lillers, traitement mission.*

[1040] S'agissant des sollicitations sur le compte AMELI, les attestations de droits et d'indemnités journalières correspondent à plus des trois quarts des demandes en moyenne nationale et observé pour la CPAM du Gard (cf. graphique 15). L'analyse de la répartition des demandes entre ces deux types d'attestations est intéressante car elle montre que l'Ile de France concentre une proportion d'attestations de droits nettement supérieure à la moyenne nationale et une proportion d'attestation d'indemnités journalières plus faible (cf. tableau 22). A l'inverse, des départements comme la Haute-Loire ou la Somme ont des taux de demande d'attestations de droits plus faibles que la moyenne nationale (36% contre 45% au niveau national) et des demandes d'attestations d'indemnités journalières élevées (43% contre 31%).

Graphique 42 : Répartition des motifs de sollicitations sur le compte AMELI



Source : Consultations des rubriques et fonctionnalités du compte assuré, données janvier à octobre 2013, CNAMTS, et tableau de bord compte Ameli, données janvier à novembre 2013, CPAM du Gard, traitement mission.

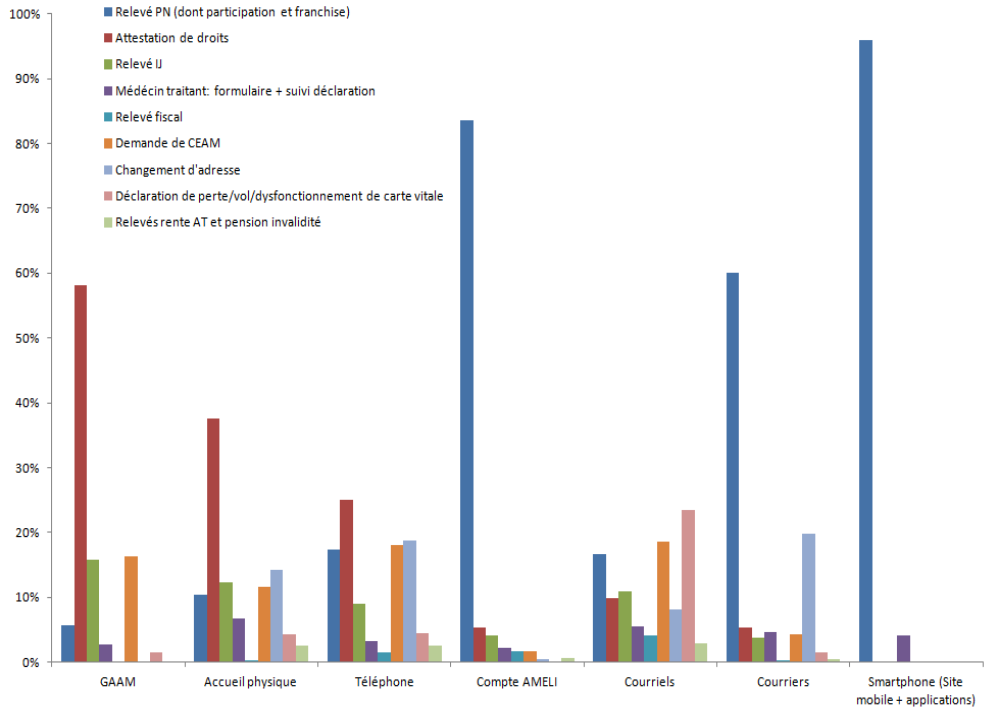
Tableau 85 : Répartition des services sur le compte par zone géographique

	France métropolitaine	France hors Ile de France	Paris	Essonne	Hauts de Seine	Seine Saint Denis	Val de Marne	Val d'Oise	Haute-Loire	Somme
Relevé fiscal	8%	8%	7%	8%	8%	6%	7%	7%	8%	8%
Télécharger mon attestation de droits	45%	**43%**	56%	50%	52%	52%	51%	50%	36%	36%
Demande d'attestation de paiement IJ	31%	**33%**	14%	24%	18%	24%	21%	26%	43%	43%
Demande de carte européenne d'assurance maladie	9%	9%	11%	11%	11%	8%	11%	9%	8%	7%
Suivre ma commande de carte vitale	5%	5%	8%	5%	6%	7%	7%	6%	3%	5%
Déclaration de perte vol ou dysfonctionnement de la carte vitale	2%	2%	5%	2%	3%	3%	3%	3%	2%	2%

Source : Tableau de bord Ameli 2013 par région, traitement mission.

[1041] Enfin, on peut remarquer que les attestations de droits demeurent un motif de contact prépondérant en accueil physique, par guichets automatiques et par téléphone alors même que la fonctionnalité existe sur Internet (cf. graphique 16). Les canaux Internet, courriel, courrier et smartphone reçoivent aussi une forte demande en relevé de prestations en nature (PN).

Graphique 43 : Sollicitations par canal de contact de fonctionnalités du compte AMELI



Source : Evolution des sollicitations en multicanal des motifs de fonctionnalités du compte, données juillet à août 2013, Cnamts, traitement mission.

3.2 Un suivi des demandes générant de l'insatisfaction au travers de la gestion des réclamations et de la conciliation

3.2.1 La gestion des réclamations

3.2.1.1 Une définition controversée

[1042] Deux points de vue différents sont développés simultanément par la CNAMTS en matière de réclamations :

- Du point de vue de la procédure administrative d'enregistrement, la CNAMTS a initié en 2005 une gestion optimisée des réclamations avec la mise en place d'un groupe de travail en 2009 sur l'amélioration de la qualité de service sur le volet des réclamations, avec en particulier la simplification de la définition de la réclamation pour les services administratifs. Ceci s'est traduit en 2011 par une modification du périmètre d'enregistrement des réclamations dans Medialog afin de simplifier le traitement par le front office et par un pilotage également au niveau national (LR-DDO-61/2011). Une nouvelle version de l'outil Medialog V8.10 a d'ailleurs été mise en place avec l'intégration d'une nouvelle arborescence de motifs de réclamations (super-motifs, motifs, sous-motifs). Ainsi, dans la LR-DDO-61/2011, **la réclamation est désormais définie comme « la demande d'un client (assuré, PS, établissement privé ou employeur) exprimant un mécontentement et réceptionnée par courrier (toutes réclamations écrites) ou via tout canal de front office (téléphone et courriel, accueil physique) dès lors qu'elle ne peut être traitée en direct et nécessite l'intervention d'un service expert (réclamations Niveau 2) ».**

- Parallèlement, du point de vue de la vision client, l'enquête nationale de satisfaction et les enquêtes nationales et locales en sorties de services, continue à recourir à une définition de la réclamation reposant sur le seul mécontentement de l'assuré sans prise en compte de la procédure déployée par la CPAM pour traiter ce mécontentement. La **caractérisation d'une sollicitation comme réclamation réside donc uniquement sur l'assuré.**

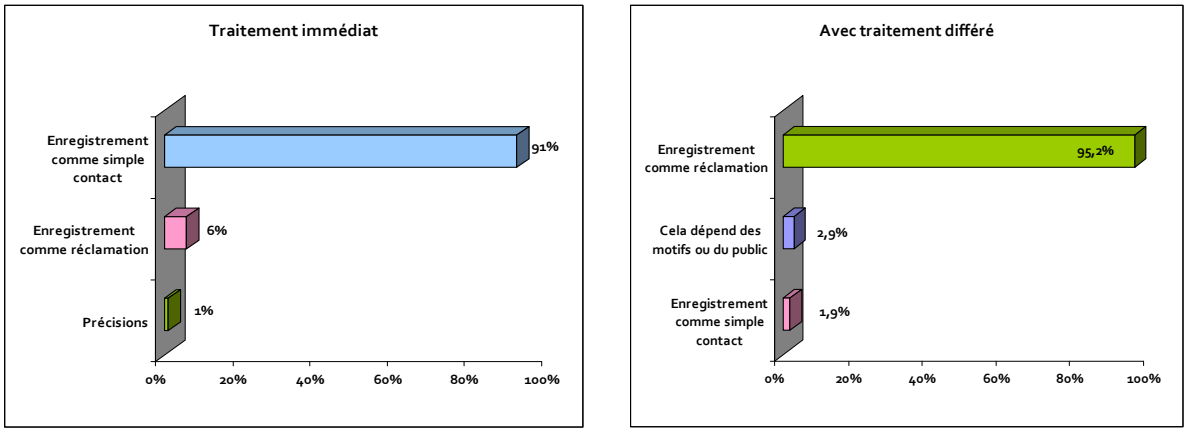
[1043] La modification de la définition de la réclamation de la LR-DDO-61/2011 a donc induit une divergence significative entre la mesure de la qualité de service perçue vis-à-vis des réclamations (via les enquêtes) et la mesure de la qualité de service rendu (via l'enregistrement dans Medialog). Ce décalage est d'autant plus fort que les demandes pour lesquelles un recours a été formulé (commission de règlement à l'amiable, expertise, etc.) et pouvant traduire un certain degré de mécontentement des assurés ne sont pas considérées comme des réclamations dans l'outil Medialog.

[1044] Ce passage d'une définition entièrement subjective de la réclamation, comme étant la résultante de l'opinion de l'usager, à une définition plus orientée sur l'activité de la CPAM, et en particulier la modalité de traitement administratif de la demande (cf. en mobilisant un service expert de niveau 2), a induit des difficultés pour les agents de s'approprier cette nouvelle définition. La mission a pu observer cette difficulté lors de ses déplacements : bien que les termes de la définition soient généralement connus, il paraît moins évident aux agents d'expliciter de manière précise et selon les motifs de contacts ce qui entre dans la comptabilisation d'une réclamation et ce qui est exclu. Cela induit une hétérogénéité des pratiques et a un impact indéniable sur le dénombrement, sur la notion de traitement immédiat ou différé et sur l'analyse des causes. En particulier :

- lorsque la réclamation est transférée en niveau 2, près de 5% des CPAM l'enregistrent encore comme simple contact au lieu d'une réclamation (cf. graphique 18).
- Cependant, plus de 6% des CPAM continuent à inscrire comme réclamation un mécontentement pour lequel une réponse a été donnée immédiatement et qui devrait donc selon la nouvelle définition être enregistré comme simple contact.
- Cette problématique est amplifiée lorsqu'on analyse les courriels (cf. graphique 19). Seuls 43% des CPAM appliquent correctement la préconisation de la LR-DDO-61/2011.
- 68% seulement des réclamations reçues par courrier sont saisies dans Medialog comme réclamation
- Les réclamations dites « sensibles »[169] font l'objet d'un traitement particulier mais seulement 50% d'entre elles apparaissent sous Medialog.

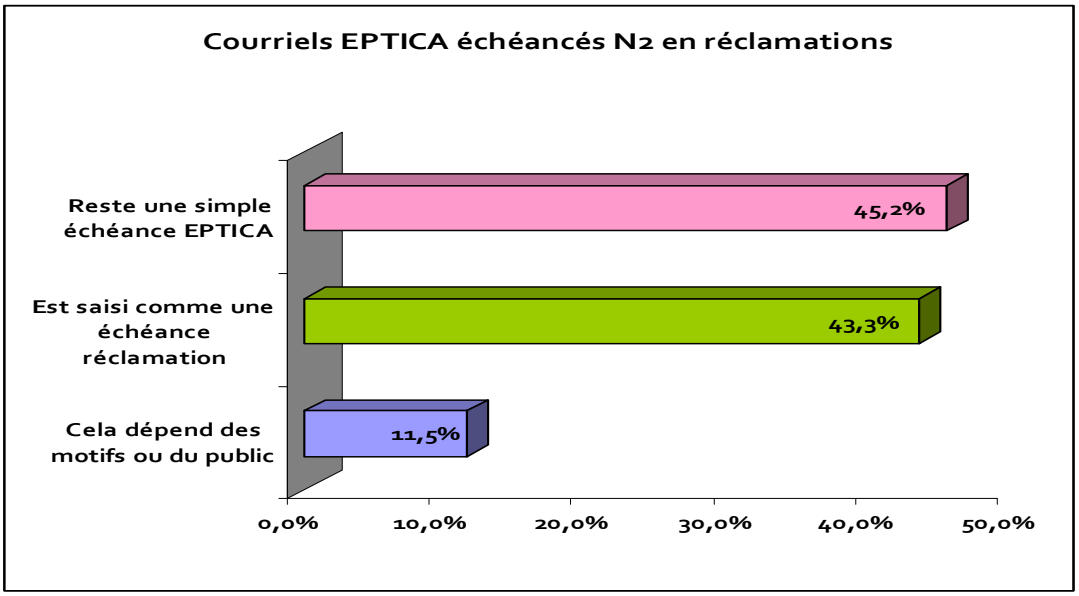
[169] Toute réclamation doit être qualifiée de « simple », « complexe » ou « sensible ». La définition de ces critères est laissée à l'appréciation des caisses locales et doit leur permettre de répondre à des besoins organisationnels spécifiques. La réclamation peut aussi être qualifiée par l'agent de front office comme « urgente » en cas de situation de rupture de revenu de plus d'un mois et/ou d'attente de droits.

Graphique 44 : Pratiques de gestion des réclamations en 2012 en cas de traitement par un service expert



Source : *Annexe à la LR-DDO-25/2012, Cnamts*

Graphique 45 : Pratique de gestion des réclamations en 2012 pour les courriels répertoriés sous EPTICA

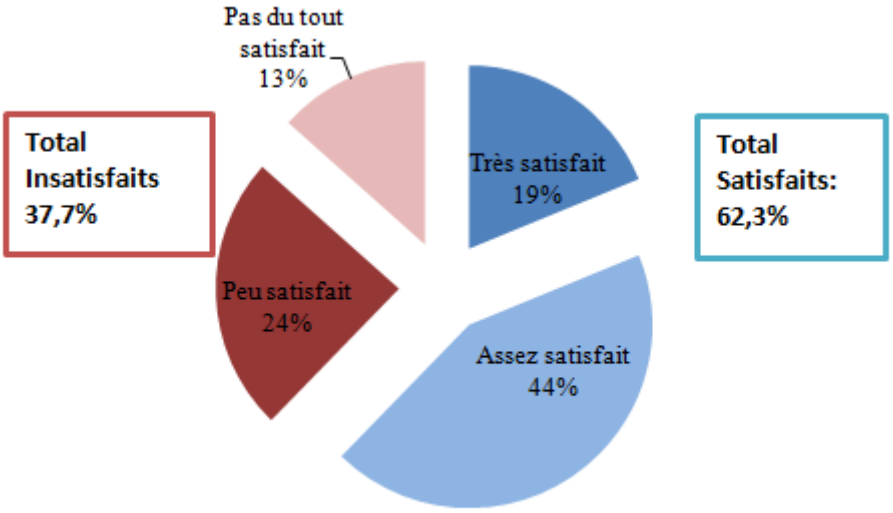


Source : *Annexe à la LR-DDO-25/2012, Cnamts*

3.2.1.2 L'analyse de la réclamation telle que perçue par les assurés sociaux dans les enquêtes

[1045] Les réclamants sont satisfaits du traitement de leur réclamation à hauteur de 62,3% (cf. graphique 19). Ce chiffre est inférieur à celui affiché par la CNAMTS de 68,5% du fait de l'absence de retraitement de la base de données.

Graphique 46 : Niveau de satisfaction des réclamants



Source : Enquête de satisfaction des assurés sociaux 2012, Cnamts, traitement mission sur base retraitée

Champ : Individus ayant déclaré à la fois un motif de réclamation et un niveau de satisfaction

[1046] En dehors de la catégorie « autre motif », les assurés les plus satisfaits du traitement de leur réclamation sont ceux ayant signalé une absence ou une erreur de remboursement de soins (72,4% de satisfaits ; cf. tableau 23). Ce motif est parmi les plus fréquents : 14,4% mentionnent une absence ou erreur de remboursement de soins comme facteur de réclamation. La catégorie « autre motif » a un poids très élevé (37% des réclamations) et est source de satisfaction mais elle n'offre pas d'éléments précis sur la nature de la réclamation. La mission n'a pas eu connaissance de la nature de ces autres motifs, inscrites comme item à réponse ouverte. A contrario, les assurés les plus insatisfaits sont ceux qui ont reçu une réponse insatisfaisante[170] suite à leur demande (62,1% d'insatisfaits) et ceux n'ayant pas reçu de réponse (51%). Ces résultats tendent à montrer que ce n'est pas tant la qualité de l'offre de services mais la qualité de réponse de la CPAM aux demandes qui génère du mécontentement.

[170] La formulation de cette item dans le questionnaire ne permet pas de dire si l'insatisfaction est liée à un manque de rapidité de traitement, une réponse incorrecte ou en inadéquation par rapport aux attentes de l'assuré.

Tableau 86 : Répartition de la satisfaction vis-à-vis du traitement des réclamations en fonction du motif de réclamation

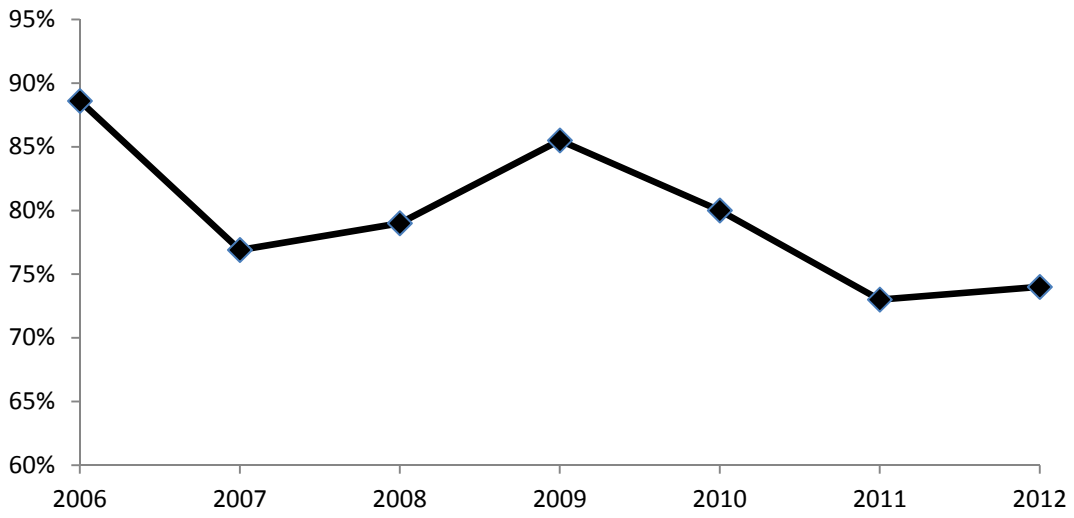
(en %)	Part dans le total	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	**Total satisfait**	**Total insatisfait**
Absence/ Erreur de remboursement de soin	14,4	22,5	49,9	20,5	7,1	72,4	27,6
Absence/ Erreur de paiement de revenus de substitution	4,5	18,7	45,9	24,9	10,5	64,6	35,4
Absence de réponse à une demande	7,4	7,9	40,9	**30,0**	**21,3**	**48,8**	**51,3**
Réponse insatisfaisante	9,3	4,7	33,2	**40,1**	**22,0**	**37,9**	**62,1**
Absence/ Erreur lors d'un changement situation	9,2	12,9	41,1	30,3	15,7	54,0	46,0
Document ou carte vitale non reçu	18,2	16,5	46,8	25,5	11,3	63,2	36,8
Autre motif	37,0	27,0	42,6	17,4	13,0	69,6	30,4

Source : Enquête de satisfaction des assurés sociaux 2012, CNAMTS, traitement mission sur base redressée.

Champ : Individus ayant déclaré à la fois un motif de réclamation et un niveau de satisfaction

[1047] Par ailleurs, la qualité perçue du traitement de la réclamation tend à diminuer : le taux de satisfaction quant au traitement dans la CPAM de la Sarthe en 2012 est nettement inférieur au niveau de 2006 (cf. graphique 20). La modification du processus de réclamation n'a pas induit à court terme de hausse significative de la proportion d'individus satisfaits de la gestion de leurs réclamations (taux de satisfaction équivalent entre 2011 et 2012). De façon tendancielle (2006-2012), on tend même à observer une baisse de la satisfaction des assurés quant à la manière avec laquelle sont traitées les réclamations.

Graphique 47 : Evolution du taux de satisfaction concernant le traitement de la réclamation entre 2006 et 2012 dans la CPAM de la Sarthe



Source : CPAM Sarthe, résultats locaux des enquêtes nationales de satisfaction 2006-2012.

[1048] Par ailleurs, on peut remarquer que les assurés satisfaits du traitement de leur réclamation sont également satisfaits globalement de leur relation avec l'Assurance maladie (taux supérieur à 90%, cf. tableau 24).

Tableau 87 : Impact de la satisfaction relative au traitement des réclamations sur la satisfaction globale des assurés vis-à-vis de leur CPAM

Satisfaction globale \ Satisfaction réclamation	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Total satisfait globalement	Total insatisfait globalement
Très satisfait	44,1	54,8	1,1	0,1	98,9	1,1
Assez satisfait	8,0	85,8	6,1	0,1	93,8	6,2
Peu satisfait	3,3	65,8	29,1	1,8	**69,1**	30,9
Pas du tout satisfait	2,2	43,6	40,8	13,4	45,8	54,2

Source : Enquête de satisfaction des assurés sociaux 2012, Cnamts, traitement mission sur base redressée.

