



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'efficacité de l'assurance maladie dans sa relation aux assurés.

# Sommaire

SYNTHESE.....	3
RAPPORT.....	7
<b>1 UNE EVOLUTION NECESSAIRE DE LA QUALITE DU SERVICE RENDU A LA QUALITE DU SERVICE PERÇUE.....</b>	<b>8</b>
1.1 <i>Préambule méthodologique</i> : 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
<b>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 .....</b>	<b>31</b>
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'efficacité, 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<sup>1</sup>, 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.

---

<sup>1</sup> 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<sup>2</sup> 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**

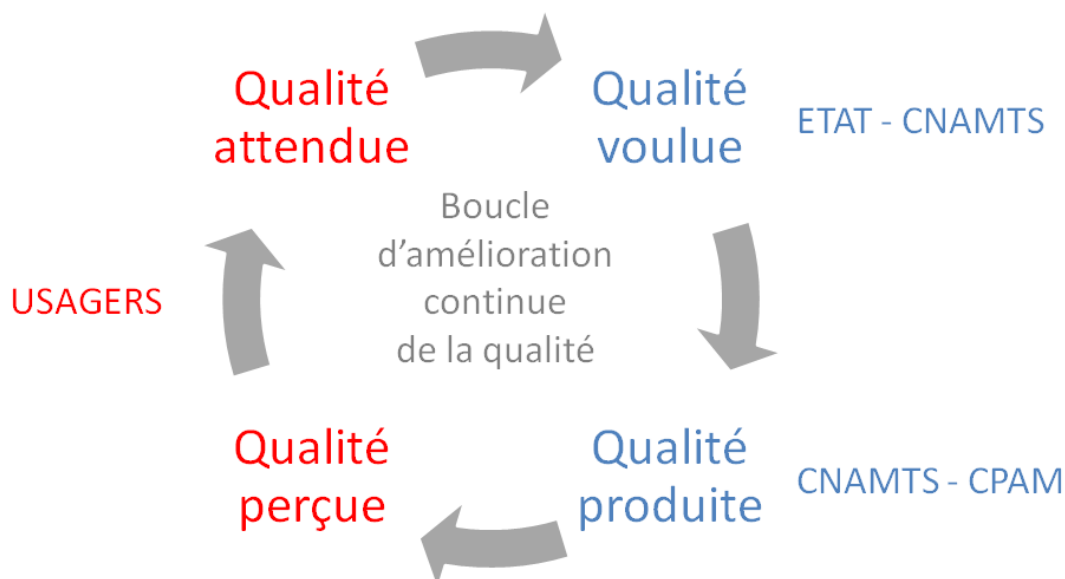
- [20] La qualité de service repose sur quatre dimensions (cf. graphique ci-dessous) : la qualité attendue par les usagers (ex. : expression par les assurés sociaux d'un souhait de développement de nouvelles fonctionnalités sur le compte Ameli) ; la qualité voulue par l'Etat et la Cnamts (ex. : dans 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).

---

<sup>2</sup> 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<sup>3</sup>

- [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'utilisateur* ». 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* ».

<sup>3</sup> 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 répétitions, 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<sup>4</sup>. 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<sup>5</sup>, 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.

---

<sup>4</sup> 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).

<sup>5</sup> 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 œuvre (2011)	100 % mis en œuvre (2011)	75% mis en œuvre (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<sup>6</sup>, 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<sup>7</sup>

- [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.

<sup>6</sup> Cf. tableau de synthèse des indicateurs d'objectif de l'axe service de la Convention d'objectifs et de gestion.

<sup>7</sup> 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'application Galilée, conçu en 1995, qui produit lesdites données de comptabilité analytique en sortie de l'application 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* »<sup>8</sup> 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
<b>Coût budgétaire</b>	276 240 039 €	178 191 173 €	120 747 629 €
<b>Volume de contacts</b>	34 538 363	28 221 515	5 215 717
<b>Coût unitaire</b>	8 €	6,31€	23,15 €

Source : Cnamts, traitement mission

<sup>8</sup> 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<sup>9</sup>

- [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<sup>10</sup>, 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<sup>11</sup> 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<sup>12</sup> 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.

---

<sup>9</sup> Cf. annexe n°3 « publics fragiles »

<sup>10</sup> Rapport d'évaluation IGAS de janvier 2014 n°2013-024R François CHEREQUE et Simon VANACKERE

<sup>11</sup> Rapport sur l'application des LFSS, octobre 2001

<sup>12</sup> 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 1<sup>ère</sup> 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* »<sup>13</sup> 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<sup>14</sup>, 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)

---

<sup>13</sup> Tome 2, 2013-024R, page 83.