Champ : Individus ayant déclaré à la fois un motif de réclamation, un niveau de satisfaction sur le traitement de la réclamation et un niveau de satisfaction globale sur la CPAM

Note de lecture : 44,1% des assurés répondant être très satisfaits du traitement de leur dernière réclamation sont également très satisfaits globalement de leur relation avec leur CPAM.

[1049] Les personnes très satisfaites du traitement de la réclamation sont en majorité (54,8%) assez satisfaite de leur relation globale avec la CPAM. Toutefois, les personnes peu ou pas du tout satisfaites du traitement de leur réclamation sont aussi globalement satisfaites de leur relation avec la CPAM (65,8% de satisfaits globalement pour les peu satisfaits au regard du traitement de la réclamation, 43,6% pour les pas du tout satisfaits). La perception des assurés sur le traitement de la réclamation semble peu conditionner les résultats de satisfaction globale. Cela est confirmé par le fait que la corrélation entre la satisfaction globale vis-à-vis de la CPAM et la satisfaction vis-à-vis du traitement des réclamations est relativement faible (de l'ordre de 0,2). La qualité de traitement de la réclamation semble ainsi influencer plus la satisfaction que l'insatisfaction et semble constituer à ce titre un facteur de performance.

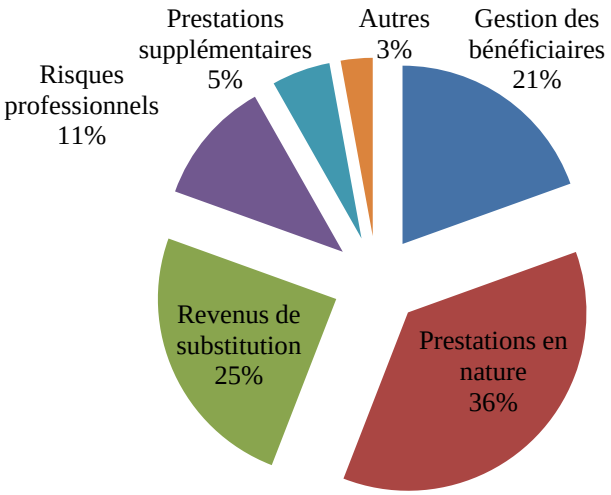
3.2.1.3 L'analyse des réclamations telles qu'enregistrées dans l'outil technique des CPAM

[1050] A la suite de la LR-DDO-25/2012, la LR-DDO-61/2011 vise à une optimisation de la procédure de gestion des réclamations afin d'en faire un outil d'amélioration opérationnel pour les caisses et d'analyse de la satisfaction client.

[1051] En 2012, près de 1,1 million de réclamations ont été enregistrés sous Medialog concernant les assurés sociaux, ce qui représente près de 60% de l'ensemble des réclamations tous publics confondus. Les réclamations des assurés sociaux correspondent au total à environ 2% des contacts avec l'Assurance maladie. Ce résultat peut paraître assez négligeable face à la masse de contacts. Cependant, dans la mesure où la Cnamts fixe au réseau des objectifs de transfert des demandes en niveau 2 inférieur à 20 % (ex. il a été défini que le taux de transfert en niveau 2 ne devait pas dépasser 17% à la CPAM de la Sarthe)[171], un taux de mécontentement qualifié en réclamations de 2% est loin d'être négligeable[172].

[1052] Les réclamations des assurés sociaux portent essentiellement sur les prestations en nature (36% des réclamations, cf. graphique 21 ci-dessous), les revenus de substitution (24%) et la gestion des bénéficiaires (20%).

Graphique 48 : Réclamations des assurés sociaux par thèmes (agrégation de supermotifs)



Source : *Cnamts*

[1053] S'agissant des prestations en nature, 60% des réclamations sont relatives aux consultations médicales et près des deux tiers font référence à des problématiques en termes de délai et de montant de remboursement.

[1054] S'agissant des revenus de substitution, l'essentiel des réclamations concerne les risques maladie et maternité et porte également sur des problématiques de paiements (délai, montant, acompte). Il est à noter que le risque « maternité » fait l'objet de nombreuses réclamations alors même qu'un parcours attentionné existe, ce qui souligne la nécessité de mener une évaluation *du point de vue des bénéficiaires* des différents parcours attentionnés afin de mieux identifier ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas.

[171] Décision inscrite dans le compte-rendu de la réunion du 29 mai 2012 sur les prestations en espèces de la Caisse.
[172] Si l'on fait abstraction du fait que des réclamations transitent par le courrier (mais cela est très minoritaire), cela signifie donc que plus de 10% des demandes transférées en niveau 2 sont des réclamations.

[1055] Enfin s'agissant de la gestion des bénéficiaires, plus de 40% des réclamations sont dues à des changements de situation avec au premier chef le déménagement intra-régime, faisant à nouveau pourtant l'objet d'un parcours attentionné (près d'une réclamation sur 3 parmi les réclamations pour changement de situation). Ceci amène à s'interroger sur l'efficacité du parcours attentionné déménagement, raison pour laquelle la mission a conduit une évaluation spécifique en lien avec le SGMAP sur les situations de déménagement (cf. annexe n°6). Les problématiques de carte vitale et d'affiliation constituent également des facteurs de réclamations.

[1056] Au total sur l'ensemble des super-motifs de réclamations, la cause de ces réclamations est majoritairement liée à des facteurs de non-qualité dont la caisse est responsable. En particulier, les délais de traitement sont fortement générateurs de réclamations (cf. tableau 25). Des erreurs dans les paiements ainsi que l'incompréhension du réclamant sont également des motifs importants et comptabilisent chacun près de 20% des réclamations.

Tableau 88 : Motifs de réclamations 2012

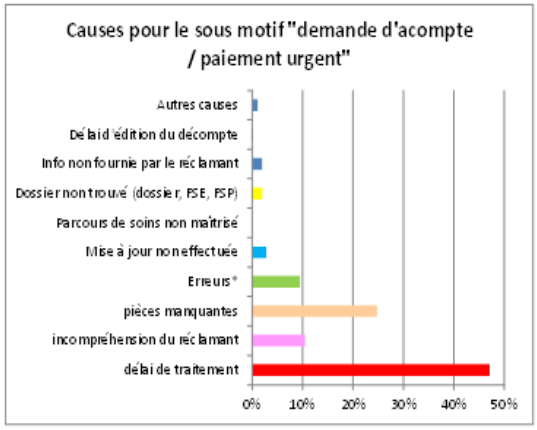
Non-qualité 63%	Délai de traitement	28%
	Erreurs	19%
	Dossiers non trouvés	9%
	Non mise à jour du dossier	7%
Incompréhension de l'offre de services 37%	Incompréhension du réclamant	19%
	Pièces manquantes ou information non fournie	13%
	Non maîtrise du parcours de soins	4%

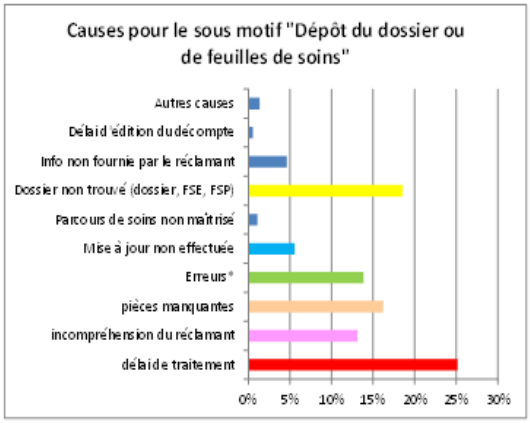
Source : Cnamts

[1057] Par ailleurs, le délai de traitement et les pièces manquantes sont des causes importantes de réclamations classées par sous-motifs (cf. graphique 22). A titre d'exemple, pour les réclamations dont le sous-motif est une demande d'acompte ou de paiement urgent, le délai de traitement et les pièces manquantes sont des facteurs prépondérants. Pour le sous-motif « dépôt de dossier ou de feuilles de soins », le délai de traitement, les pièces manquantes mais aussi le dossier non trouvé sont les causes essentielles de réclamations.

[1058] Une analyse plus spécifique des délais de traitement des dossiers dans les cas ayant donné lieu à une réclamation devrait être menée par la Cnamts afin d'identifier de façon anticipée les zones de risques et de se doter d'outils de pilotage opérationnel pour prévenir ces situations.

Graphique 49 : Les causes des réclamations par sous-motif en 2012





Source : Cnamts

[1059] L'analyse des réclamations du point de vue procédural est déconnectée au final de la notion d'insatisfaction. En particulier, les prestations sont certes le premier motif de réclamations mais l'insatisfaction générée est moins élevée par rapport à d'autres motifs comme l'absence totale de réponse.

[1060] La mission considère qu'en dépit des éventuelles simplifications de procédures que peut avoir la nouvelle définition de la réclamation, c'est avant tout la perception de l'assuré qui doit primer, et par conséquent préconise de revenir à une définition plus classique et moins orientée sur l'activité. Cela permettra d'ailleurs une homogénéité de définitions avec d'autres opérateurs de service public comme par exemple la CNAF, qui définit bien la réclamation du point de vue de l'usager uniquement.

Recommandation n°77 : Revenir à l'ancienne définition de la réclamation en se plaçant exclusivement du point de vue de l'assuré.

3.2.2 L'activité de conciliation constitue un autre canal de remontée d'informations sur l'insatisfaction des usagers

[1061] Le dispositif de conciliation est prévu dès lors que l'assuré a réitéré sa réclamation à deux reprises et qu'il estime les réponses apportées insatisfaisantes[173]. La conciliation constitue la dernière étape d'écoute du réclamant. Le conciliateur de chaque caisse peut être saisi directement par le client ou en interne par l'organisme. Les dossiers de conciliation peuvent également provenir de réclamations envoyées directement à la présidence de la République, au ministère, au siège de la CNAMTS ou encore au Défenseur des droits.

[1062] Suite à la réforme de l'Assurance maladie en 2004, l'activité de conciliation s'est développée avec l'apparition de nouveaux types de saisines (refus de soins, dispense de photo pour la carte vitale, etc.). Le volume de saisines traitées a augmenté de 25 % entre 2010 et 2012 (cf. tableau 28). La consolidation nationale de l'activité de conciliation s'effectue une fois par an avec l'établissement dans chaque caisse d'un bilan annuel de conciliation. Les conciliations sont enregistrées sous certaines conditions dans Medialog et font également l'objet d'un tableau de bord dit « cas par cas ».

[1063] 1% des réclamations vont en moyenne chaque année en conciliation, ce qui représente pour 2012 environ 19 500 dossiers de conciliation (tous publics confondus). Les assurés sociaux sont les plus nombreux à faire appel à la conciliation, notamment en saisines directes, et représentent 95% de l'activité de conciliation (cf. tableau 28), alors que les assurés ne représentent que 60 % de l'ensemble des réclamations.

[173] Définition de la LR-DDO-61/2011

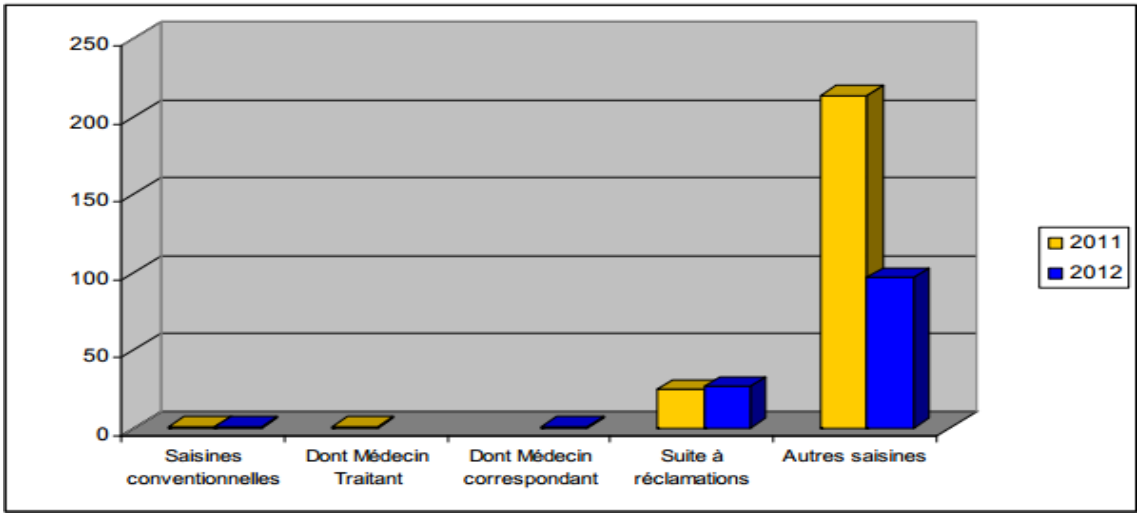
Tableau 89 : Bilans nationaux de la conciliation de 2010 à 2012

Bilan de la conciliation 2012	2010		2011		2012	
	%	Volume	%	Volume	%	Volume
Volume global	**100**	15 667	**100**	18 231	**100**	19 517
Bénéficiaires	**95**	14 944	**95**	17 319	**95**	18 541
Professionnels de santé	**4**	559	**4**	729	**4**	781
Employeurs	**1**	164	**1**	183	**1**	195
Saisines directes par les publics	**73**	11 459	**73**	13 308	**88**	17 175
Saisines via des tiers	**27**	4 208	**27**	4 923	**12**	2 342
Médiateurs institutionnels	**6.5**	1 010	**6**	1 095	**3**	586
Transmission par la CPAM ou la CNAMTS	**15.5**	2 412	**16**	2 917	**6**	1 171
Autres partenaires ou tiers	**5**	786	**5**	911	**3**	585

Source : Cnamts

[1064] La typologie de saisines dans l'outil national ne permet pas un suivi optimal dans la mesure où l'essentiel des saisines est concentrée dans la catégorie « autres saisines » (cf. graphique 23) et ne permet donc pas d'appréhender de manière précise les motifs. Cela illustre soit le fait que la grille de répartition actuelle n'est pas pertinente et qu'il faudrait en adopter une nouvelle.

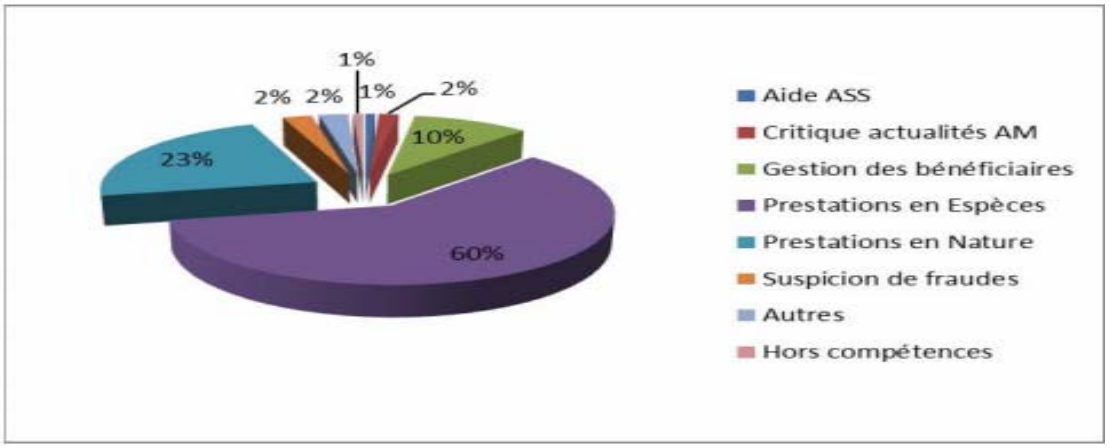
Graphique 50 : Motifs de saisines répertoriés dans l'outil national



Source : Bilan de conciliation 2012 de la CPAM du Gard

[1065] En analysant plus spécifiquement les dossiers de conciliation, il apparait que les prestations en espèces (60% des saisines), les prestations en nature (23%) et la gestion des bénéficiaires (10%) constituent l'essentiel de l'activité de conciliation (cf. graphique 24). Il faut ainsi noter que l'indicateur de délai relatif à la première IJ non subrogée est un des seuls indicateurs de la COG 2010-2013 à n'avoir jamais été atteint sur la période, ce qui n'est sans doute pas sans lien avec le fait que les prestations en espèces occupent une place aussi importante en conciliation.

Graphique 51 : Saisines de conciliation par thèmes



Source : *Bilan de conciliation 2012 de la CPAM du Gard*

[1066] Par ailleurs, la Cnamts souhaite renforcer la professionnalisation des conciliateurs et leur donner un rôle spécifique, notamment en les sensibilisant à la problématique de l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU. Deux nouvelles formations ont été déployées en 2013 : « conciliation et communication écrite » et « conciliation et gestion des situations difficiles ». Des réunions régionales entre conciliateurs ont été mises en place afin d'échanger et d'optimiser les solutions dans l'ensemble des caisses. De plus, depuis le 1er janvier 2013, toutes les saisines conciliation sont enregistrées dans l'outil Medialog pour avoir une vision complète de l'activité (LR-DC-1/2013).

[1067] Cependant, la conciliation est vue uniquement sous l'angle de la réparation et pourrait a contrario avoir davantage un rôle de prévention en lien avec les services opérationnels pour élaborer des outils d'identification des situations à risque. Pour près de 80% des conciliateurs, le traitement des dossiers de conciliation ne constitue pas leur seule activité. Ils sont rattachés le plus souvent à la direction de la caisse, et dans certains cas au service d'écoute clients. Leur intégration dans ce dernier service permettrait une meilleure cohésion et cohérence des différentes dimensions de l'écoute clients. La problématique de la réitération des réclamations pourrait faire l'objet d'une plus grande analyse par les conciliateurs en lien avec le service d'écoute clients afin de limiter cette réitération en améliorant la qualité des réponses.

3.3 Des enquêtes ponctuelles en sortie de services déployées aux niveaux national et local viennent compléter l'étude de la satisfaction et des sollicitations

3.3.1 Le déploiement au niveau national d'enquêtes de satisfaction ciblées

[1068] L'enquête annuelle de satisfaction ne permet pas, à elle seule, d'évaluer la perception des assurés sur les contacts effectués avec l'Assurance maladie et leurs attentes. La CNAMTS incite ainsi son réseau a effectué des enquêtes « à chaud » à l'issue d'un contact et notamment en accueil physique ou à la suite d'un contact téléphonique. Le siège initie quant à lui des études sur les canaux qu'il maitrise directement et notamment le site Internet. Ainsi, en février 2010, un questionnaire auto-administré sur Internet a été proposé pour mesurer l'utilisation et la satisfaction vis-à-vis du compte ameli.fr. Elle a été reconduite en mars 2012. Par ailleurs, en décembre 2011, une enquête de satisfaction au regard des contacts par courriel a été conduite en partenariat avec BVA.

[1069] Ces analyses permettent de mettre davantage en lumière les attentes des assurés sociaux.

3.3.1.1 Les enquêtes relatives au compte AMELI

[1070] L'enquête de 2010 est orientée moins sur le profil des utilisateurs et leurs usagers que sur la pertinence d'ajout de nouveaux services dématérialisés. De ce point de vue, l'accent est mis sur les attentes des assurés déjà adhérant en matière de dématérialisation. L'enquête de mars 2012, quant à elle, reflète à la fois les comportements des assurés en termes d'utilisation des services en ligne et leurs attentes par rapport à de nouvelles fonctionnalités.

[1071] Les utilisateurs du compte sont en grande proportion des employés ou des personnes inactives. Les personnes précaires déclarant entre 800€ et 1200€ de revenus mensuels sont également de forts consommateurs de services dématérialisés.

[1072] Plus de 80% des utilisateurs du compte ameli.fr sont satisfaits des services offerts en ligne (83% en 2010 et 88,7% en 2012, cf. tableau 29). La satisfaction semble augmenter avec l'ancienneté et l'intensité d'utilisation, qui est elle-même corrélée à l'ancienneté d'utilisation. Les personnes satisfaites du compte sont essentiellement des personnes ayant créé leur compte depuis plus d'un an, très utilisateurs des services dématérialisés – ils consultent le compte plus d'une fois par semaine – et qui valorisent la praticité et la facilité d'ouverture du compte. A contrario, l'observation d'un manque de praticité et de facilité à l'ouverture du compte va constituer un frein important à l'utilisation ultérieure du canal Internet et généré de l'insatisfaction pour ces personnes qui sont en majorité des hommes, âgés entre 25 et 35 ans, et à la recherche d'un emploi.

[1073] Les rubriques « vos paiements » et « vos informations personnelles » constituent des produits d'appels. 96,5% (respectivement 96,6%) des répondants à l'enquête de mars 2012 affirment regarder ses paiements (resp. ses informations personnelles) en ligne et 91,8% (resp. 92,9%) considèrent la rubrique satisfaisante dont 40,4% (resp. 39,7%) très satisfaisante.