<sup>14</sup> 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 « *Assurance 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'exams 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<sup>15</sup> y a recours pour l'accompagnement des demandeurs d'emploi<sup>16</sup> 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.

---

<sup>15</sup> Cf. annexe n°8 « La stratégie multicanal de Pôle emploi ».

<sup>16</sup> 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<sup>17</sup>, 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'automatisme de l'attribution de la CMUC aux bénéficiaires du RSA

- [76] Il n'y a toujours pas automatisme 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 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> juin 2009 a compliqué sensiblement la rédaction de l'article L. 861-2<sup>18</sup> 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

<sup>17</sup> *L'accès aux soins des plus démunis, 40 propositions pour un choc de solidarité*, 2013.

<sup>18</sup> 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<sup>o</sup> 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 1<sup>er</sup> mars, voire au 1<sup>er</sup> 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 efficacité 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<sup>19</sup>

#### 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<sup>20</sup> (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<sup>21</sup>. 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<sup>22</sup>). 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
<b>Objectif COG</b>	46,7 jours	40 jours	35 jours	30 jours	30 jours
<b>Résultat national (moyenne)</b>		68,9 jours	39,23 jours	35,84 jours	36,16 jours
<b>Nombre de CPAM atteignant l'objectif de l'année</b>		4	55	31	31
<b>Nombre de CPAM atteignant l'objectif de fin de COG</b>		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<sup>23</sup>, 20 % des dossiers étaient réglés en 2010 dans un délai supérieur à 70 jours.

<sup>19</sup> Cf. annexe n°4 « Le délai des paiement des indemnités journalières »

<sup>20</sup> Elles couvrent quatre risques : maladie, maternité/paternité, accidents du travail et maladie professionnelles, invalidité.

<sup>21</sup> Bilan de l'année 2012 des réclamations de la Cnamts réalisé par la direction déléguée des opérations.

<sup>22</sup> *Ibid.*

<sup>23</sup> 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 déclarations d'arrêts de travail, dématérialisées ou papier, en ciblant ceux d'entre eux ayant les 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

Libellé	COG 2010-2013		Proposition mission		
	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
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>10</b>

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'utilisateur (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 répétition<sup>24</sup>

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

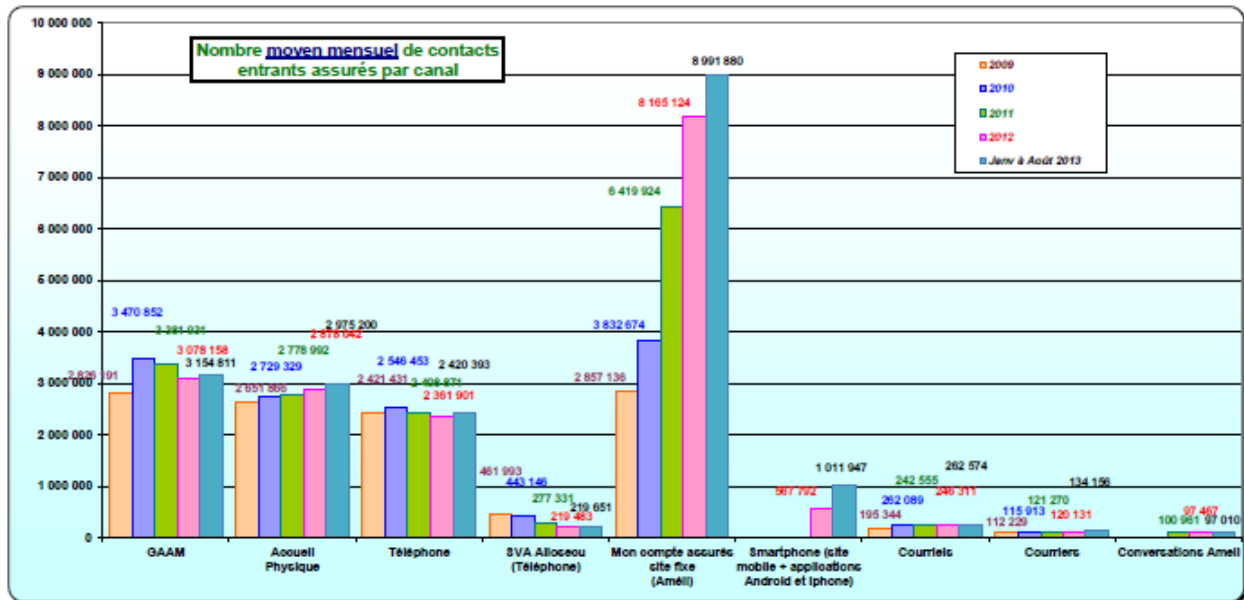
*Source : Cnamts, retraitement Igas ; les données 2013 sont estimées à partir de la somme des contacts effectués entre janvier et août et d'une projection de tendance sur la fin de l'année. Note : Internet recouvre le compte Ameli, l'application Smartphone et le site Mobile, mais pas le courriel.*