[1074] Sur la question des attentes, 70% des répondants à l'enquête de 2010 sont favorables à l'intégration de nouveaux services dématérialisés. En particulier, les utilisateurs demandaient dans le cadre de cette enquête à pouvoir disposer d'un agenda santé, de recevoir une lettre d'information en ligne, d'être informé par courriel de l'ajout de nouveaux services en ligne et de pouvoir gérer leur dossier avec la CPAM directement en ligne, sur un mode comparable à l'accompagnement 100% web que Pôle emploi est actuellement en train de mettre en place avec les demandeurs d'emploi les plus autonomes et à l'aise avec les outils en ligne. Les assurés recherchent également des conseils sur certaines maladies (maladies cardio-vasculaires, cancer, diabète). En 2012, les attentes s'orientent davantage vers un lien avec les organismes complémentaires de santé, des alertes en cas de fin de droits et une gestion directe des changements de situation. La lettre d'information sur les nouveautés en ligne figure à nouveau dans les attentes mais ne constitue pas une priorité. Il en est de même pour la déclaration en ligne de nouvelles coordonnées bancaires. Enfin, la déclaration en ligne d'un nouvel ayant-droit ainsi que la demande en ligne de la CMU-C ne constituent pas des offres en ligne intéressantes sur le champ de l'ensemble des répondants mais deviennent des priorités sur le champ des cibles potentielles.

Tableau 90 : Evolution de la satisfaction concernant le compte AMELI entre 2010 et 2012

	Total satisfaits 2010	Total satisfaits 2012	% Très satisfaits
Praticité d'ouverture du compte	89.6%	93.1%	67.6%
Simplicité d'ouverture du compte	85.7%	91.2%	62.3%
« Vos paiements »	87.9%	91.8%	40.4%
« Vos informations personnelles »	88.0%	92.9%	39.7%
« Votre espace prévention »	87.8%	92.4%	30.1%
« Vos demandes »	72.1%	80.5%	26.5%
Satisfaction globale	83.0%	88.7%	36.5%

Source : Synthèse de l'enquête de satisfaction relative au compte, Cnamts, mars 2012.

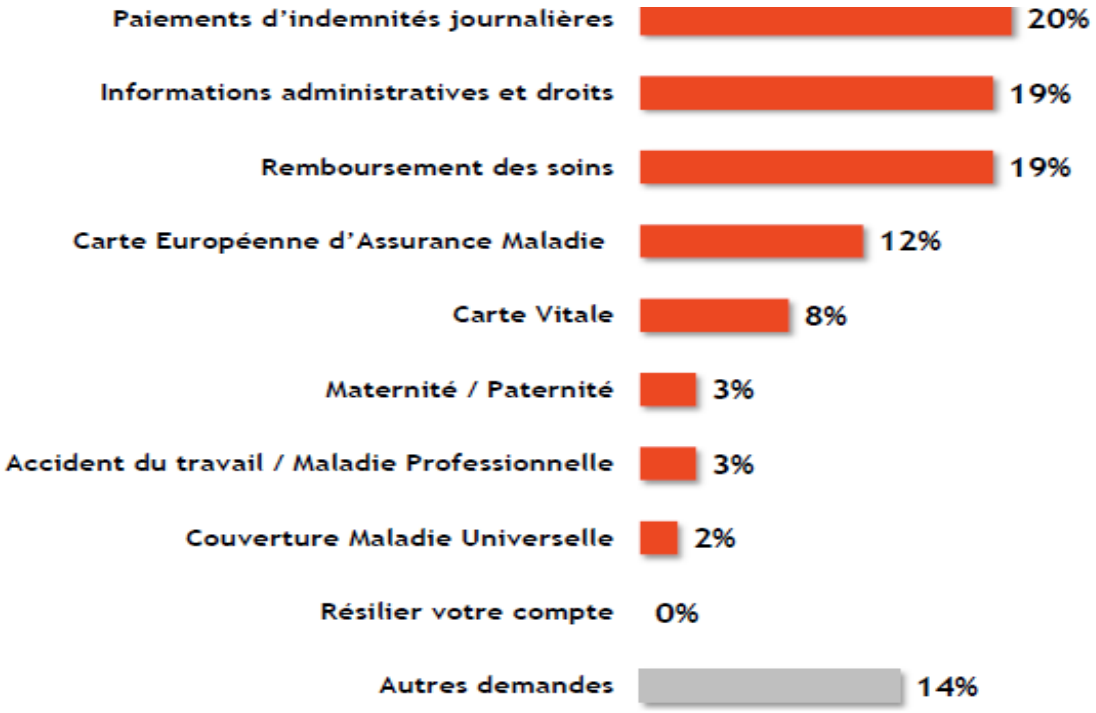
3.3.1.2 L'enquête relative aux contacts par courriel

[1075] Les résultats de l'enquête de décembre 2011 repose sur un échantillon de 16 347 assurés détenteurs d'un compte AMELI et ayant reçu une réponse à la suite d'une demande formulée par courriel.

[1076] Cette enquête est exhaustive et donne des renseignements sur le profil des utilisateurs (essentiellement des femmes employées ou retraitées), les motifs d'utilisation du canal courriel notamment au regard des autres canaux de contact

[1077] Les assurés utilisent le courriel pour essentiellement le versement de prestations en espèces et en nature (indemnités journalières et remboursement des soins) ainsi que pour obtenir des informations administratives et les droits (près de 60% des demandes à eux trois, cf. graphique 27). 78% des répondants disent préférer ce canal de contact, notamment pour la commodité, la rapidité et la gratuité d'utilisation (cf. tableau 28), contrairement au téléphone où le temps d'attente est trop long et au déplacement contraignant en agence.

Graphique 52 : Motifs de contact par courriel



Source : *Enquête de satisfaction emailing, Cnamts-BVA, décembre 2011*

Tableau 91 : Motifs relatifs au choix du canal courriel par rapport au téléphone et à l'accueil

PRÉFÉRENCE D'UTILISATION DE L'EMAIL	78%
ST Commodité d'utilisation	35%
Moyen simple / Facile	19%
Moyen pratique	12%
Disponible 24h/24 et 7j/7	8%
Moyen rapide / Gain de temps	32%
ST Meilleur traitement de la demande	20%
Réponse rapide / Réactivité	12%
Traitement efficace / Qualité des réponses	8%
Plus facile d'obtenir le bon service	1%
ST Utilisation d'Internet	10%
Habitué à utiliser l'ordinateur / Internet / Ameli	9%
Moyen actuel / Moderne	1%
Moins cher / Gratuit	10%
Permet d'avoir une trace écrite des échanges	8%
Réponse par email suite à un appel / à une visite	3%
Par curiosité / Pour tester le service	1%

REJET DE LA PLATEFORME TÉLÉPHONIQUE	26%
Souvent occupé / Trop d'attente	14%
3646 payant / N° surtaxé	7%
Plateforme incompétente / Ne répond pas à la demande	6%
Tombe sur un répondeur / Une machine	2%
Ne connaissait pas l'existence de ce service	1%

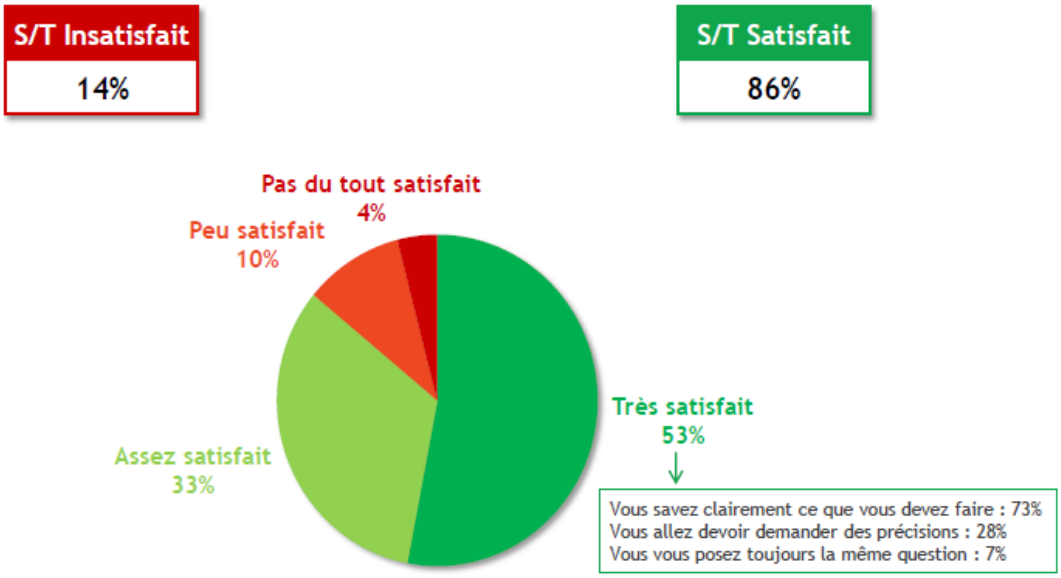
REJET DU DÉPLACEMENT DANS UNE CAISSE	25%
Evite de se déplacer / Caisse trop loin / Ne peut pas se déplacer	21%
Trop d'attente sur place	5%
Evite de déranger un employé	2%

Réponses hors sujet (objet de la demande)	5%
Autres	1%
NSP	2%

Source : *Enquête de satisfaction emailing, Cnamts-BVA, décembre 2011*

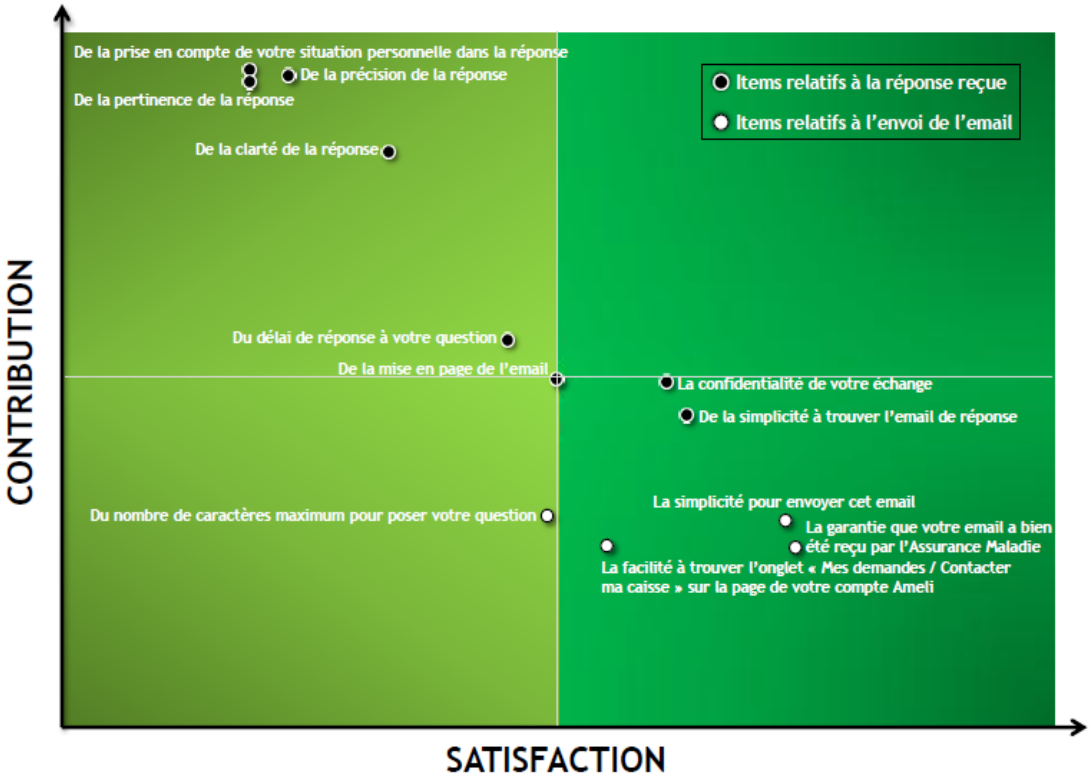
[1078] Les utilisateurs du courriel sont globalement satisfaits (86% d'assurés satisfaits) de ce mode de contact avec leur CPAM, et la majorité d'entre eux (53%) sont d'ailleurs très satisfaits (cf. graphique 28). Les facteurs de satisfaction sont ceux sous-tendant le choix du courriel comme canal de contact, et notamment la simplicité d'utilisation. A contrario, l'insatisfaction est liée au délai de réponse et au manque de clarté, de pertinence, de précision et de personnalisation de la réponse (cf. graphique 29).

Graphique 53 : Taux de satisfaction concernant le dernier contact par courriel



Source : *Enquête de satisfaction emailing, Cnamts-BVA, décembre 2011*

Graphique 54 : Motifs de satisfaction et d'insatisfaction concernant le contact par courriel

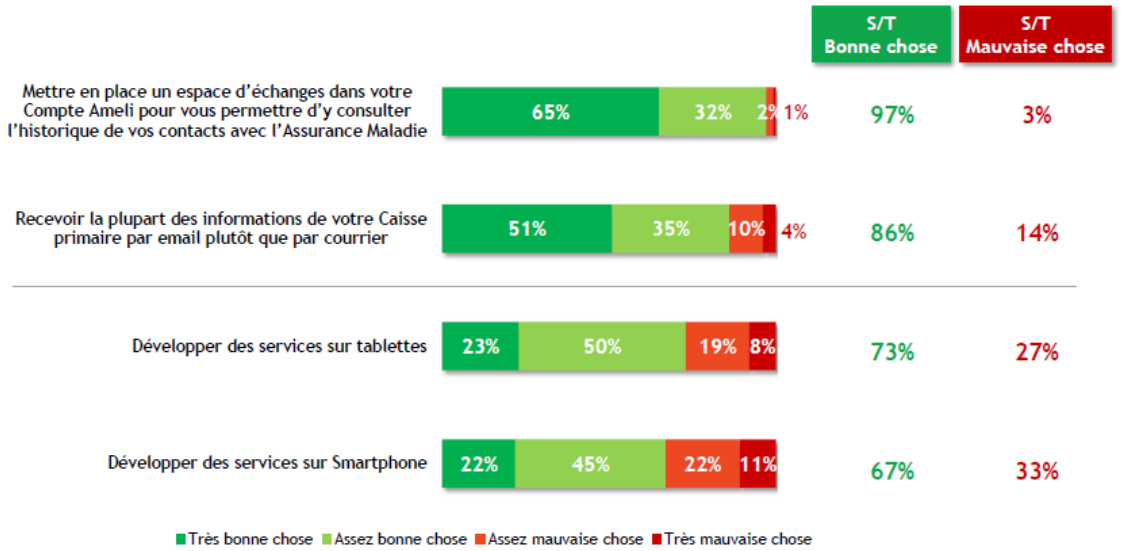


Source : *Enquête de satisfaction emailing, Cnamts-BVA, décembre 2011*

[1079] Enfin, l'enquête approfondie la thématique des attentes de l'ensemble des assurés interrogés (cf. graphique 30) puis cible sur le profil particulier des grands utilisateurs de service en portant une attention particulière aux attentes des femmes et des personnes âgées (cf. graphique 31).

[1080] Les attentes présentées ici ne sont pas ouvertement exprimées par les assurés mais traduisent un niveau d'intérêt par rapport à des idées formulées par l'Assurance maladie. Ainsi, les assurés considèrent que la mise en place d'un espace d'échanges dans le compte AMELI permettant de consulter l'historique des contacts est la piste de développement la plus pertinente (97% de réponses positives dont 65% de réponses très positives). Les travaux conduits par la mission avec le SGMAP sur les situations déménagement tendent à montrer qu'un tel historique serait de nature à créer de la réassurance chez les usagers qui verraient que leur démarche a bien été prise en compte par le site ; cela leur permettrait de plus de pouvoir apporter la preuve si besoin à l'assurance maladie de la date à laquelle ils ont fait la démarche. Il ressort des entretiens qu'une telle fonctionnalité permettrait d'attirer plus de personnes vers le compte ameli pour effectuer cette démarche et que cela limiterait la réitération de contacts ensuite sur d'autres canaux, en particulier le téléphone. Les assurés et en particulier les personnes âgées souhaiteraient par ailleurs recevoir les informations de leur CPAM par courriel plutôt que par courrier. Enfin, le développement des services sur tablettes et smartphones est jugée moins important. Cette attente est sans surprise davantage exprimée par les femmes âgées entre 25 et 34 ans et moins par les personnes âgées.

Graphique 55 : Attentes des assurés sociaux



Source : *Enquête de satisfaction emailing, Cnamts-BVA, décembre 2011*

Graphique 56 : Attentes des assurés les plus demandeurs de services (femmes et séniors)

	ENSEMBLE (base : 16 347)	FEMMES 25-34 ANS (base : 2 087)	FEMMES 35-45 ANS (base : 2 914)	SÉNIORS (base : 5 307)
ATTENTES DES ASSURÉS				
Mettre en place un espace d'échanges pour consulter l'historique de vos contacts avec l'Assurance Maladie	65%	65%	63%	65%
Recevoir la plupart des informations par email plutôt que par courrier	51%	46%	50%	55%
Développer des services sur tablettes	23%	26%	22%	19%
Développer des services sur smartphones	22%	30%	20%	16%

Source : *Enquête de satisfaction emailing, Cnamts-BVA, décembre 2011*

3.3.2 Le déploiement au niveau local d'enquêtes de satisfaction ciblées

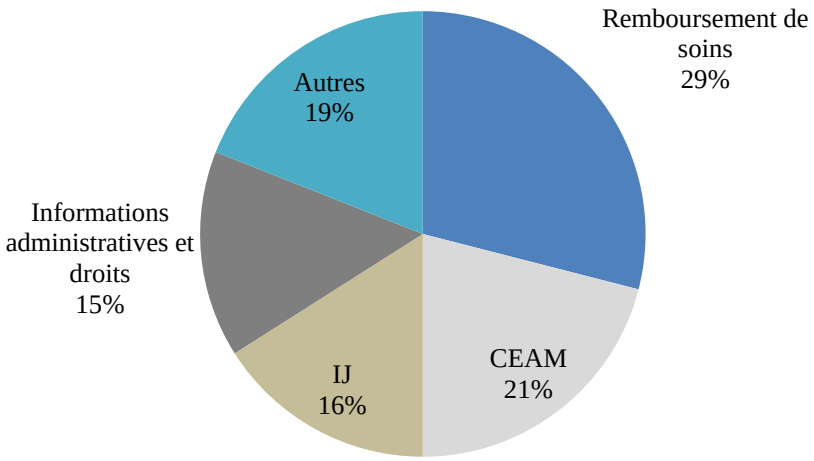
[1081] Le développement au niveau local de dispositifs d'écoute client permet à chaque caisse de mettre en lumière des spécificités locales en matière de satisfaction en sortie de services et de permettre des approfondissements sur certains canaux de contacts, notamment l'accueil physique.

[1082] Les résultats présentent nécessairement des similarités avec ceux des enquêtes nationales, sauf à avoir un fort écart de performance par rapport à la moyenne nationale. Les facteurs de satisfaction et d'insatisfaction sont ainsi similaires dans l'enquête de satisfaction concernant le courriel de la CPAM de la Sarthe par rapport aux résultats de l'enquête nationale : un manque de clarté et de pertinence de la réponse conduit à de l'insatisfaction, la simplicité du courriel génère a contrario de la satisfaction.

[1083] La CPAM de la Sarthe a de nombreuses demandes de carte européenne d'Assurance maladie (21% des motifs de contacts, soit le second motif d'envoi de courriel ; cf. graphique 30), alors que la CEAM ne figure pas dans les principaux motifs de courriel dans l'enquête courriel nationale. Les trois autres motifs principaux, à savoir le remboursement de soins, le paiement d'indemnités journalières (IJ) et les informations et droits sont communs aux différentes enquêtes nationales et locales.

[1084] Une autre spécificité locale de la CPAM de la Sarthe est la constance du niveau de satisfaction selon l'ancienneté d'adhésion au compte AMELI alors que les enquêtes nationales tendent à montrer une hausse de la satisfaction avec l'ancienneté.

Graphique 57 : Motifs principaux de contact par courriel



Source : Enquête de satisfaction emailing, CPAM de la Sarthe, Juillet 2012

[1085] Le déploiement de l'écoute clients au niveau local permet de mieux appréhender les besoins et attentes spécifiques de ses assurés. L'analyse au niveau local est nécessaire pour donner une vision globale des comportements et des attentes des assurés mais ne suffit pas toujours à répondre au mieux face à des comportements plus spécifiques.

[1086] Par ailleurs, l'intérêt d'enquêtes locales tient aussi aux moyens déployés par chaque CPAM pour exploiter de manière approfondie les données recueillies et effectuer des croisements d'informations alors que cette pratique est peu développée au niveau national.

[1087] En particulier, à partir de l'enquête de satisfaction 2012 relative aux contacts par courriel, la CPAM de la Sarthe a cherché à déterminer les corrélations entre la satisfaction et des variables d'intérêt comme la fréquence de contact, le motif, le délai jugée comme acceptable, ou encore l'obligation d'expertise de la demande par la CPAM (transfert en niveau 2).

[1088] Ainsi, il ressort de cette étude :

- la satisfaction vis-à-vis du courriel n'est pas liée au motif de contact. Toutefois, il apparaît que trois motifs (le paiement et/ou relevés d'indemnités journalières, le remboursement de soins et la demande de carte vitale) ont une satisfaction inférieure à la satisfaction globale vis-à-vis du contact, alors même que les deux premiers motifs font partie des motifs principaux d'envois de courriel ;
- les assurés sont moins satisfaits lorsque leur demande nécessite un transfert au service d'expertise (niveau 2) de la CPAM, notamment sur les aspects clarté et pertinence de la réponse. Cette perception s'avère cruciale en termes de qualité de traitement en back-office des demandes écrites ;
- l'insatisfaction augmente lorsque l'assuré doit envoyer de nouveaux emails suite à sa demande initiale pour avoir une réponse jugée satisfaisante ;
- les assurés sont plus satisfaits du traitement de leurs demandes par courriel lorsque la demande ne constitue pas à leurs yeux une réclamation ;

[1089] Par ailleurs, l'enquête sur le courriel fait apparaître des attentes non mentionnées au niveau national comme la volonté de réponses moins techniques avec des termes compréhensibles par tous, la possibilité d'envoyer des pièces jointes au courriel (qui sera *in fine* intégrée au prochain palier EPTICA) ou l'attribution d'un conseiller référent par assuré. De même, l'enquête de satisfaction relative à l'accueil physique menée en 2012 par la CPAM de la Sarthe met en évidence le souhait de plus de communication sur les fonctionnalités des bornes. Ces différences entre le local et le national s'explique par une approche plus qualitative des données collectées (cf. une plus grande exploitation au local des questions ouvertes) alors que l'enquête nationale en sortie de services définit l'attente comme le commentaire à des pistes proposées par l'organisme.

4 LES ENJEUX D'UNE MEILLEURE STRUCTURATION DES DISPOSITIFS

4.1 Une optimisation des outils existants

[1090] Les outils utilisés par la Cnamts sont indéniablement très nombreux et avancés comparativement à d'autres opérateurs publics : l'organisme est capable de retracer les motifs de tous les contacts des assurés par courriel, téléphone et en accueil physique et pourra le faire de manière plus précise encore lors de l'instauration de l'outil Medialog + ; elle est dotée d'une enquête annuelle de satisfaction mensualisée et pourrait ainsi être capable d'avoir des éléments informatifs sur la perception et les attentes des assurés en continue. Le principal écueil relevé par la mission est l'inadéquation entre les moyens à disposition et la valorisation des données collectées.

[1091] La mission considère ainsi que :

- Si l'Assurance maladie a développé, d'une manière générale, des outils pour mesurer la satisfaction des assurés sur chaque canal, le retour d'informations aux acteurs de terrain pourrait être plus fin et plus opérationnel.
- La notion d'écoute clients doit être élargie, i.e. ne pas se cantonner à donner des chiffres agrégées de taux d'assurés satisfaits à partir de l'enquête de satisfaction mais analyser plus finement les comportements et les attentes par l'étude de toutes les dimensions évoquées tout au long de cette annexe (enquête de satisfaction, enquête en sortie de

services, analyse des motifs et de la réclamation, etc.). La Cnamts doit en outre structurer davantage cette écoute clients au sens large et permettre ainsi une analyse globale du degré de connaissance des assurés au lieu d'études actuellement isolées par canal de contact. L'analyse doit être effectuée au global par le réseau local mais également par le siège. Or le siège porte aujourd'hui une grande attention aux services qu'il produit directement, les téléservices, au détriment des autres services laissés à la main des caisses locales (cf. téléphone, bornes, accueil physique).

- Le positionnement de l'écoute clients doit ainsi évoluer vers une dimension plus stratégique. La portée actuelle de l'écoute clients est essentiellement axée sur la communication. Or l'écoute clients doit jouer un rôle plus fondamental qu'un simple vecteur de communication et être à l'origine des politiques stratégiques menées par l'Assurance maladie, du choix des nouveaux développements de nouveaux services, de la fermeture d'autres services et des actions menées pour infléchir les comportements des assurés et les orienter plus efficacement dans l'offre multicanal. La mesure de la qualité du service produit faite par la Cnamts et son réseau est nécessaire car elle oriente les stratégies organisationnelles mais elle ne s'appuie pas suffisamment sur une stratégie clairement définie en amont d'amélioration de la satisfaction ou de limitation de l'insatisfaction et d'identification des leviers opérationnels pour agir sur ces deux volets.
- L'analyse de la vision client appelle des compétences particulières, en sociologie, psychologie, statistique et marketing couplées à une bonne connaissance du terrain. La Cnamts doit renforcer ces compétences à la fois en son siège et dans son réseau et mieux les structurer dans une logique client globale et non une logique cloisonnée par canal ou type de demande. S'agissant de l'enquête de satisfaction, il serait préférable d'avoir une base plus réduite mais mieux suivie en termes d'informations quantitatives et qualitatives. L'approche qualitative doit être développée. La Cnamts s'inscrit dans cette perspective avec un travail ethnographique en cours de réalisation. Mais l'approche qualitative est impérative dans la mesure où elle permet de descendre dans un plus grand degré de finesse de la compréhension des comportements, des perceptions et des attentes des assurés. Le lancement en cours d'une étude qualitative sur la réitération de contacts par le siège va dans le bon sens mais arrive tardivement. Une telle étude aurait dû être un préalable au lancement des travaux de la mission déléguée n°12 sur la stratégie multicanal de l'assurance maladie. Aussi, la Cnamts doit jouer un rôle d'appui beaucoup plus fort et structuré vis-à-vis de son réseau et lui donner plus d'outils adéquats pour mener de démarches d'écoute clients plus professionnalisées.

Recommandation n°78 : Développer au sein de la Cnamts un véritable département Ecoute clients. Un observatoire au sein de ce département du siège pourrait utilement être spécialisé sur l'orientation des assurés dans le multicanal et la réitération des contacts.

4.2 La mise en place d'un système de management intégré requiert de développer une écoute client plus structurée et plus professionnelle

[1092] La mise en place du système de management intégré (SMI) doit être l'occasion de valoriser davantage l'écoute client en créant un service spécifique regroupant l'ensemble des dimensions évoquées dans cette annexe. Une professionnalisation encore plus forte des métiers de la relation client avec notamment le développement d'une fonction marketing au sein de la CNAMTS et du réseau devrait permettre d'améliorer la connaissance des assurés pour définir les cibles, adapter les offres de service et les mettre en œuvre efficacement. La centralisation d'un département marketing centralisant des compétences aujourd'hui dispersées dans différentes directions opérationnelles (cf. en fonction des compétences de chacune) permettrait d'accompagner de façon plus efficace la stratégie multicanal développée par ailleurs par la Cnamts. Au regard des moyens importants aujourd'hui déployés dans les différents services, la mission considère qu'il n'est pas nécessaire d'accroître les effectifs mais qu'il faut réunir des compétences spécialisées et professionnelles dans une même équipe.

ANNEXE 8 : ÉCOUTE CLIENTS ET STRATEGIE DE CONTACTS DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)

Sommaire

ANNEXE 8 : ÉCOUTE CLIENTS ET STRATEGIE DE CONTACTS DE LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF) 411

1 L'ANALYSE DES CONTACTS DES ALLOCATAIRES CAF 415

1.1 Une hausse globale des contacts entrants liée à une complexité croissante des situations et du droit 415

1.2 Quatre grands types de demandes par les allocataires 416

1.3 Un choix de canal largement conditionné par la demande et le profil de l'allocataire 417

1.4 La transmission de documents et les publics précaires au cœur de la problématique de réitération et du multicanal 419

2 L'ANALYSE DES ATTENTES DES ALLOCATAIRES ET DE LEUR PERCEPTION DE LA QUALITE DE SERVICE DES CAF 421

2.1 Des allocataires globalement satisfaits de la qualité de service de leur CAF qui se dégrade néanmoins au cours du temps 421

2.2 Une satisfaction contrastée vis-à-vis des modes de contact 423

2.3 Les attentes des allocataires par rapport à la qualité et au contenu de service impactent fortement leur satisfaction générale 424

3 LA STRATEGIE ORGANISATIONNELLE DE LA CNAF POUR MIEUX GERER LES DEMANDES DES ALLOCATAIRES 426

3.1 La valorisation des contacts utiles 426

3.2 La stratégie des campagnes sortantes 427

3.3 Une réorganisation des canaux de contact et un développement des téléservices 428

3.3.1 Une refonte des écrits pour gagner en lisibilité 428

3.3.2 Un renforcement des compétences en téléphonie 428

3.3.3 Une redéfinition de l'accueil physique au travers des plans territoriaux d'accessibilité aux services 429

3.3.4 Un développement de l'accueil sur rendez-vous pour mieux étudier la situation globale de l'allocataire 430

3.3.5 Un renforcement des services en ligne en réponse aux demandes exprimées par les allocataires 430

3.4 Un outil de gestion de la relation client : une nécessité ? 432

4 LE PROGRAMME « RENDEZ-VOUS DES DROITS » OU COMMENT RENFORCER SA MISSION DE SERVICE PUBLIC 432

[1093] Cette annexe a vocation à établir un parangonnage entre les pratiques de la Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF) et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) en matière d'écoute clients et d'orientation des usagers dans le multicanal. Il s'agit non pas d'apporter une vision critique des pratiques de la CNAF mais de mettre en lumière leurs démarches, les principales différences avec la Cnamts et les éléments que la mission juge utile de transposer à la Cnamts. Les éléments présentés ci-dessous s'appuient sur un entretien qu'a réalisé la mission auprès du responsable de la qualité de service et du responsable du pôle statistiques de gestion et d'action sociale de la CNAF et sur les documents qui lui ont été remis à l'issue de l'entretien.

[1094] La CNAF, qui est implantée sur tout le territoire en un réseau de 102 caisses d'allocations familiales (CAF), gère près de 11,5 millions de bénéficiaires en 2012. Ses missions portent sur trois grands domaines de politiques publiques, à savoir le logement, l'enfance et la précarité. La CNAF a entrepris de nombreux travaux ces dernières années visant à mieux comprendre les comportements de ses bénéficiaires et leurs attentes. Ces travaux ont consisté en l'analyse des flux et des motifs de contacts, l'exploitation d'une enquête de satisfaction quadriennale[174] intégrant fortement la dimension d'attentes des bénéficiaires et une analyse qualitative et ethnographique des bénéficiaires plus particulièrement des multicontactants. En particulier, l'enquête nationale de satisfaction et d'attentes des allocataires de 2011[175] retrace de manière exhaustive sur un échantillon national représentatif les motifs et les modes de contact, la satisfaction globale et l'image des allocataires vis-à-vis de la CAF, la satisfaction vis-à-vis du traitement de chaque type de prestations et celle vis-à-vis de chaque canal de contact et enfin les attentes des usagers. Les tests et expérimentations ainsi que les enquêtes auprès des usagers constituent une pratique ancrée aujourd'hui dans le suivi de la relation de service de la CNAF permettant à l'organisme de visualiser les points d'incompréhension pour les allocataires et d'avoir des informations afin d'améliorer la qualité de service.

1 L'ANALYSE DES CONTACTS DES ALLOCATAIRES CAF

1.1 Une hausse globale des contacts entrants liée à une complexité croissante des situations et du droit

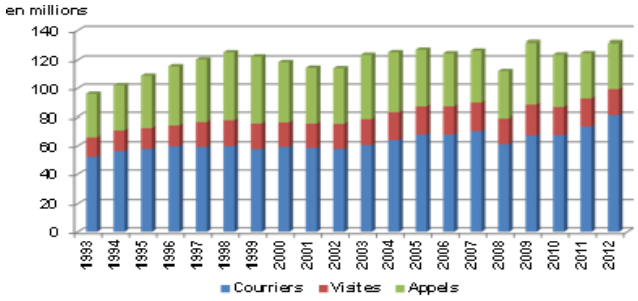
[1095] La CNAF constitue un interlocuteur indispensable pour beaucoup de Français compte tenu de la nature des prestations qu'elle offre qui concernent des pans nombreux de la population : aides au logement, revenus de solidarité, prestations familiales, etc. La conjoncture économique défavorable, ayant induit une croissance de la précarité, génère pour la CNAF davantage d'allocataires et par conséquent de flux de contacts. Ces contacts sont fortement liés à l'instabilité et la complexité croissante des situations professionnelle et personnelle des allocataires. En particulier, les usagers sont plus nombreux qu'auparavant à déclarer avoir contacté leur CAF pour savoir s'ils ont le droit à une prestation. Pour certains ménages, les allocations versées par leur CAF constituent la seule et unique source de revenus. Il existe ainsi une forte corrélation entre la précarité et le nombre de contacts avec la CAF : selon l'enquête nationale de satisfaction de 2011, les personnes les plus dépendantes financièrement de la CAF et notamment les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) ou de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) contactent plus que les autres la CAF.

[174] L'enquête de satisfaction sera dorénavant annuelle et une enquête approfondissant un thème particulier sera mise en place tous les quatre ans. Chaque vague d'enquête comportera un tronc commun de questions et un module spécifique thématique. Trois enquêtes porteront sur un échantillon dont la représentativité sera nationale et une dont la représentativité sera par Caf, ce qui impliquera donc d'interroger plus d'allocataires. Les enquêtes de portée nationale ne permettront en revanche pas de déclinaison des résultats par Caf.

[175] L'enquête a été réalisée au travers d'entretiens téléphoniques de 15 minutes en moyenne auprès de 71 437 allocataires ayant bénéficié d'au moins une prestation légale au cours des 12 mois précédant l'enquête. L'échantillon est stratifié en quatre strates (bénéficiaires des aides au logement seules, les bénéficiaires du RSA, RMI, API, les bénéficiaires de la Paje et les autres allocataires).

[1096] En 2012, le volume de contacts initiés par les allocataires se situe à un des niveaux les plus élevés des dix dernières années avec près de 132 millions de contacts (cf. graphique ci-dessous), soit une augmentation de 5,5% par rapport à 2011 et une augmentation d'environ 17% sur l'ensemble de la période COG, et ce alors même que les contacts par le biais d'Internet ne sont pas ici pris en compte dans le calcul. En moyenne, un allocataire prend contact 11,4 fois par an avec sa CAF. Le courrier est le mode de contact privilégié avec une hausse de 32% du volume global de courriers sur la période COG. Le volume de visites en accueil physique a diminué entre 2011 et 2012 (-3,2%)[176] mais reste quasiment stable au global entre 2009 et 2012 (+0,5%). A l'inverse, les flux téléphoniques ont diminué (-1%). Cela s'explique principalement par le développement du site Internet caf.fr. L'utilisation du site Internet s'intensifie avec une moyenne de connexions mensuelles de 18 millions en 2013 et un maximum de 20 millions de connexions sur le mois de décembre 2013. Les pics de fréquentations s'observent en début et fin de mois (entre le 27 et le 6 du mois), le versement des prestations étant fixé au 5 du mois. Au total, le nombre de consultations du site Internet caf.fr progresse significativement avec plus de 215 millions de connexions en 2013 contre environ 151 millions en 2010, soit une croissance de plus de 42 % en trois ans.

Graphique 58 : Evolution annuelle des flux de contacts entrants



Source : CNAF

1.2 Quatre grands types de demandes par les allocataires

[1097] Les demandes des bénéficiaires CAF, certes nombreuses, peuvent être regroupées en quatre catégories :

- des demandes d'informations générales ;
- des demandes d'informations personnalisées, i.e. conditionnées à une situation particulière ;
- des demandes de gestion et d'expertise liées à la complexité grandissante des prestations (près de 18 000 règles de droit régissent le périmètre de la branche famille[177]) et l'interdépendance de celles-ci ;
- et des demandes d'accompagnement du fait d'une faible compréhension du système.

[1098] La CNAF n'a pas mené à ce jour d'analyses très approfondies des motifs de contacts à partir de ses outils informatiques dans la mesure où les données qui y sont enregistrées lui paraissent actuellement peu fiables. En effet, 70% des motifs répertoriés correspondent à des « demandes d'informations sans contestation », ce qui est le motif par défaut dans l'outil. L'organisme privilégie alors une remontée d'informations de la part des allocataires au travers d'enquêtes plutôt qu'un suivi technique.

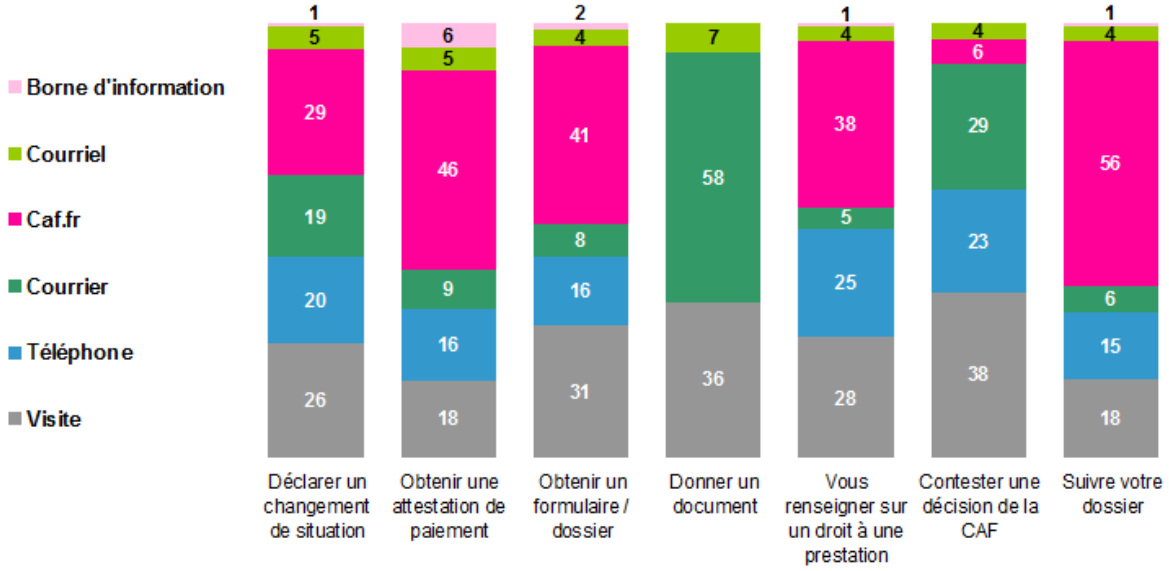
[176] Cette diminution du flux en accueil physique est notamment liée à des fermetures provisoires de points d'accueil pour traiter les dossiers en retard.
[177] Donnée d'entretien.

1.3 Un choix de canal largement conditionné par la demande et le profil de l'allocataire

[1099] L'utilisation d'un canal de contact varie fortement avec la nature de la demande (cf. graphique 2). Les canaux traditionnels (courrier, accueil physique et téléphone) perdent du poids face au développement du site caf.fr, qui devient un canal privilégié pour un grand nombre de demandes simples (ex. obtention d'une attestation de paiement, suivi de l'avancement de son dossier, obtention d'un formulaire). Cet engouement pour le site Internet s'explique par un développement des services offerts en ligne. Ainsi, en 2013, la possibilité d'accéder à sa situation détaillée a généré plus de 236 millions de connexions pour cet objet. De même, 126 millions de connexions ont été réalisées au titre de la visualisation des paiements effectués par la CAF.

[1100] Toutefois, à l'instar de la Cnamts, la visite en accueil physique demeure un mode de contact très important. Ainsi, sur les sept demandes de gestion courante avec la CAF (déclarer un changement de situation, obtenir une attestation, un formulaire, donner un document, se renseigner sur des droits potentiels, contester une décision et suivre son dossier), les usagers déclarent utiliser l'accueil physique en premier pour la contestation de décision et en seconde position pour toutes les autres demandes. En particulier, l'allocataire déclare préférer envoyer un courrier ou se rendre à l'accueil pour transmettre un document.

Graphique 59 : Modes de contact en fonction de la demande des allocataires



Source : *Enquête de satisfaction 2011 de la CNAF*

[1101] L'accueil physique étant décomposé en différents niveaux avec notamment un accueil rapide et un accueil personnalisé, l'utilisation d'un niveau d'accueil diffère selon la spécificité de la demande (cf. tableau 1). Ainsi, les motifs principaux d'un passage en accueil rapide concernent une demande d'attestation (près de 15% de la fréquentation de l'accueil rapide) ou la transmission d'une pièce demandée (16,9%). A l'inverse, l'accueil personnalisé est dédié à des demandes plus complexes, comme par exemple des explications suite à un changement ou une notification (14% des fréquentations) et à renseigner les allocataires quant à des droits potentiels (17,4% de la charge de travail).

Tableau 92 : Motifs de visite en accueil physique selon le niveau d'accueil

Motifs de visite	Accueil rapide	Accueil personnalisé
S'informer sur ses droits potentiels	9,7%	17,4%
Se faire conseiller, simuler un droit	3,0%	8,1%
Retirer un dossier	10,0%	4,6%
Se faire aider au remplissage d'un dossier ou d'un document	5,1%	7,3%
Déclarer un changement de situation	10,8%	9,5%
Déposer une pièce demandée par la Caf	16,9%	9,5%
Déposer une demande de prestation	11,6%	8,1%
Demander des explications suite à changement ou notification	7,1%	14,0%
S'informer sur son dossier	8,8%	11,6%
Demander une attestation	14,7%	3,2%
Gérer des modes de paiement, indus, contestation	2,2%	6,8%
Total	100,0%	100,0%

Source : CNAF, enquête sur l'accueil dans 11 CAF, 2012.