[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.

<sup>24</sup> Cf. annexe n°5 « Les assurés 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 : supgae (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)

Alloécu : 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 Améli : 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 Améli ;



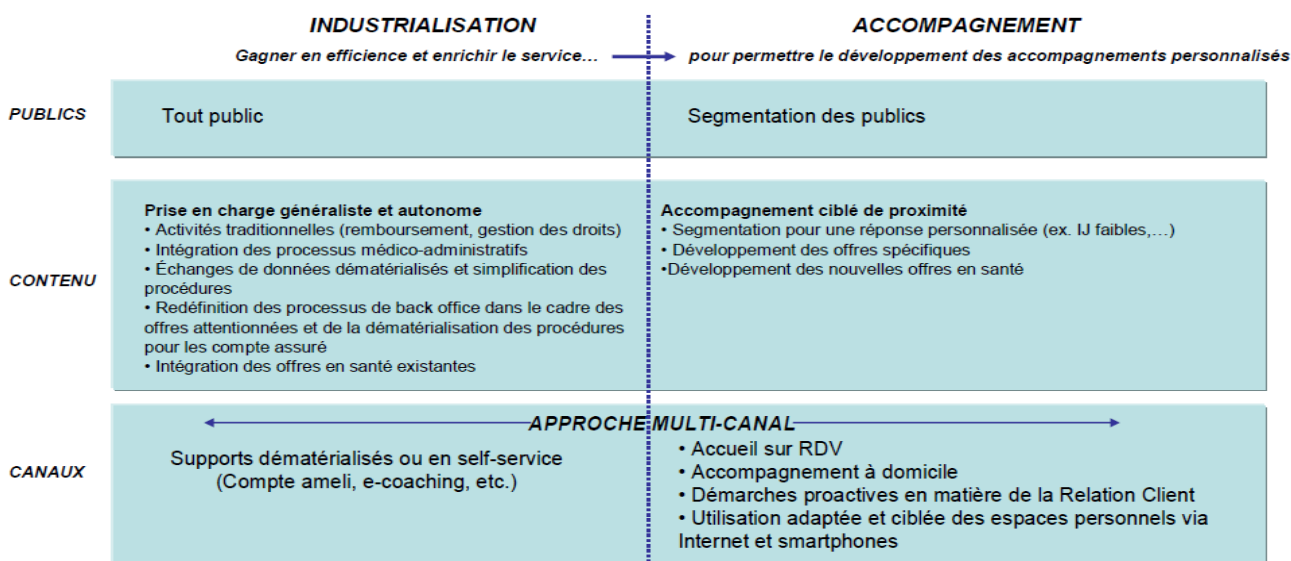
- enfin, parmi les nombreux affiliés ayant déjà ouvert un compte, certains affiliés n'en font presque aucune utilisation, ce qui montre la nécessité de ne pas s'intéresser uniquement au nombre d'adhésions mais aussi aux usages.

[115] S'il est indispensable que le développement des services en ligne se poursuive du fait des gains d'efficacité 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

		Prise d'information	Démarche	Envoi de justificatifs	Vérification	J'ai un problème
	Guichet	+/-	+	++	-	++
	Téléphone	++	+	-	++	+
	 ameli.fr L'ASSURANCE MALADIE EN LIEN	+	+/-	-	+/-	-
	 mon. Service-Public.fr Le compte personnel des démarches en ligne	-	+/-	-	-	-
	Courrier postal	-	-	++	-	-

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*<sup>25</sup> 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'efficacité, 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<sup>26</sup> 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<sup>27</sup>, 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'inefficacité sont à ce jour réels. Une étude menée par l'EN3S<sup>28</sup> 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 %<sup>29</sup>.

[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'efficacité dont elle pourrait être la source**

<sup>25</sup> 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.