[1102] Par ailleurs, le choix d'un canal de contact dépend fortement du profil de l'allocataire. Les bénéficiaires de la Paje et les étudiants sont de plus grands utilisateurs du site Internet que les autres catégories d'allocataires et ont moins tendance à se déplacer en agence CAF (cf. tableau 2). Concernant les allocataires ayant contacté une seule fois leur CAF, 13% des bénéficiaires de la Paje et 15% des étudiants font leur démarche par Internet, contre seulement 5% des bénéficiaires RSA. Ces derniers préfèrent davantage le canal accueil physique et ce quelque soit l'objet de leur demande.

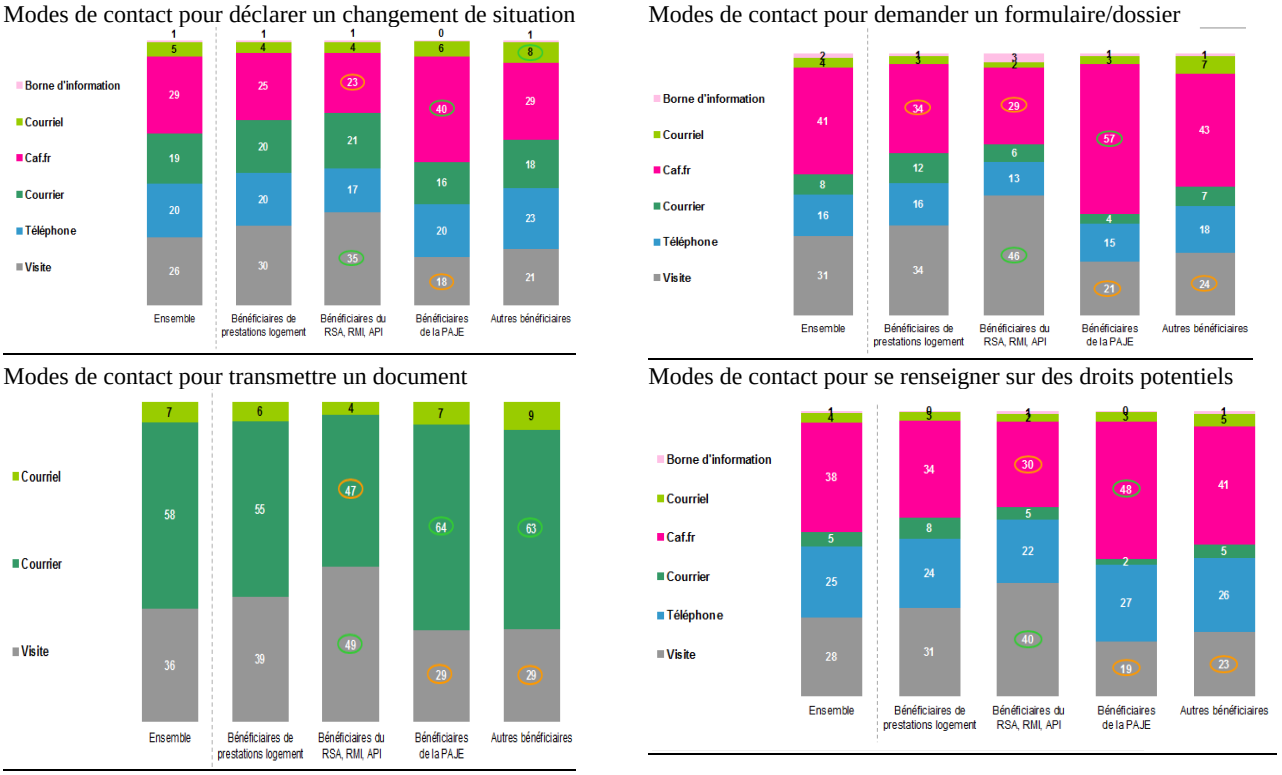
Tableau 93 : Modes de contacts (uniques ou multiples) par type d'allocataires

	Total	RSA	PAJE	Logement	Logement - étudiants	Autres prestations
Internet uniquement	14%	5%	13%	12%	15%	24%
Internet et autre(s)	63%	67%	75%	62%	79%	53%
Visite uniquement	6%	7%	2%	8%	2%	6%
Visite et autre(s)	38%	59%	34%	38%	32%	25%
Téléphone uniquement	3%	2%	2%	3%	<1%	3%
Téléphone et autre(s)	41%	44%	51%	38%	42%	32%
Courier uniquement	3%	2%	2%	3%	<1%	3%
Courier et autre(s)	41%	44%	50%	42%	48%	31%
Courriel uniquement	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
Courriel et autre(s)	23%	22%	29%	20%	29%	22%
Borne uniquement	<1%	<1%	<1%	<1%	0%	<1%
Borne et autre(s)	13%	23%	10%	10%	8%	10%

Source : Enquête de satisfaction 2011 de la CNAF

[1103] Quelle que soit la demande, les bénéficiaires de la Paje utilisent en priorité le site Internet (cf. graphique 3). Par exemple, plus de la moitié des bénéficiaires de la Paje (57%) font une demande de formulaire via le site caf.fr alors que près de la moitié (46%) des bénéficiaires de minima sociaux vont en accueil. De même, ces individus vont préférer se déplacer en accueil pour déposer un document alors que les autres envoient davantage par courrier. D'après l'enquête de satisfaction de 2011, 83% des bénéficiaires du RSA savent que la déclaration des ressources peut être dématérialisée mais seuls 46% d'entre eux l'ont déjà fait sur Internet. Les raisons invoquées quant à la non utilisation de la téléprocédure est un manque de familiarité avec Internet ou une absence de connexion Internet (44% des personnes).

Graphique 60 : Modes de contact par type de demande et profil de bénéficiaires



Source : Enquête de satisfaction 2011 de la CNAF

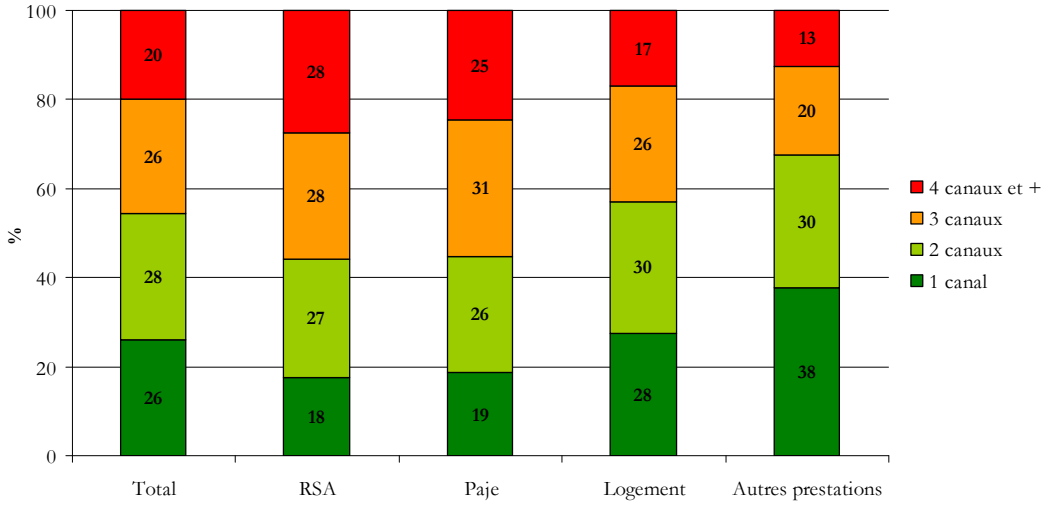
1.4 La transmission de documents et les publics précaires au cœur de la problématique de réitération et du multicanal

[1104] Le tableau 2 ci-dessus montre que l'accueil physique, le téléphone, le courrier, le courriel et les bornes sont chacun très peu utilisés comme mode unique de contact (6% seulement des allocataires ont contacté leur CAF en se déplaçant en accueil physique, et moins pour les autres canaux de contact). Lorsqu'un seul canal est utilisé, il s'agit essentiellement du site Internet. Mais ce dernier est également fortement combiné (dans 63% des cas) à d'autres modes de contact.

[1105] Le multicanal est ainsi fortement présent dans le comportement des allocataires. En effet, 74% des bénéficiaires utilisent plus d'un canal de contact pour l'ensemble de leurs demandes et 20% d'entre eux en utilisent plus de quatre (cf. graphique 4).

[1106] Les bénéficiaires de minima sociaux et de la Paje sont ceux qui diversifient le plus leur mode de contact. Cela est également lié à une plus forte propension à réitérer leurs demandes (cf. *infra*). Ainsi, plus de la moitié de ces allocataires (56% dans chaque catégorie) utilisent plus de 3 canaux de contacts alors que la majorité des bénéficiaires de prestations de logement et d'autres prestations (ex : allocation aux adultes handicapés) utilise un ou deux canaux de contact.

Graphique 61 : Nombre de canaux utilisés pour contacter la CAF par type de prestations



Source : *Enquête de satisfaction 2011 de la CNAF*

[1107] L'étude par la CNAF et son réseau des personnes contactant leur CAF à des multiples reprises pour une même demande permet d'identifier l'ampleur de ce phénomène, les motifs et le mode de réitération. Il en résulte que la réitération est fortement associée à de l'incompréhension et de l'inquiétude de la part des allocataires et se traduit par un nouveau contact par le même canal ou par le report sur un autre mode de contact. La CNAF considère que le délai d'attente acceptable par les allocataires se situe autour de 48 heures et qu'une absence de traitement dans ce délai génère automatiquement une hausse de la charge de travail occasionnée par des flux de réitération.

[1108] La réitération augmente avec la complexité de gestion du dossier (perception de plusieurs prestations qui sont toutes interdépendantes), l'instabilité de la situation personnelle ou professionnelle de l'allocataire, et en cas de problème dans la gestion du dossier (indus, suspension de prestations, pièce en instance de traitement). Les publics en difficulté et dépendants financièrement des prestations versées par la CAF sont ainsi les personnes les plus enclines à multiplier les contacts avec la CAF.

[1109] Selon l'enquête nationale de satisfaction 2011 de la CNAF, 23,5% des allocataires ont réitérés leur demande face à un problème non résolu, une absence de réponse ou un besoin de réassurance du fait d'une volonté de vérification de la prise en compte des dernières modifications par la CAF. La définition de la CNAF du multicontact intègre également la transmission de pièces demandées lors du premier contact. Ainsi, la réitération n'englobe pas seulement les dimensions de réassurance et d'insatisfaction mais aussi la dimension simplement de constitution du dossier. A ce titre, les courriers font l'objet de plusieurs contacts (cf. tableau 3). Cela se justifie par l'obligation de transmission de pièces justificatives pour finaliser la constitution d'un dossier. Ainsi quel que soit le canal du second contact, le contact antérieur est en majorité fait par courrier. Près de la moitié (48%) des envois d'un courrier à la CAF est la résultante d'un précédent contact avec la CAF, par courrier essentiellement. En effet, 73% des allocations ont utilisé le courrier comme mode de contact après un premier contact par courrier.

Tableau 94 : La réitération par mode de contact

	Présence d'un précédent contact	Précédent contact					
		Visite dans les locaux	Appel	Courrier	Courrier électronique	Consultation du site Internet caf.fr	Consultation d'une borne d'information
Visite dans les locaux	29%	**36%**	11%	**44%**	3%	5%	1%
Appel	33%	7%	33%	**50%**	4%	6%	0%
Courrier	**48%**	6%	15%	**73%**	3%	4%	0%
Consultation du site Internet caf.fr	13%	9%	12%	**50%**	13%	16%	1%

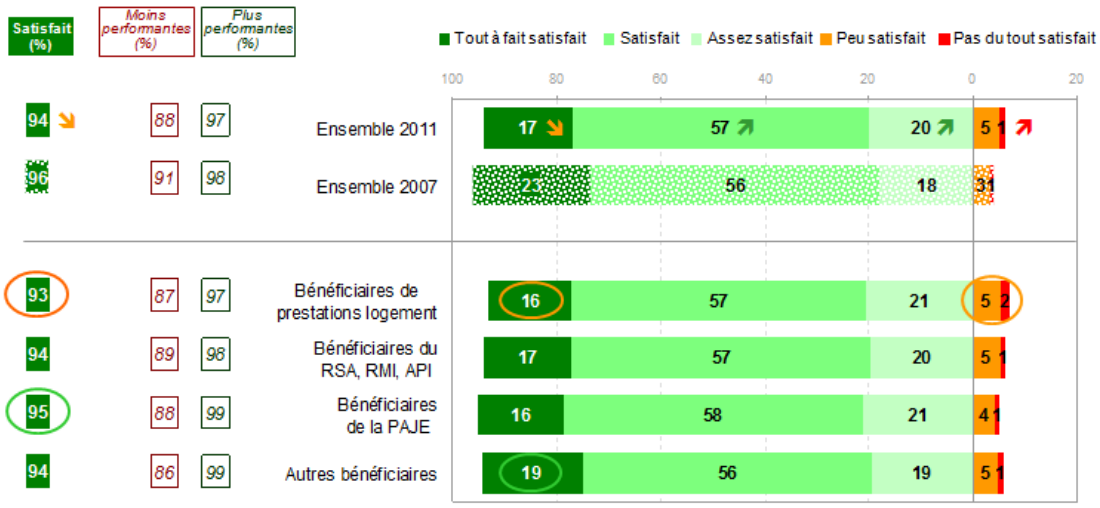
Source : *Enquête de satisfaction 2011 de la CNAF*

2 L'ANALYSE DES ATTENTES DES ALLOCATAIRES ET DE LEUR PERCEPTION DE LA QUALITE DE SERVICE DES CAF

2.1 Des allocataires globalement satisfaits de la qualité de service de leur CAF qui se dégrade néanmoins au cours du temps

[1110] La proportion d'allocataires satisfaits englobe les individus assez satisfaits, satisfaits et tout à fait satisfaits. A l'inverse, la proportion d'allocataires insatisfaits comprend les individus peu satisfaits et pas du tout satisfaits. Selon cette échelle de satisfaction, en nombre impair de modalités, la modalité « assez satisfait » est comme la Cnamts une valeur par défaut où s'inscrivent les personnes sans opinion, mais à la différence de la Cnamts, la CNAF affiche un item « satisfait » ce qui permet de mieux appréhender la satisfaction réelle des usagers.

Graphique 62 : Satisfaction globale concernant la qualité de service de la CAF



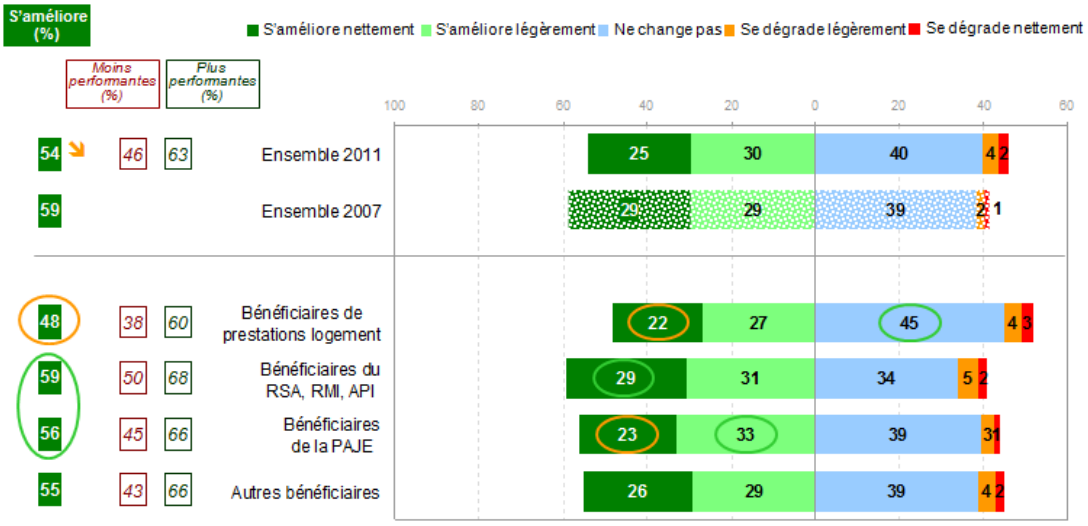
Source : *Enquête de satisfaction 2011 de la CNAF*

[1111] 94% des allocataires sont satisfaits de la qualité de services assurée par leur CAF (cf. graphique 5). Ce taux est en légère diminution par rapport à la précédente enquête de satisfaction en 2007 où 96% des allocataires étaient satisfaits. Cela s'explique par une forte diminution des personnes très satisfaites, diminution compensée en partie par l'augmentation du nombre de personnes satisfaites ou assez satisfaites.

[1112] Plus de la moitié des allocataires considère que la qualité de service des CAF s'améliore, même si cette proportion diminue entre 2007 et 2011 (59% des assurés en 2007 contre 57% en 2011 estime qu'une amélioration a eu lieu ; cf. graphique 6).

[1113] Les bénéficiaires d'aides au logement sont les personnes les moins satisfaites avec un taux de satisfaction inférieur à la moyenne nationale et notamment une proportion plus faible de personnes très satisfaites. A l'inverse, les bénéficiaires de la Paje ainsi que les autres bénéficiaires ont la vision la plus positive de la qualité de service avec un taux de très satisfaits nettement au-dessus de la moyenne nationale pour la dernière catégorie.

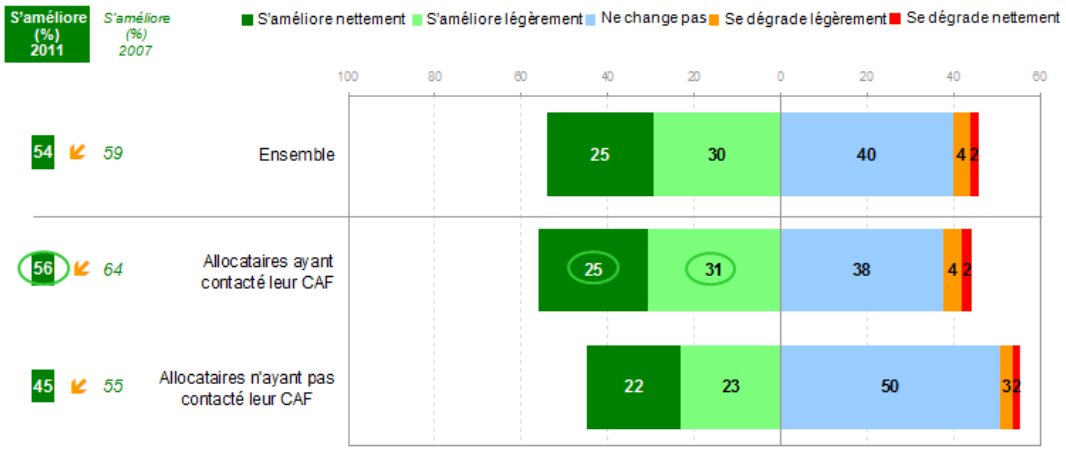
Graphique 63 : Perception de la qualité de services en termes d'évolution



Source : Enquête de satisfaction 2011 de la CNAF

[1114] La part d'allocataires constatant une hausse de la qualité de services de leur CAF diminue entre 2007 et 2011 (cf. graphique 7). Les individus ayant contacté leur CAF ont une meilleure perception de la qualité de services que ceux n'ayant pas eu d'interactions récentes avec leur CAF. S'agissant de ces derniers, ils sont nombreux (50%) à trouver que la qualité de service demeure inchangée.

Graphique 64 : Perception de la qualité de services en termes d'évolution selon que l'allocataire ait ou non contacté sa CAF

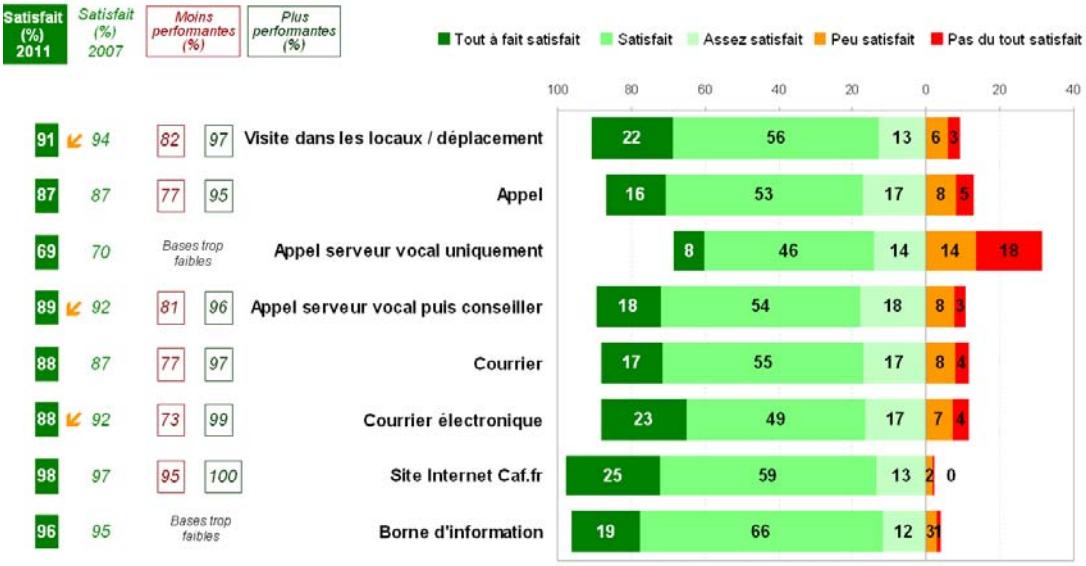


Source : *Enquête de satisfaction 2011 de la CNAF*

2.2 Une satisfaction contrastée vis-à-vis des modes de contact

[1115] Le site Internet et l'accueil physique sont les canaux rassemblant le plus d'allocataires satisfaits (cf. graphique 8). La proportion de personnes satisfaites demeure stable au cours du temps pour le site Internet (97% de satisfaits en 2007 et 98% en 2011). A l'inverse, la proportion d'individus satisfaits diminue légèrement s'agissant de l'accueil physique.

Graphique 65 : Satisfaction vis-à-vis des modes de contact avec la CAF



Source : *Enquête de satisfaction 2011 de la CNAF*

[1116] Le canal téléphonique est, comme pour la Cnamts, le mode de contact où la proportion de personnes insatisfaites est la plus élevée, notamment lorsque l'allocataire a accès uniquement au serveur vocal. Les éléments considérés comme les moins satisfaisants sont le temps nécessaire pour obtenir l'information et le coût de l'appel.

[1117] Des entretiens qualitatifs menés par téléphone en 2010 montrent que les allocataires ont peu confiance dans les réponses apportées par téléphone par rapport à l'accueil physique et préfèrent alors utiliser ce dernier mode de contact. Ce décalage de satisfaction entre ces deux canaux de contact peut ainsi résider dans les différences de qualité de réponse obtenue entre le téléphone et l'accueil physique et met en évidence la nécessité d'alignement en fiabilité de réponse aux demandes entre ces deux canaux pour désengorger l'accueil.

[1118] La satisfaction relative aux courriels est en diminution avec 88% d'allocataires globalement satisfaits en 2011 contre 92% en 2007. Cette baisse semble essentiellement liée aux délais de réponse avec un taux de satisfaction de 81% en 2011 sur ce point contre 91% en 2007.

[1119] Enfin, la CNAF adopte une démarche nationale de gestion de la réclamation. A l'inverse de la Cnamts, la CNAF n'a pas procédé à une modification de la définition d'une réclamation. N'est ainsi considérée comme une réclamation que ce que l'usager considère comme telle dans la mesure où une réclamation correspond à la manifestation d'un mécontentement exprimé par l'usager et ce quel que soit le canal de contact utilisé. La réclamation porte à la fois sur le droit et sur le service ; elles sont déposées principalement par téléphone, Internet et courrier. La CNAF ne dispose pas d'indicateur COG de gestion des réclamations en termes de délais : la réclamation est considérée comme n'importe quel dossier et doit être traitée en moins de 15 jours ouvrés. Ce délai est bien inférieur à celui de 21 jours fixé dans la COG Cnamts. La réclamation est également suivie par les services de médiation de la CNAF et de son réseau.

2.3 Les attentes des allocataires par rapport à la qualité et au contenu de service impactent fortement leur satisfaction générale

[1120] Les allocataires souhaitent en priorité être recontactés si le conseiller téléphonique ne peut pas répondre immédiatement (cf. tableau 4). Cette demande est particulièrement exprimée par les bénéficiaires de la Paje et les autres bénéficiaires.

[1121] Avoir une réponse rapide aux demandes est également une attente importante notamment pour les bénéficiaires de prestations logements ou les bénéficiaires de minima sociaux. La possibilité d'avoir un accueil sur rendez-vous apparaît enfin comme une demande importante formulée par tous.

Tableau 95 : Attentes concernant la qualité de service par profil d'allocataires

Attentes exprimées	Ensemble	Bénéficiaires de prestations logement	Bénéficiaires du RSA, RMI, API	Bénéficiaires de la PAJE	Autres bénéficiaires
Etre recontacté si le conseiller téléphonique ne peut pas répondre immédiatement	54	49	48	61	58
Avoir une réponse plus rapide à vos demandes	34	38	37	33	30
Un accueil sur rendez-vous	27	27	25	27	28
Des points d'accueil communs à plusieurs services administratifs (Pôle Emploi, Assurance Maladie, ...)	17	15	17	18	19
Des locaux avec une meilleure confidentialité	12	11	16	10	11
Ne sait pas	6	7	6	4	6

Source : Enquête nationale de satisfaction 2011 de la CNAF

[1122] En matière de contenu de service, 36% des allocataires souhaitent que les conseillers puissent les aider dans d'autres démarches administratives liées à leur situation (cf. tableau 5). Cette attente est prépondérante parmi les bénéficiaires de minima sociaux qui sont plus contraints compte tenu de leur précarité à devoir multiplier les démarches auprès de différentes institutions.

[1123] Les allocataires souhaitent également une information régulière sur leur situation, en particulier ceux bénéficiant d'aides au logement ou d'autres prestations, et un suivi personnalisé de leur dossier.

[1124] Les bénéficiaires de la Paje ainsi que les étudiants inclus au sein des bénéficiaires de prestations logement sont les plus utilisateurs du site Internet et souhaitent de ce fait pouvoir effectuer l'intégralité des démarches par ce canal.

Tableau 96 : Attentes concernant le contenu de service par profil d'allocataires

Attentes exprimées	Ensemble	Bénéficiaires de prestations logement	Bénéficiaires du RSA, RMI, API	Bénéficiaires de la PAJE	Autres bénéficiaires
Des conseillers pouvant vous aider pour d'autres démarches liées à votre situation	36	35	44	32	36
Une information régulière sur votre situation	32	34	29	30	33
Un suivi plus personnalisé de votre dossier	29	29	29	29	28
Permettre d'effectuer toutes vos démarches sur le site Internet (demande d'allocations, changement de situation professionnelle, déménagement, grossesse...)	27	26	23	33	27
Proposer plus de simulations de vos droits (ou connaître l'impact d'un changement sur vos droits)	19	16	16	24	20
Ne sait pas	6	7	6	4	6

Source : Enquête nationale de satisfaction 2011 de la CNAF

[1125] S'agissant des attentes des allocataires (cf. tableau 6), les allocataires qui attendent prioritairement de leur CAF une réponse plus rapide et un suivi personnalisé sont globalement insatisfaits de la qualité de service de la CAF. Ces éléments correspondent à des facteurs moteurs de la satisfaction – selon la terminologie employée par le SGMAP, dans la mesure où leur absence génère de l'insatisfaction. A l'inverse, les personnes qui déclarent souhaiter être recontactées en cas de non-réponse du téléconseiller sont majoritairement déjà satisfaites de la qualité des services offerts par la CAF; ces attentes correspondent ainsi davantage à des facteurs d'excellence dont l'absence n'induit pas nécessairement du mécontentement mais dont la mise en œuvre peut fortement augmenter la satisfaction.

Tableau 97 : Attentes des allocataires et degré de satisfaction globale

	Globalement insatisfait de la qualité de service	Globalement satisfait de la qualité de service
Attentes en matière de qualité de service		
Des points d'accueil communs à plusieurs services administratifs (Pôle Emploi, Assurance Maladie, …)	15,5	17,2
Avoir une réponse plus rapide à vos demandes	**50,4**	33,4
Un accueil sur rendez-vous	29,7	26,6
Etre recontacté si le conseiller téléphonique ne peut pas répondre immédiatement	44,6	**54,9**
Des locaux avec une meilleure confidentialité	13,7	11,7
Attentes en matière de contenu de service		
Une information régulière sur votre situation	32,6	31,5
Un suivi plus personnalisé de votre dossier	**43,7**	27,9
Des conseillers pouvant vous aider pour d'autres démarches liées à votre situation	39,2	**36,1**
Permettre d'effectuer toutes vos démarches sur le site Internet (demande d'allocations, changement de situation professionnelle, déménagement, grossesse…)	20,5	27,6
Proposer plus de simulations de vos droits (ou connaître l'impact d'un changement sur vos droits)	15,7	19,1

Source : Enquête nationale de satisfaction 2011 de la CNAF

3 LA STRATEGIE ORGANISATIONNELLE DE LA CNAF POUR MIEUX GERER LES DEMANDES DES ALLOCATAIRES

3.1 La valorisation des contacts utiles

[1126] L'objectif de réduire le nombre de contacts doit selon la CNAF être circonscrit et correctement délimité. Il existe certes des contacts superflus pour l'organisme car inutiles à l'obtention de l'ensemble des prestations auxquelles il est éligible, mais également des contacts utiles et nécessaires à l'obtention par l'allocataire de ses prestations. Plus particulièrement, les contacts peuvent se décomposer en trois niveaux[178] :

- des contacts superflus pour l'organisme même si l'allocataire, lui, les juge utile comme s'assurer que tout va bien ou se faire confirmer une information déjà reçue ;
- des contacts superflus mais nécessaires au bon fonctionnement de la relation entre la CAF et l'allocataire. Ces contacts correspondent essentiellement à des demandes d'explication pour améliorer la compréhension de l'allocataire sur son dossier et ses droits ;
- des contacts utiles pour l'organisme afin que la CAF dispose de tous les éléments dont elle a besoin pour traiter le dossier et ce qui permettra in fine à l'allocataire de percevoir de manière juste et complète les prestations auxquelles il a droit.

[1127] Les contacts superflus sont généralement liés à la personnalité de l'allocataire et indépendants du fonctionnement de la CAF. Ces contacts peuvent être liés à un besoin d'écoute et de réassurance en vérifiant la prise en compte de certaines démarches, le bon avancement de son dossier, ou en demandant la confirmation d'une information recueillie par un autre moyen de contact. La CNAF estime à 70% la part des contacts pour réassurance.

[1128] Cette dissociation entre des contacts utiles et inutiles, au sens de la procédure pour les CAF, conduit à différentes stratégies possibles. Ainsi, l'objectif est de réduire au maximum les contacts strictement superflus. A l'inverse, les contacts utiles et également les contacts superflus d'un point de vue procédural mais néanmoins nécessaires sont à valoriser car ils permettent de mieux gérer la relation avec l'allocataire et anticiper et limiter de futurs contacts superflus.

[178] d'après l'étude Eteicos de 2010.

[1129] Pour certaines prestations, la CNAF estime qu'il peut y avoir un nombre incompressible de contacts (de l'ordre de 2-3) nécessaires avec la CAF pour voir son dossier finalisé sans que cela révèle un dysfonctionnement dans la gestion interne de l'organisme ou une inquiétude excessive de l'allocataire. En d'autres termes, la détermination du nombre de contacts pertinents en moyenne pour une démarche donnée dépend non seulement de l'objet de la démarche mais aussi du profil du demandeur.

[1130] L'application de ce principe à la Cnamts pourrait se traduire par la définition de 2-3 contacts utiles pour des dossiers complexes, tels que des dossiers de CMUc pour des assurés non bénéficiaires de RSA, ou des dossiers d'ACS.

3.2 La stratégie des campagnes sortantes

[1131] Les campagnes sortantes se développent par le biais de différents canaux de contact au sein du réseau de la CNAF. Principalement véhiculés par courriel, les contacts sortants se concentraient jusqu'à présent sur les grands évènements de l'année (rentrée scolaire par exemple). Ils sont à présent plus lissés au cours du temps avec notamment l'envoi en 2013 de plus de 60 millions de courriels pour informer l'allocataire de la possibilité d'accéder à ses notifications de paiement sur son compte Internet.

[1132] La CNAF ne dispose pas d'outil national de gestion des contacts sortants et n'a en conséquence pas de vision fiable sur le nombre de campagnes réalisées, le nombre de thèmes abordés ainsi que l'efficacité de ces dispositifs (ex. individus ayant tout de même fait des démarches envers la CAF malgré l'envoi du courriel).

[1133] Toutefois, les différentes expériences de la CNAF et de son réseau de 102 CAF en matière de contacts sortants les ont conduits à établir les constats suivants :

- Les allocataires lisent peu les courriels envoyés par leur CAF : environ 30% des courriels demeurent non lus. Le courriel se révèle ainsi un canal de contact sortant à l'efficacité limitée : il est certes peu coûteux pour l'organisme mais l'impact en termes de résultats est plus réduit que ce que l'on pourrait espérer du simple fait de la non lecture.
- A l'inverse, les SMS sont certes plus coûteux à l'envoi mais plus efficaces en termes d'atteinte de la cible. Le message est nécessairement court mais il a plus d'impact sur les allocataires. Ce canal est néanmoins pour le moment sous-utilisé : seul 20% de l'enveloppe dédiée aux contacts sortants par SMS ont été utilisés en 2013, les CAF préférant davantage avoir recours aux courriels. Cette préférence pourrait s'expliquer par la possibilité de rédiger des messages plus longs par courriel que par SMS, ce qui permet de limiter les risques d'une mauvaise compréhension des usagers.
- Les interactions de l'organisme sur les réseaux sociaux (Facebook notamment) deviennent un outil de communication privilégié vis-à-vis des étudiants.
- L'utilisation des appels sortants à des fins de communication est peu efficace.

[1134] La stratégie de la branche famille en matière de contacts sortants tend ainsi à s'orienter sur l'utilisation plus intensive des SMS et à renforcer sa présence sur les réseaux sociaux. Par ailleurs, un cahier des charges est en cours d'élaboration pour mieux maîtriser les contacts par courriel. Une expérimentation est en cours de réalisation auprès de six CAF sur les stratégies d'offres sur rebond. L'objectif est de mieux coordonner les contacts provenant de l'organisme national et ceux locaux afin de limiter les effets d'accumulation potentiellement invasifs pour l'usager et d'accroître l'efficacité de chaque contact.

3.3 Une réorganisation des canaux de contact et un développement des téléservices

3.3.1 Une refonte des écrits pour gagner en lisibilité

[1135] La CNAF procède à une simplification de ses écrits pour améliorer leur compréhension par les allocataires. Un grand nombre de contacts superflus est généré suite à la réception d'une notification écrite. Cela est dû principalement au langage très technique utilisé par l'organisme avec l'inscription de références juridiques. A présent que l'obligation de mention de références aux textes de lois est levée, la CNAF souhaite les supprimer et rendre la formulation des écrits plus simples.

[1136] Par ailleurs, à l'issue d'un test réalisé sur 3 000 allocataires, la présence de pictogrammes semblerait augmenter la compréhension. La CNAF souhaite ainsi tenir compte de ce résultat et développer cette pratique.

3.3.2 Un renforcement des compétences en téléphonie

[1137] Les appels téléphoniques sont divisés en deux niveaux selon le degré de complexité de la demande. Chaque appel passe par un premier niveau dédié à la gestion de demandes simples. Dès lors que la demande s'avère complexe, la demande est transférée en niveau 2. Le transfert n'est pas immédiat. Le service compétent prend le temps d'expertiser le dossier et envoie un courriel à l'allocataire pour une prise de rendez-vous pour un entretien téléphonique.

[1138] La CNAF dispose de 50 plates-formes téléphoniques (qui gèrent également les courriels). Certains plateaux sont mutualisés de manière essentiellement virtuelles afin d'éviter des mutations géographiques des agents.

[1139] La réitération est un indicateur important de la qualité de service sur les canaux téléphonique et courriel puisqu'il est révélateur des problèmes d'inadéquation entre les ressources et le flux qui génèrent inévitablement du flux. Il a notamment été observé que pour un flux d'appels identiques au départ, les performances des plates-formes pouvaient différer considérablement selon les moyens humains mis en œuvre. Aussi, un faible écart de ressources génère beaucoup de réitérations et notamment 10 plates-formes concentrent plus des deux tiers des réitérations[179]. Un plateau d'accompagnement sur le téléphone et les courriels a été mis en place et la CNAF suit quotidiennement cette problématique. L'écoute clients permet aussi de voir que le moindre attrait des allocataires pour le téléphone n'est pas tant lié à un manque de ressources mais à une mauvaise adaptation des ressources au flux.

[1140] La CNAF mène actuellement une réflexion sur les métiers en téléphonie mais aussi en accueil physique. L'objectif est de pouvoir assurer une évolution professionnelle à ses salariés. Les agents de niveau 1 sont polyvalents et n'exercent pas uniquement les fonctions de téléconseillers (téléphone et courriels), ils sont présents également une petite partie de leur temps en accueil. Cette polyvalence des conseillers entre les divers modes de contacts fait écho à la réalité du comportement des bénéficiaires qui naviguent d'un canal à l'autre en fonction de leurs démarches. Les statuts de conseiller de service à l'usager et de gestionnaire conseil allocataires sont par ailleurs, suite à une négociation avec l'Ucanss, reconnus comme certificats de qualification professionnelle et constitue ainsi des diplômes valorisables dans d'autres branches professionnelles. Des modules de formation communs aux métiers de niveau 1 et d'expertise ont été enfin mis en place. La formation est renforcée avec l'instauration d'une base de formation qui est un clone d'une CAF et permet aux agents de se former dans des conditions réelles. Les agents sont également formés au site caf.fr en utilisant des comptes de bénéficiaires

[179] Donnée d'entretien.

fictifs issus de la base formation. Dans chaque région, une CAF est définie comme pivot et gère la formation des conseillers au service de l'usager et le perfectionnement des agents pour l'ensemble des autres caisses. En 2013, le Centre national de ressources chargé de la conception coordonnée des supports d'appui aux métiers de la relation de service a été créé et intègre les formations initiales, les perfectionnements, les bases formations, les dispositifs de formation à distance, la documentation métiers et les aides en ligne des principaux applicatifs métiers.

3.3.3 Une redéfinition de l'accueil physique au travers des plans territoriaux d'accessibilité aux services

[1141] Inscrit dans la COG 2013-2017, il s'agit de « définir une stratégie locale d'évolution progressive de l'accessibilité et des points d'accueil physique en tenant compte de la montée en puissance d'autres canaux de contact et en concourant à l'objectif d'égalité territoriale ». L'objectif est de réduire les disparités territoriales en termes de performance et d'accès dans le traitement des dossiers.

[1142] La demande des usagers réside davantage sur l'accessibilité des services (disponibilité, amplitude horaire, coût, facilité d'accès à l'information, accessibilité aux personnes handicapées, etc.) que sur leur proximité[180]. L'objet de l'accueil physique est alors de garantir à la fois l'accessibilité, l'efficience et la personnalisation du service. La localisation des accueils physiques doit également prévenir des risques de rupture (zones où fort illettrisme ou dans lesquelles la couverture réseau est faible).

[1143] Les principes directeurs des plans territoriaux sont inscrit dans les contrats pluriannuels d'objectif et de gestion et définissent la trajectoire et les engagements de chaque CAF en matière d'offres de services.

[1144] La CNAF a initié une politique de fermeture des permanences des CAF. Cette orientation est liée à plusieurs facteurs :

- le service rendu dans les permanences n'apporte pas de plus-value par rapport à celui des agences CAF dans la mesure où les questions traitées sont les mêmes ;
- la présence de permanences ne correspond pas aux besoins des usagers : elles sont peu fréquentées car les conseillers n'ont qu'un pouvoir de consultation des dossiers et ne peuvent les traiter directement ;
- les permanences présentent un coût très élevé du fait des déplacements et de l'assurance des agents par rapport aux autres canaux de contact.
- la présence de permanences est davantage liée à des raisons historiques et politiques plutôt que à une réponse à une demande réelle.

[1145] Dans le cadre des plans territoriaux d'accessibilité aux services, l'implantation des points d'accueil est définie dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de gestion en fonction des besoins des allocataires et des résultats comparatifs du coût des contacts.

[180] Argument donné pendant l'entretien.

[1146] Par ailleurs, la CNAF promeut des partenariats locaux en matière d'accueil notamment avec les maisons de service public sur les territoires ruraux. Elle est également en discussion avec la Poste pour bénéficier d'un point d'accès CAF à l'intérieur des bureaux de Poste, en particulier dans les endroits où des permanences sont supprimées. L'intérêt d'un partenariat avec la Poste tient aux ressources dont l'entreprise dispose (beaucoup de personnel et des flux de courriers en diminution tendancielle) et à la proximité des facteurs avec la population. Comme stipulé dans la COG 2013-2017, « les tiers partenaires auront accès à l'information, la documentation et la formation proposés par les CAF. Ils seront alors éligibles à un label « point info CAF » qui visera à conforter l'allocataire sur la qualité de l'information fournie par les tiers ».

[1147] La mission préconise à la Cnamts de définir, elle aussi, des plans territoriaux d'accessibilité aux services dans la prochaine COG et d'optimiser la gestion des accueils par une meilleure coopération avec les partenaires (mission de service public, éventuellement la Poste, etc.). Un rapprochement des CPAM avec les CAF pour mutualiser leurs politiques de gestion générerait des gains d'efficience.

3.3.4 Un développement de l'accueil sur rendez-vous pour mieux étudier la situation globale de l'allocataire

[1148] L'accueil des CAF se décompose en un pré-accueil composé d'un point d'accès numérique dont l'accompagnement se fait par un conseiller de service à l'usager, un accueil de niveau 1 pour les demandes d'informations générales et permet une consultation simple du dossier de l'allocataire sans possibilité de le modifier et, enfin, un accueil de niveau 2 pour des informations davantage personnalisées et le traitement du dossier.