<sup>26</sup> Des rendez-vous fixés à plus de trois semaines accroissent très nettement le risque d'absentéisme des assurés.

<sup>27</sup> 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.

<sup>28</sup> *L'accueil des bénéficiaires de la CMUc en CPAM dix ans après la création du dispositif*, 2011, EN3S.

<sup>29</sup> 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<sup>30</sup> 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 efficaces. 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 :

---

<sup>30</sup> 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<sup>31</sup>, 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.

<sup>31</sup> 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<sup>32</sup>

[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 frustrée 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 a 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.

---

<sup>32</sup> 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<sup>33</sup>. 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)<sup>34</sup> 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<sup>35</sup>, devrait permettre d'améliorer la connaissance des assurés pour définir les cibles, adapter les offres de service et les mettre en œuvre efficacement.

---

<sup>33</sup> 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 répétition de contacts).

<sup>34</sup> 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.

<sup>35</sup> 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'efficacité 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 efficacité 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 élevée (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<sup>36</sup>, 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.

<sup>36</sup> 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 découpage 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'utilisateur**

[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'utilisateur uniquement.

Frédéric SALAS

Ihssane SLIMANI HOUTI

Jérôme VERONNEAU

Bruno VINCENT

## RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation
<b>1</b>	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
<b>2</b>	Inclure une définition claire et précise de tous les indicateurs dans la COG empêchant des modifications de périmètre ou de calcul non conventionnelles
<b>3</b>	Poursuivre le projet de refonte de la comptabilité analytique de la Cnamts pour obtenir des données plus fiables
<b>4</b>	Evaluer le processus de la comptabilité analytique « marketing opérationnel et offres de services »
<b>5</b>	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
<b>6</b>	Suivre à l'échelle de chaque caisse un taux de non-recours par prestation.
<b>7</b>	Expérimenter la mise en place de conseiller référent pour l'accompagnement des publics considérés comme les plus fragiles
<b>8</b>	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
<b>9</b>	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.
<b>10</b>	Ouvrir les droits à la CMUC au premier jour de la demande
<b>11</b>	Privilégier dans la COG les indicateurs relatifs à la qualité de service perçue plutôt que ceux relatifs à la qualité du service rendu
<b>12</b>	Préférer la mesure de la très haute satisfaction des usagers (réponse « très satisfaits ») à la simple satisfaction (agrégation des réponses « satisfait » et « très satisfait »)
<b>13</b>	Suivre le délai de paiement des IJ du 9ème décile
<b>14</b>	Instaurer un mécanisme expérimental d'acompte provisionnel d'IJ pour les dossiers complexes
<b>15</b>	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 déclarations d'arrêts de travail, dématérialisées ou papier, en ciblant ceux d'entre eux ayant les délais les plus longs
<b>16</b>	Instituer un taux de réitération pour un même motif tout canal confondu
<b>17</b>	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
<b>18</b>	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.

<b>19</b>	Poursuivre de façon maîtrisée le développement de la politique d'accueil sur rendez-vous afin de limiter les éventuelles pertes d'efficacité dont elle pourrait être la source
<b>20</b>	Clarifier la stratégie de développement et d'implantation des bornes automatiques
<b>21</b>	Faire de la prise en compte de la répétition de contacts, non seulement par canal mais surtout tous canaux confondus, un axe majeur de la qualité de service aux assurés et de l'efficacité dans la COG 2014 – 2017
<b>22</b>	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)
<b>23</b>	Professionaliser les enquêtes de satisfaction menées par l'assurance maladie
<b>24</b>	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
<b>25</b>	Revenir à une définition de la réclamation recouvrant uniquement la perception de l'utilisateur

## 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 : adjointe 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 WAINTRUP : 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 GRISSETI : 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
SNIRAM	Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie
SNS	Stratégie nationale de santé

## **REPONSE CNAMTS**





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

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 plateformes 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 mesurer finement le coût de chaque unité d'oeuvre 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

- **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**

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 1<sup>ère</sup> II, versement PN) prévue sur la prochaine période COG, vise précisément à répondre collectivement à cet objectif.

- **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**

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.

- **Recommandation n°3 : 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.

- **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**

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.

- **Recommandation n°7 : 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.

- **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.**

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.

- **Recommandation n°9 : 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...).

- **Recommandation n°10 : 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.

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

- **Recommandation n°14 : 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.

- **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 déclarations 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.

- **Recommandation n°16 : Instituer un taux de réitération pour un même motif 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**

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.

- **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**

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.

- **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**

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'utilisateur.