[1149] La CNAF souhaite développer davantage l'accueil sur rendez-vous pour toute demande nécessitant une gestion et une expertise. Cela constitue également une attente des allocataires. Le rendez-vous permet à l'agent de faire un travail en amont sur la situation globale de l'allocataire, i.e. sur l'ensemble de ses prestations et sur ses droits potentiels. Le rendez-vous vise ainsi à apporter une réponse globale aux besoins des allocataires, renforcer l'accès aux droits et simplifier les démarches pour les allocataires.

[1150] La prise de rendez-vous s'effectue sur Internet avec rappel d'un téléconseiller et pour moitié directement par téléphone. Les CAF doivent alors planifier le rendez-vous dans les 7 jours ouvrés dans 85 % des cas. Cela apparaît comme un nouvel indicateur de suivi dans la COG 2013-2017.

[1151] Des expérimentations ont eu lieu jusqu'au mois de février 2014 pour déterminer deux à trois modèles de gestion des rendez-vous.

3.3.5 Un renforcement des services en ligne en réponse aux demandes exprimées par les allocataires

[1152] Plus les services offerts sur le site caf.fr sont diversifiés, plus l'utilisation du site est forte. Un grand nombre d'utilisateurs du site, notamment les bénéficiaires de la Paje et les étudiants, plébiscitent dans les enquêtes de satisfaction et d'attentes de pouvoir effectuer toutes leurs démarches directement en ligne. La CNAF s'inscrit dans cette perspective avec la dématérialisation des notifications des droits et des paiements. Elle travaille également sur la dématérialisation des courriers de demandes de justificatifs et le suivi du traitement des pièces. A titre d'exemple, les démarches dans le cadre des rentrées universitaires de 2013 et 2014 ont fait l'objet d'une téléprocédure avec un questionnaire en ligne à compléter par les étudiants.

[1153] Le questionnaire en ligne permet l'automatisation du traitement et remédie au défaut des formulaires papiers sur plusieurs pages qui ne pouvaient pas être traités de manière automatisée car en recto verso et qui révélaient l'insuffisante prise en compte des conséquences en termes de gestion des conditions juridiques d'une prestation. Chaque nouvelle fonctionnalité répond à trois composantes : elle doit être le reflet d'une attente des allocataires, elle doit constituer un impératif de gestion et il doit y avoir des ressources métier suffisantes pour la développer. Cependant, développer de tels services n'est pas chose aisée : ils nécessitent non seulement de réorganiser les processus de traitement en back office mais aussi d'être particulièrement vigilant en front office à l'appropriation par les bénéficiaires des fonctionnalités. La téléprocédure pour les étudiants précédemment mentionnée a ainsi connu un premier lancement infructueux en 2011. Ce n'est qu'au deuxième lancement en 2013, après une association beaucoup plus grande des utilisateurs bénéficiaires finaux dès les phases de conception des fonctionnalités, que le service a rencontré un succès. En effet, il répondait à deux logiques : répondre au besoin des utilisateurs d'une dématérialisation complète de la démarche, y compris les pièces justificatives, et offrir un service dont l'utilisation était facile d'appropriation par les bénéficiaires. La démarche en ligne suppose toutefois que les usagers ont à disposition le matériel informatique permettant la scannérisation des pièces justificatives, ce qui n'est pas évident.

[1154] De même, la télédéclaration des revenus pour le RSA est à présent possible dans l'espace « mon compte » du site caf.fr. Cette option est proposée par courriel pour les bénéficiaires ayant transmis leur adresse électronique ou par courrier. Ainsi aujourd'hui sur plus de 2 millions de déclarations par trimestre, la moitié des bénéficiaires déclarent leurs ressources par Internet et la moitié continue à utiliser le courrier.

[1155] A l'instar d'autres opérateurs comme la Cnamts qui ont développé sur Internet un avatar répondant aux questions des usagers, un travail préparatoire de conception d'un avatar a été commencé par la CNAF puis arrêté. L'inconvénient avancé par la CNAF réside dans le coût : en effet, ce coût est proportionnel au nombre de conversations et donc plus l'outil est utilisé et plus le coût est élevé. Outre le fait que ce modèle économique n'est pas cohérent a priori avec la technologie utilisée (cf. coûts de création et d'installation élevés mais coût par discussion décroissant), face à une telle incertitude sur la dépense à venir, une solution moins chère est préférée, à savoir le développement d'une mascotte Camille (par fusion de CAF et famille) qui donnerait uniquement des informations d'ordre très général et orienterait les allocataires dans le multicanal.

[1156] La page FAQ du site Internet a été reconçue avec une présentation non plus par prestations qui impliquait d'être un minimum informé sur ce que l'on recherchait, mais une présentation par situation, ce qui garantit plus de visibilité et de compréhension sur les démarches à faire pour l'allocataire. Autrement dit, la CNAF a ainsi opéré une mutation majeure de son site : le point de départ n'est plus son offre de services mais les besoins et la situation des personnes, ce qui signifie que le positionnement du site est davantage tourné vers ce qu'attendent les bénéficiaires et les questions qu'ils se posent plutôt que vers les différents services que la CAF leur propose et dans lesquels ils seraient supposés être en mesure de se repérer instinctivement.

[1157] Enfin, la CNAF souhaite que les bornes présentes essentiellement à l'intérieur et en façade des CAF (1 200 bornes) disparaissent pour laisser place à des ordinateurs ou des tablettes connectés au site Internet. 70% du flux des bornes concernent l'impression d'attestations. Mais les coûts de gestion et de réparation des bornes sont très élevés. L'objectif serait de supprimer les bornes dans les points d'accueil CAF, conserver celles en extérieur en dehors des CAF (soit environ 60 bornes aujourd'hui) et implanter certaines bornes dans les accueils d'organismes partenaires comme la Poste. Cette stratégie apparaît de fait cohérente avec le recours à une logique web ainsi qu'avec la connaissance très répandue et familière chez les bénéficiaires des outils informatiques ordinateurs et tablettes, ce qui donc facilitera les usages. Elle apparait également compatible avec une stratégie de mutualisation des points d'accès CAF et CPAM qui nécessiterait simplement de développer un système informatique avec les deux interfaces.

3.4 Un outil de gestion de la relation client : une nécessité ?

[1158] L'instauration d'un outil de gestion de la relation client (GRC) est en cours de réflexion à la CNAF mais ne semble pas constituer une priorité dans le pilotage de la relation de service, d'une part parce que les usagers ne sont pas demandeurs d'un outil spécifique de GRC et, d'autre part, parce qu'il faut avoir les moyens d'exploiter les données issues de l'outil de GRC. Aujourd'hui l'exploitation des bases est très partielle par rapport à ce qui pourrait être fait. L'absence d'un middle office composé de suffisamment de chargés d'études et de spécialistes en statistiques qui pourraient exploiter au maximum la base de données limite la portée du déploiement d'un tel outil.

[1159] Cette orientation n'est toutefois pas abandonnée et les travaux seront poursuivis dans le cadre de la COG 2013-2017. L'objectif est d'avoir un référentiel national de contacts intégrant une dimension multicanale.

[1160] La mise en place d'une GRC efficace est conditionnée à trois pré-requis :

- l'augmentation des ressources à compétences statistiques pour traiter les données ;
- développer l'architecture technique qui permettra d'alimenter l'outil de GRC ;
- définir l'objectif de la GRC en termes décisionnels et de pilotage.

4 LE PROGRAMME « RENDEZ-VOUS DES DROITS » OU COMMENT RENFORCER SA MISSION DE SERVICE PUBLIC

[1161] Le rendez-vous des droits s'inscrit dans le cadre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, adopté en Comité interministériel de lutte contre les exclusions le 21 janvier 2013, et vise à renforcer l'accès effectif aux droits.

[1162] La COG 2013-2017 prévoit que « 100 000 rendez-vous des droits, organisés en fonction des besoins dans chaque territoire et en partenariat avec les autres institutions impliquées dans la lutte contre l'exclusion, permettront chaque année aux allocataires qui en ont les plus besoin de bénéficier d'un accompagnement renforcé dans l'accès à l'ensemble de leurs droits sociaux ».

[1163] Le rendez-vous des droits permet d'informer et simuler des droits potentiels de la branche famille mais aussi d'informer sur les dispositifs d'autres opérateurs comme la CMUC, l'ACS, les tarifs sociaux de gaz et électricité, les aides extra légales de CCAS locaux.

[1164] Le rendez-vous des droits est réalisé dans le cadre d'un entretien individuel associé à l'instruction de la demande de RSA, dans le cadre de la mise en place de parcours spécifique ou sur demande de l'individu ou du travailleur social.

ANNEXE 9 : LA STRATEGIE MULTICANAL DE POLE EMPLOI

Sommaire

ANNEXE 9 : LA STRATEGIE MULTICANAL DE POLE EMPLOI 433

1 LA PERIODE 2009-2013 A ETE MARQUEE PAR DE FORTES MUTATIONS DANS LA STRATEGIE GLOBALE DE CONTACTS DE POLE EMPLOI 437

1.1 Un accroissement massif du nombre de contacts au moment de la fusion 437

1.2 Un contexte qui a directement impacté l'offre de services et de contacts de l'opérateur 438

1.3 Le nouveau plan stratégique Pôle emploi 2015 renouvelle fortement la politique de contacts de l'opérateur 438

2 LA DIVERSIFICATION DES CANAUX DE CONTACTS TRADUIT LA VOLONTE D'UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DES BESOINS ET DU DEGRE D'AUTONOMIE DES DEMANDEURS D'EMPLOI 439

2.1 L'accueil physique est le canal de contact privilégié pour accompagner les demandeurs d'emploi les moins autonomes ou ayant les besoins les plus complexes 440

2.2 Le recours au téléphone reste intense bien qu'il ait tendance à diminuer 441

2.3 Les services en ligne connaissent une croissance rapide 441

2.4 Une offre de services variable selon les canaux de contacts mais dont la structuration est renforcée par Pôle emploi 442

3 LES ENJEUX DE BONNE GESTION ET DE QUALITE DE SERVICE FONDENT LES PRINCIPES DE LA STRATEGIE MULTICANAL DE POLE EMPLOI 443

3.1 Les enjeux de la stratégie multicanal de Pôle emploi : entre efficience, réassurance et maîtrise des flux 443

3.1.1 Un objectif affiché de gains d'efficience 443

3.1.2 La réassurance et l'anticipation comme leviers d'une meilleure maîtrise des flux de contacts entrants : les push SMS et mail 444

3.2 Les principes de la stratégie de délivrance des services dans le cadre du plan « Pôle emploi 2015 » 445

[1165] Pôle emploi est le principal opérateur du service public de l'emploi avec les missions locales destinées au public jeune et les Cap emploi qui visent les personnes handicapées en recherche d'emploi. Il est le résultat de la fusion fin 2008 de l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE) et de l'Association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce(Assedics). Ses deux premières missions consistent à inscrire, indemniser les demandeurs d'emploi et les accompagner dans leur recherche d'emploi en rapprochant les offres d'emploi des entreprises de la demande de travail (cf. mise à disposition d'information, ateliers divers, formations, etc.). Pôle emploi compte 49 407 agents[181] répartis sur l'ensemble du territoire en métropole et en outre mer. Ses usagers sont non seulement les demandeurs d'emploi à qui Pôle emploi propose de multiples services mais aussi les entreprises pour lesquelles Pôle emploi fait des recherches spécifiques de profil de candidats et fait connaître les offres d'emploi.

[1166] De nouvelles orientations ont été fixées à Pôle emploi par la convention tripartite[182] du 11 janvier 2012 et notamment la personnalisation de l'offre de services aux demandeurs d'emploi et aux entreprises, la nécessité d'agir plus en proximité avec les territoires et le redéploiement des moyens vers l'accompagnement des demandeurs d'emploi. Ces orientations se sont traduites par l'adoption d'un plan stratégique nommé « Pôle emploi 2015 » initié dès 2013 et applicable sur trois ans. Dans cette perspective, Pôle emploi développe actuellement une stratégie de contacts avec ses usagers qui est multicanal au sens où les contacts entrants comme sortants transitent par différents canaux : téléphone/SMS, accueil physique, Internet, borne, courriel et courrier.

1 LA PERIODE 2009-2013 A ETE MARQUEE PAR DE FORTES MUTATIONS DANS LA STRATEGIE GLOBALE DE CONTACTS DE POLE EMPLOI

1.1 Un accroissement massif du nombre de contacts au moment de la fusion

[1167] Pôle emploi a été créé à la toute fin de l'année 2008 par la fusion de deux organismes auparavant distincts, l'ANPE et les Assedics. Tandis que le premier avait en charge les problématiques de placement des demandeurs d'emploi, le second avait pour mission première leur indemnisation. Le regroupement de ces deux structures en un seul et même opérateur a nécessité une remise à plat des processus de travail internes et la conduite d'une réflexion sur l'offre de services et de contacts. Cette évolution a été d'autant plus difficile à conduire qu'elle s'est faite à un moment où l'activité économique s'est retournée, ce qui a induit une forte croissance du nombre de demandeurs d'emploi. Ainsi depuis fin 2008, le nombre de demandeurs d'emploi au sens du bureau international du travail (BIT) a augmenté de près de 50 %, faisant passer le taux de chômage de moins de 8 % de la population active en 2008 à près de 12 % fin 2013.

[1168] L'accroissement du chômage a eu comme conséquence une augmentation massive du nombre de contacts alors même que la fusion n'était pas encore achevée.

[181] Source Pôle emploi, décembre 2012.
[182] La convention lie l'Etat, l'Unédic et Pôle emploi.

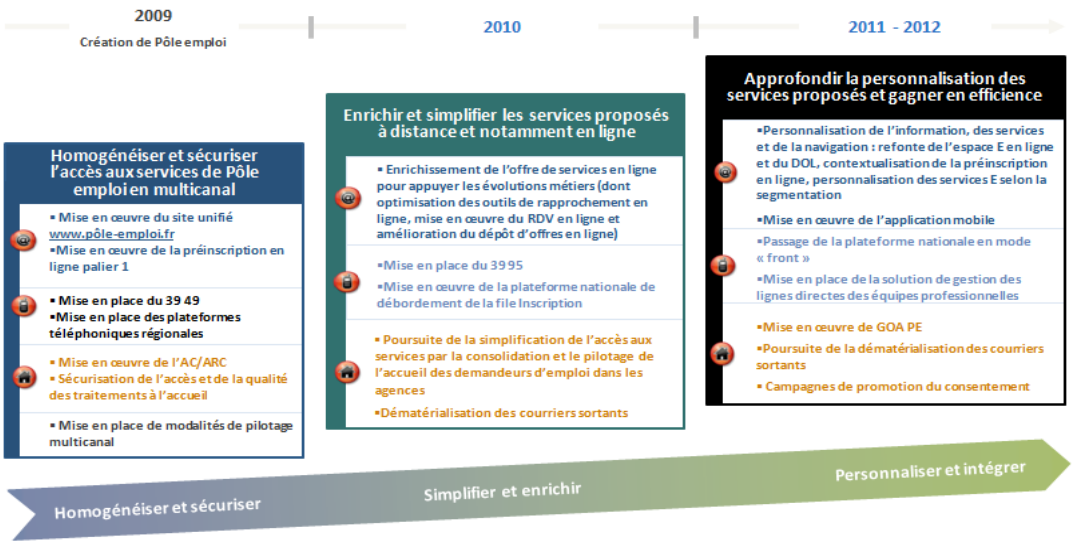
1.2 Un contexte qui a directement impacté l'offre de services et de contacts de l'opérateur

[1169] Schématiquement, les cinq dernières années ont été marquées par trois grandes étapes dans l'offre de services et de contacts de Pôle emploi (voir graphique ci-dessous) : la première en 2009 a consisté, au moment de la création de l'organisme, à homogénéiser les pratiques et sécuriser les procédures. De nouvelles offres ont alors été mises en place parmi lesquelles le site Internet unifié pole-emploi.fr, le numéro de téléphone 3949 ou encore les plateformes téléphoniques régionales.

[1170] En 2010, ces premiers déploiements ont été poursuivi par une simplification des démarches (ex. dématérialisation accrue des courriers sortants) et par un enrichissement de l'offre de services en ligne (ex. rendez-vous en ligne, amélioration du dépôt d'offres en ligne).

[1171] Cet effort s'est prolongé en 2011 et 2012 avec la personnalisation accrue des services proposés grâce à Internet et au déploiement de l'application mobile et avec la recherche de gains d'efficience, notamment dans la gestion des appels entrants.

Graphique 66 : Le déploiement de l'offre multicanal de Pôle emploi depuis 2009



Source : *Pôle emploi.*

1.3 Le nouveau plan stratégique Pôle emploi 2015 renouvelle fortement la politique de contacts de l'opérateur

[1172] Le Conseil d'administration de Pôle emploi a adopté en juin 2012 le plan stratégique « Pôle emploi 2015 ». Le lancement du plan a enclenché des réorganisations avec, en premier lieu, l'évolution des modalités d'accompagnement des demandeurs d'emploi dès septembre 2012. Les six axes prioritaires du plan sont les suivants :

1. Faire plus pour ceux qui en ont le plus besoin
2. Agir en proximité avec les partenaires
3. Simplifier et mettre le collectif au cœur de l'organisation du travail
4. Etre plus attentif au résultat de notre action
5. Innover pour améliorer les services et valoriser les expertises
6. Faire le pari de la confiance

[1173] Le premier axe a un impact majeur sur les contacts entre l'opérateur et ses usagers. Partant du constat que les demandeurs d'emploi n'ont pas tous les mêmes besoins de services et de contacts ni le même degré d'autonomie, l'optimisation des ressources de l'opérateur requiert de dédier en priorité des moyens là où son intervention a la plus forte plus-value. La traduction concrète de cette priorité est la mise en place d'un accompagnement différencié des demandeurs d'emploi en fonction de leurs besoins et de leurs degrés d'autonomie. Dès lors, trois modalités d'accompagnement et de suivi sont déployées : l'accompagnement renforcé, l'accompagnement guidé et, le suivi et l'appui à la recherche d'emploi. Pour illustrer à quel point ce changement modifie de façon majeure les contacts des demandeurs d'emploi avec Pôle emploi, prenons l'exemple des motifs de contacts en accueil physique : là où auparavant, un certain nombre de rendez-vous étaient incontournables quelque soit le demandeur d'emploi, les entretiens sont dans la plupart des cas maintenant modulés en fonction du type d'accompagnement dans lequel est inscrit le demandeur. Ainsi, tandis qu'un demandeur d'emploi autonome se déplacera en agence majoritairement à son initiative, un demandeur d'emploi en accompagnement renforcé sera plus fréquemment convié par le conseiller qui le suit.

[1174] Dans le même temps, les outils de services en ligne continuent à être développés afin de répondre notamment aux besoins des demandeurs d'emploi les plus autonomes.

2 LA DIVERSIFICATION DES CANAUX DE CONTACTS TRADUIT LA VOLONTE D'UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DES BESOINS ET DU DEGRE D'AUTONOMIE DES DEMANDEURS D'EMPLOI

[1175] Pôle emploi considère que ses canaux de contact entrants sont principalement de trois types : l'accueil sur site, le téléphone et l'Internet. Quelque soit le canal de contact, en 2012, Pôle emploi recense environ 384 millions de contacts entrants[183].

[1176] Il est important de noter que les demandeurs d'emploi ont un conseiller référent qu'ils peuvent rencontrer en agence sur rendez-vous ou avec lequel ils peuvent échanger des courriels si le conseiller a accepté de leur donner son adresse électronique. La désignation de ce conseiller référent intervient au plus tard quatre mois après l'inscription à Pôle emploi. En revanche, l'accueil téléphonique de niveau 1 sur plateforme est indifférencié tout comme l'accueil sur le flux en agence qui ne permet pas de rencontrer spécifiquement son conseiller référent. Chaque conseiller de front office a dans son « portefeuille » un nombre déterminé de demandeurs d'emploi.

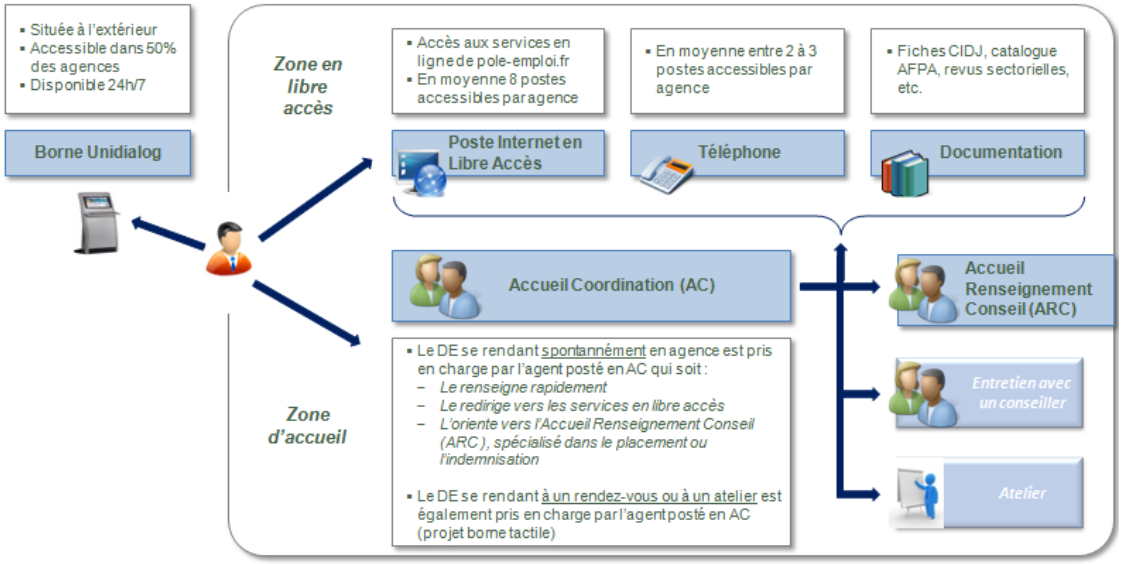
[1177] Pôle emploi a ainsi développé une stratégie de contacts qui offre la possibilité au demandeur d'emploi de choisir à chaque moment d'être accompagné soit de façon spécifique par son conseiller référent (cf. accueil sur rendez-vous / courriel) ou bien de façon généraliste par tout autre conseiller de Pôle emploi (cf. accueil sur flux / téléphone).

[183] Ce décompte regroupe les demandeurs d'emploi et les entreprises, même si les premiers occupent une place beaucoup plus conséquente.

2.1 L'accueil physique est le canal de contact privilégié pour accompagner les demandeurs d'emploi les moins autonomes ou ayant les besoins les plus complexes

[1178] L'offre d'accueil se répartit en 922 agences de proximité et 135 agences spécialisées. Pôle emploi estime que son flux de contacts à l'accueil est de 24 millions en 2012. Ces contacts sont ceux qui sont recensés dans l'outil métier GOA (Gestion Opérationnelle des Activités). Ne sont donc pris en compte que les contacts entrants qui ont effectivement donné lieu à un contact avec un conseiller ou à une borne Unidialog. Or, comme le détaille le graphique ci-dessous, l'organisation dans les accueils d'une zone en libre accès permet d'autres types de contacts qui ne sont pas retracés dans l'outil GOA, comme par exemple la consultation de documentation papier à disposition ou l'accès à des postes Internet en libre accès.

Graphique 67 :Les divers canaux de contact possible en agence



Source : *Pôle emploi.*

[1179] L'accueil en agence donne accès à tous les niveaux de services offerts par Pôle emploi, et ce grâce à la variété des modes de contacts proposés. Les services offerts uniquement sur Internet (ex. chargement d'un CV en ligne) sont aussi accessibles en agence grâce à l'installation dans les zones de libre accès de postes Internet (en moyenne 8 postes par agence).

[1180] Un nouveau dispositif de pilotage de l'activité en accueil a été introduit afin de mieux gérer les flux de contacts et mieux recenser les motifs de visite. Cet outil devrait permettre d'approfondir la connaissance de Pôle emploi sur les motifs de venue en accueil physique ; en effet, à l'heure actuelle, les outils métier des conseillers sont peu fiables pour mener ce type d'analyse car, du fait des pratiques d'enregistrement des conseillers dans l'outil, le motif général « Information des demandeurs d'emploi » est devenu une catégorie « fourre tout » surreprésentée par rapport à ce qu'elle pèse réellement.

[1181] Pôle emploi considère que la qualité de l'accueil constitue un enjeu majeur pour l'image de l'opérateur dans la mesure où c'est sur ce canal que la réponse aux besoins des usagers peut à la fois être la plus vaste (cf. multiplicité de services offerts) et approfondie (cf. personnalisation du traitement).

2.2 Le recours au téléphone reste intense bien qu'il ait tendance à diminuer

[1182] Les appels téléphoniques peuvent être émis par les demandeurs d'emploi à partir de leur appareil privé ou bien à partir d'automates en agence[184]. La réponse est apportée soit par un téléconseiller en plateforme (cf. réponse de niveau 1) soit par un conseiller en agence (cf. niveau 2). Les demandeurs d'emploi ont à leur disposition le 3949 au prix de 11 centimes par appel à partir du moment où le conseiller décroche (ou au tarif du forfait mobile sans surcoût). Les entreprises peuvent, quant à elles, appeler le 3995 au prix de 15 centimes par minute, hors surcoût éventuel des opérateurs.

[1183] Le recours au téléphone reste massif. En effet, en 2012, le nombre d'appels reçus sur le 3949 sur les files conseiller (c'est-à-dire ayant permis la mise en relation avec un conseiller) était de 22,3 millions et les files automatisées ont représentées 37,4 millions. Cependant, ces chiffres sont en baisse (-9 % entre 2010 et 2012 pour les files conseiller et -11,6 % pour les files automatisées).

[1184] Les volumes concernant les employeurs sont beaucoup moins importants (cf. 3,8 millions en 2012) mais sont en revanche en forte augmentation (+ 100 % en deux ans).

[1185] Les enjeux de gestion pour Pôle emploi relatifs à l'accueil téléphonique sont divers :

- Réduire l'impact des pics de flux sur la charge individuelle d'un agent ou d'une agence (cf. cyclicité et saisonnalité) : cela passe par la mutualisation régionale du 3949, par la mobilisation des agents en fonction d'une anticipation proactive des cycles de flux, par le transfert des flux synchrones[185] vers les flux asynchrones notamment via une organisation croisée avec le traitement des courriels.
- Poursuivre les progrès concernant le taux de décroché : au 3949 (cf. demandeurs d'emploi), le taux de décroché est passé de 68 % en 2009[186], à 78 % en 2010 puis 79 % en 2011 ; au 3995 (cf. employeurs), le taux de décroché est proche de 90 % depuis le lancement du numéro en mars 2010.
- Optimiser l'organisation de traitement des appels grâce à l'acquisition d'une nouvelle solution téléphonique qui vise à faciliter l'allocation des ressources notamment en niveau 2 en filtrant automatiquement les demandeurs d'emploi et les employeurs en fonction de leur problématique (cf. remise à plat des files présélectionnées par l'appelant).

2.3 Les services en ligne connaissent une croissance rapide

[1186] Internet est le levier de multiples contacts entrants et sortants entre Pôle emploi et ses usagers : site web, espace personnel, application mobile, réseaux sociaux, courriel. L'espace personnel en ligne offre des fonctionnalités de plus en plus nombreuses comme par exemple obtenir un rendez-vous avec un conseiller, consulter des offres d'emploi, candidater sur une offre, créer et diffuser son CV.

---

[184] Cette possibilité de contact est dans les faits relativement peut utilisée puisque les volumes représentent environ 8 appels par jour par agence.

[185] Un flux est considéré comme synchrone dès lors qu'il nécessite de mobiliser un conseiller en même temps que le contact entrant du demandeur d'emploi (ex. téléphone, accueil physique sur flux ou sur rendez vous). Un flux est considéré comme asynchrone dès lors qu'il ne nécessite pas de mobiliser un conseiller exactement au même moment (ex. courriel, courrier).

[186] En 2009, du fait de ce bas taux de décroché, un demandeur d'emploi devait en moyenne appeler deux fois avant de parvenir à joindre un conseiller.

[1187] La fréquentation de ces canaux de contacts est massive et en constante augmentation : en 2012, le nombre de visiteurs distincts par mois en moyenne sur pole-emploi.fr est de 15,2 millions (en hausse de 29,9 % en deux ans) et le nombre de courriels envoyés est de 800 000 (en hausse de 65,3 % entre 2010 et 2012). L'application mobile a, quant à elle, été téléchargée 643 000 fois en un an entre juin 2011 et mai 2012.

[1188] La dématérialisation des courriers envoyés aux demandeurs d'emploi s'est elle aussi considérablement accrue : elle a atteint 80 % de l'ensemble des courriers envoyés fin 2011, après une montée en charge très rapide. D'un point de vue pratique, le demandeur d'emploi reçoit un courriel lui notifiant la réception de tout courriel archivé dans son espace personnel en ligne sur le site de Pôle emploi. Ce développement a été rendu possible par une politique spécifique visant à accroître le consentement des demandeurs d'emploi aux échanges dématérialisés, consentement qui est passé de 27 % fin 2010 à 41 % fin 2011.

[1189] Les enjeux de Pôle emploi relatifs à ces modes de contacts sont multiples :

- Continuer le développement des services en ligne avec par exemple la préinscription en ligne, les simulations de situation ;
- Déployer un projet d'accompagnement 100 % web pour les demandeurs d'emploi les plus autonomes et ayant les besoins les moins complexes : cela nécessite le déploiement de nouveaux services (ex. « agent conversationnel » en ligne, chat).

2.4 Une offre de services variable selon les canaux de contacts mais dont la structuration est renforcée par Pôle emploi

[1190] L'offre multicanal de Pôle emploi repose sur le principe général d'une multiplicité de canaux possibles pour un accéder à un même service[187]. Cette logique a conduit Pôle emploi à établir une cartographie croisant son offre de services et son offre de contacts (voir graphique ci-dessous).

Graphique 68 : Cartographie de l'offre de service par canal de contacts – l'exemple de services de gestion de la recherche d'emploi

Source : *Pôle emploi.*

[187] A l'exception des aides à la mobilité accessibles uniquement en accueil, Pôle emploi a la volonté que tous les autres services soient accessibles via a minima deux canaux de contacts distincts.

[1191] Ainsi, un rendez-vous avec un conseiller peut être pris via tous les canaux de contacts. Cependant, il ne peut aujourd'hui être modifié qu'en agence, par téléphone ou par l'envoi d'un courrier/courriel. Des conseils sur la recherche d'emploi ou sur le projet professionnel du demandeur d'emploi peuvent être apportés en agence ou par téléphone mais pas sur Internet.

[1192] Dans les faits, cette cartographie des services en fonction des canaux de contacts est plus le produit de limites techniques de chaque canal de contacts que le reflet d'une stratégie prédéterminée de Pôle emploi. Cependant, avec le projet d'un accompagnement « 100 % web », Pôle emploi est en train de renverser la logique en s'interrogeant d'abord sur le type d'accompagnement qu'il souhaite mettre en place et sur les modalités d'orientation des assurés pour ensuite identifier les types de service à développer sur le canal Internet. Ce meilleur ciblage dénote une maturité croissante de l'opérateur dans le développement de ses services en ligne.

3 LES ENJEUX DE BONNE GESTION ET DE QUALITE DE SERVICE FONDENT LES PRINCIPES DE LA STRATEGIE MULTICANAL DE POLE EMPLOI

3.1 Les enjeux de la stratégie multicanal de Pôle emploi : entre efficience, réassurance et maîtrise des flux

3.1.1 Un objectif affiché de gains d'efficience

[1193] La réduction du coût de sollicitation fait partie des objectifs de maîtrise des dépenses assignés à Pôle emploi. Ainsi, Pôle emploi estime qu'un contact téléphonique avec un conseiller coûte en moyenne 4 euros, qu'un face-à-face en agence coûte 20 euros[188] tandis que l'envoi d'un courriel ou d'un SMS a un coût inférieur à 10 centimes. L'orientation des demandeurs d'emploi vers les canaux de contacts les moins coûteux à qualité de réponse constante constitue dès lors un enjeu de gestion important.

[1194] Cependant le recours aux canaux de contacts dématérialisés apporte d'autres types de gains d'efficience. Les progrès de la dématérialisation des échanges écrits ont permis de fortes économies en coûts d'affranchissement (cf. 5 millions d'euros sur la seule année 2011). Les canaux de contacts dématérialisés ont aussi permis d'effectuer des économies grâce au transfert de charges administratives des conseillers vers les demandeurs d'emploi (ex. saisie en ligne de données directement intégrées dans les systèmes d'information). Cela a été rendu possible par la dématérialisation de la totalité du processus de demande d'inscription depuis fin 2010. Dès lors, le nombre de demandes d'inscription en ligne est passé de 35 % fin 2009 à 45 % fin 2011.

[1195] Pôle emploi s'inscrit par ailleurs dans la démarche initiée par le secrétariat général de la modernisation de l'action publique (SGMAP) « 100 % contacts utiles ». L'objectif de cette démarche est non seulement d'améliorer la qualité de service mais aussi de mieux répondre aux besoins des personnes dès le moment où elles entrent en contact avec l'opérateur. Cette orientation a pour finalité de réduire le poids de la réitération de sollicitations qui induit nécessairement une surcharge de travail pour l'opérateur.

[188] Source DGME, février 2011.

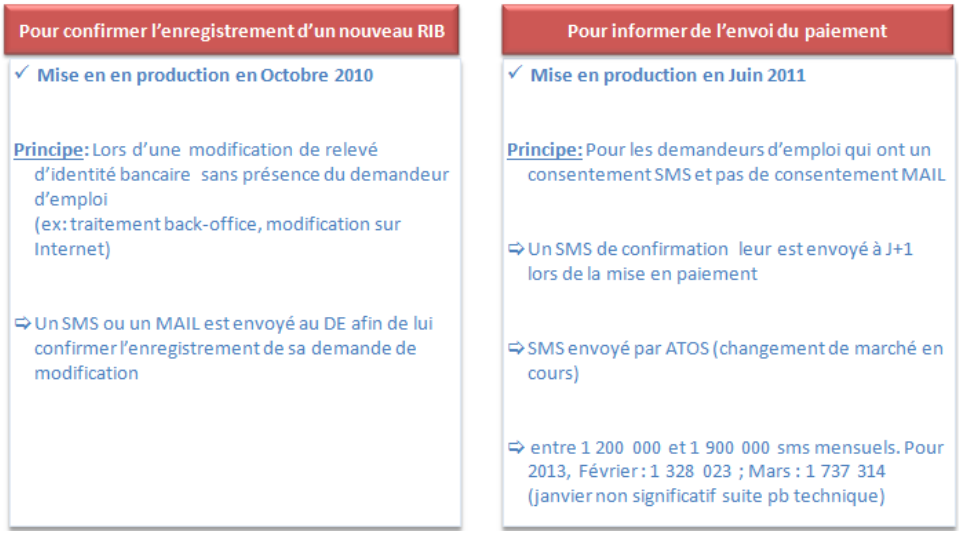
3.1.2 La réassurance et l'anticipation comme leviers d'une meilleure maîtrise des flux de contacts entrants : les push SMS et mail

[1196] Partant du constat fin 2009 d'un engorgement de ses canaux de contacts physiques et téléphoniques, de surcroît pour des motifs souvent simples sur lesquels les actes des conseillers n'avaient qu'une faible valeur ajoutée, Pôle emploi a décidé de suivre la recommandation 18 du rapport Riester de février 2010 mettant en avant la « *nécessité de développer des services proactifs tels qu'un calendrier des échéances et des alertes personnalisées par mail ou SMS* ». L'objectif de l'opérateur est alors double :

- Réduire de façon significative les flux en accueil physique et téléphonique ;
- Mieux gérer la relation avec les demandeurs d'emploi en déployant des moyens accrus pour les demandeurs d'emploi les moins autonomes ou ayant les besoins les plus complexes.

[1197] Cette volonté s'est traduite par le développement du push SMS / mail. La stratégie retenue est la suivante : 1) identification dans les systèmes informatiques de Pôle emploi des personnes dont il y a de fortes raisons de penser qu'elles vont avoir besoin à brève échéance d'entrer en contact, 2) émission proactive d'un message en direction des demandeurs d'emploi préalablement identifiés afin de leur fournir l'information. L'objectif est d'éviter que le demandeur d'emploi fasse lui-même la démarche d'entrer en contact. En gardant la maîtrise de la temporalité et du canal de contact, Pôle emploi infléchit les comportements des personnes et poursuit une plus grande efficience du front office. A titre d'exemple, cela peut concerner une information relative à l'envoi d'un paiement dont on sait par ailleurs qu'en l'absence d'une telle information, le demandeur d'emploi contactera Pôle emploi. Cela est aussi utile pour accuser réception d'un changement de relevé de compte bancaire ou d'une demande d'allocation. Cette stratégie est d'autant plus efficace que le taux de lecture des SMS chez les demandeurs d'emploi équipés d'un téléphone portable et ayant donné leur consentement à l'envoi de SMS est estimé à plus de 90 %.

Graphique 69 : Illustrations de la stratégie de réassurance : l'enregistrement d'un nouveau RIB et l'information sur l'envoi d'un paiement



Source : *Pôle emploi.*

[1198] Cette stratégie a pris une ampleur majeure. Dès 2010, 3 millions de demandeurs d'emploi ont souscrit au push SMS. 18 millions de SMS ont été envoyés aux demandeurs d'emploi en 2012, dont 98 % ont concerné la confirmation de paiement de l'allocation chômage. Cela représente pour Pôle emploi un coût de 1,5 millions d'euros. Ces campagnes ont eu des traductions concrètes : on peut ainsi noté que les appels téléphoniques se sont réduits dans le même temps, même si une telle évolution doit être prise avec précaution dans la mesure où elle peut aussi être due au développement concomitant des services en ligne.

[1199] Dans les années à venir, Pôle emploi souhaite profiter du taux croissant d'équipement en Smartphone des Français pour promouvoir les push mails, qui sont moins coûteux que les SMS. Pôle emploi est néanmoins conscient que le taux de lecture des courriels est en moyenne plus faible que le taux de lecture des SMS, ce qui limite l'efficacité de ce type de campagne sortante.

3.2 Les principes de la stratégie de délivrance des services dans le cadre du plan « Pôle emploi 2015 »

[1200] Les impératifs de gestion et le plan stratégique « Pôle emploi 2015 » ont conduit l'opérateur à mettre en avant plusieurs principes pour la stratégie de délivrance de ses services :

- La personnalisation des contacts : l'objectif ici est double, non seulement de privilégier le mode de contact préféré par le demandeur lui-même mais aussi d'adapter les informations à la situation du demandeur d'emploi sur tous les canaux (ex : espace personnel sur Internet, contextualisation territoriale des informations accessibles en agence, etc.)
- Un usage prioritaire des canaux synchrones pour les usagers en ayant le plus besoin : à titre d'exemple, le 3949 file Inscription est privilégié pour les demandeurs d'emploi qui ont le plus besoin de ce mode de contact. La durée de l'appel est alors augmentée de plusieurs minutes afin que ces demandeurs d'emploi obtiennent toutes les informations utiles pour leur entretien d'inscription. En revanche, les demandeurs d'emploi qui le peuvent et l'acceptent sont réorientés préférentiellement vers la préinscription en ligne. Les demandeurs d'emploi qui se déplacent en agence pour se préinscrire sont quant à eux orientés vers les bornes Internet des espaces libre service. En cas de difficultés notables, ils peuvent être aidés par un conseiller présent à l'accueil sur flux.
- Un recours privilégié aux canaux de contacts les moins onéreux pour les flux sortants : les demandeurs d'emploi reçoivent ainsi préférentiellement les informations par courriel s'ils ont consenti à ce mode de contacts et par SMS sinon.
- Les échanges doivent améliorer l'efficacité du suivi du conseiller et la relation client : les outils métier des conseillers sont conçus pour intégrer progressivement l'ensemble des informations utiles, et ce quelque soit le canal de contact. Cela requiert par ailleurs une certaine polyvalence des agents sur leur maîtrise de l'offre de service sur les différents canaux de contacts.
- Tout contact entamé sur un mode dématérialisé (Internet, courriel) doit pouvoir se poursuivre sur pole-emploi.fr. Ce principe simple peut avoir des conséquences majeures en termes de réorganisation du back office dans une logique client. A titre d'exemple, Pôle emploi a fait le constat en 2012 que le redéploiement des personnes vers le canal Internet pour la préinscription est bien moindre que ce à quoi il aurait pu s'attendre : ainsi, 70 % des demandeurs ont fait leur démarche par téléphone et seulement 30 % par Internet. Une analyse approfondie auprès des demandeurs a permis d'identifier le point de blocage. Contrairement à l'impression initiale de l'opérateur d'une isofonctionnalité entre le service sur Internet et le service par téléphone, les demandeurs d'emploi ont mis en avant le fait que le service était de meilleure qualité sur le canal téléphonique. En effet, sur le téléphone, en 6 minutes, le demandeur d'emploi avait à la fin de la communication connaissance de la date exacte de son futur rendez-vous. En revanche, sur Internet, la procédure s'achevait sur un message disant au demandeur d'emploi qu'une date de rendez-vous lui serait transmise sous peu. Dès lors, la démarche par Internet était

fréquemment accompagnée d'un appel téléphonique pour obtenir immédiatement un rendez-vous. Ce constat a conduit Pôle emploi à développer un module permettant l'obtention du rendez-vous directement en ligne, ce qui a impliqué des changements dans l'organisation en back office. L'offre d'accompagnement 100 % web, dont la mise en œuvre de la version pilote était initialement prévue en janvier 2014, s'appuie pleinement sur ce type de développements informatiques.

- La bonne articulation avec les partenaires, quels que soient les canaux de contact : l'objectif ici poursuivi est la bonne articulation et l'interconnexion avec les canaux de contacts des partenaires de Pôle emploi.