

## 1.2. Améliorer la satisfaction des usagers

L'amélioration de la satisfaction des usagers constitue le socle fondateur des COG depuis l'origine : l'accent est mis sur la qualité de service, dans un contexte de missions de plus en plus diversifiées. De nombreux indicateurs dédiés à la mesure de la qualité du service rendu et de la satisfaction ressentie permettent d'évaluer les résultats obtenus par chaque branche et d'identifier les axes de progrès.

Par ailleurs, en sus des enquêtes de satisfaction globale produites par chaque opérateur, les enquêtes régulièrement effectuées par des Instituts tels Paul Delouvrier permettent d'obtenir une vue synthétique et comparée de la manière dont les Français perçoivent leurs services publics. La sécurité sociale se place en bonne position puisque 81 % des Français sont satisfaits ou très satisfaits du service public de sécurité sociale (Baromètre Paul Delouvrier, 2010).

Pour parvenir à ce haut niveau de satisfaction, l'ensemble des Conventions d'objectifs et de gestion déclinent des engagements de service relatifs à l'accessibilité des services, dans lesquels la dématérialisation des démarches joue un rôle croissant, en lien étroit avec la capacité du service public de la sécurité sociale à tenir et améliorer les délais de traitement des dossiers.

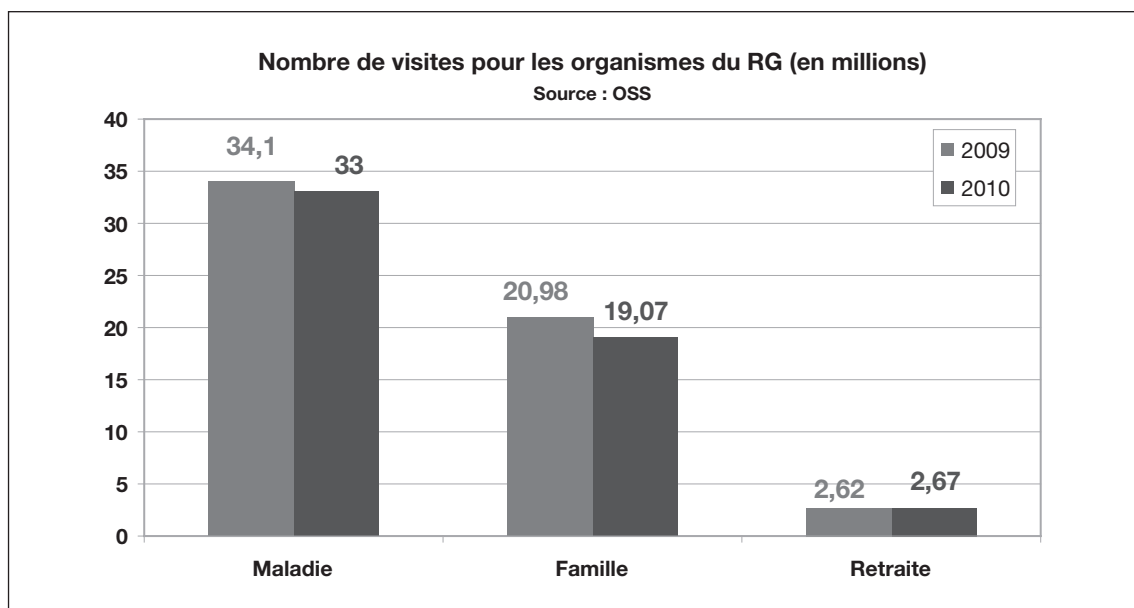
### 1.2.1. Un service public accessible

L'accessibilité du service public de la sécurité sociale constitue un enjeu majeur et cela d'autant plus que les modes de contact se diversifient. La plupart des COG adaptent donc leur stratégie et proposent des engagements de service adaptés à leurs usagers en adoptant une logique multi-canal.

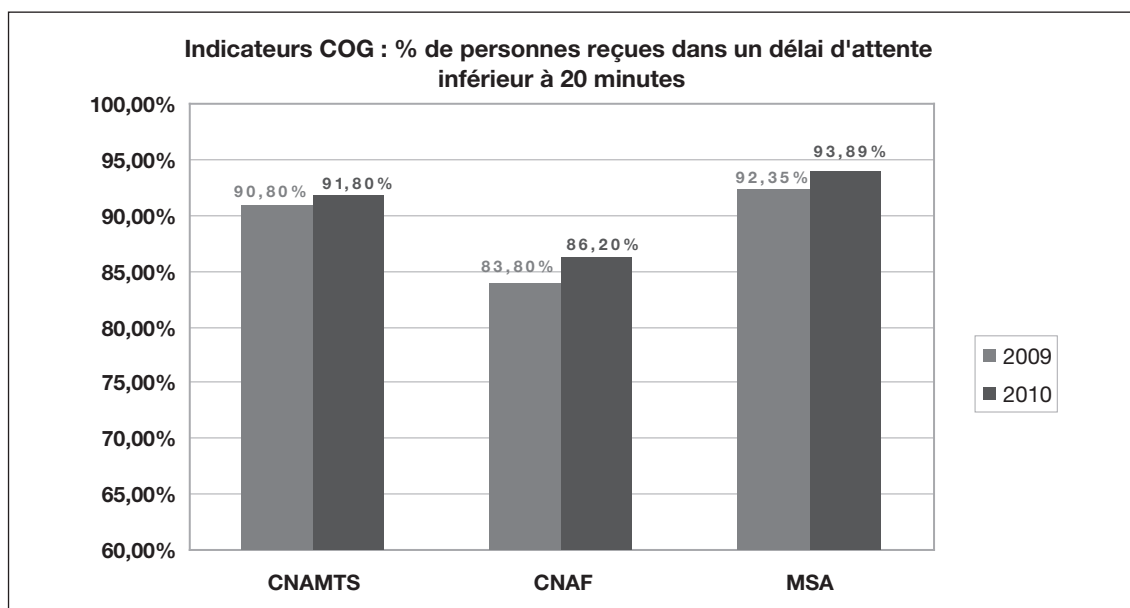
#### 1.2.1.1. Les différents modes de contact avec les publics

##### L'accueil physique

En matière d'accueil physique, les organismes de sécurité sociale ont pour la plupart des engagements très exigeants en matière de temps d'attente à l'accueil. Les résultats témoignent, malgré l'afflux de public aux guichets qu'a pu provoquer la crise économique, d'un haut niveau de qualité de service. Ces engagements doivent en effet être mis en relation avec la volumétrie des flux d'accueil et les stratégies d'implantation des accueils physiques.



Il convient de souligner le retour à une meilleure situation de la branche famille en 2010, après une période de très fortes tensions sur l'accueil physique en 2008 et 2009, dans un contexte de crise et de mise en place du RSA qui avait conduit les usagers à se tourner massivement vers les CAF.



La baisse de 9 % des visites à l'accueil en 2010, soit encore plus de 19 millions de visites, a permis de faire progresser la part des allocataires reçus en moins de 20 minutes à 86 %, légèrement au-dessus de l'objectif COG, en progression de 2,4 points par rapport à l'année précédente. À ce titre, il faut noter que la période la plus tendue a été vécue en début d'exercice 2010, avec un net redressement sur les trois derniers trimestres de l'année, malgré des fermetures d'accueil, partielles ou totales, encore programmées dans certaines CAF afin de réguler les stocks de dossiers à traiter, sources d'une partie des déplacements des allocataires. Ces progrès sont également à noter sur la couverture de l'objectif par le réseau: 96 CAF ont pu s'y conformer contre 84 en 2009.

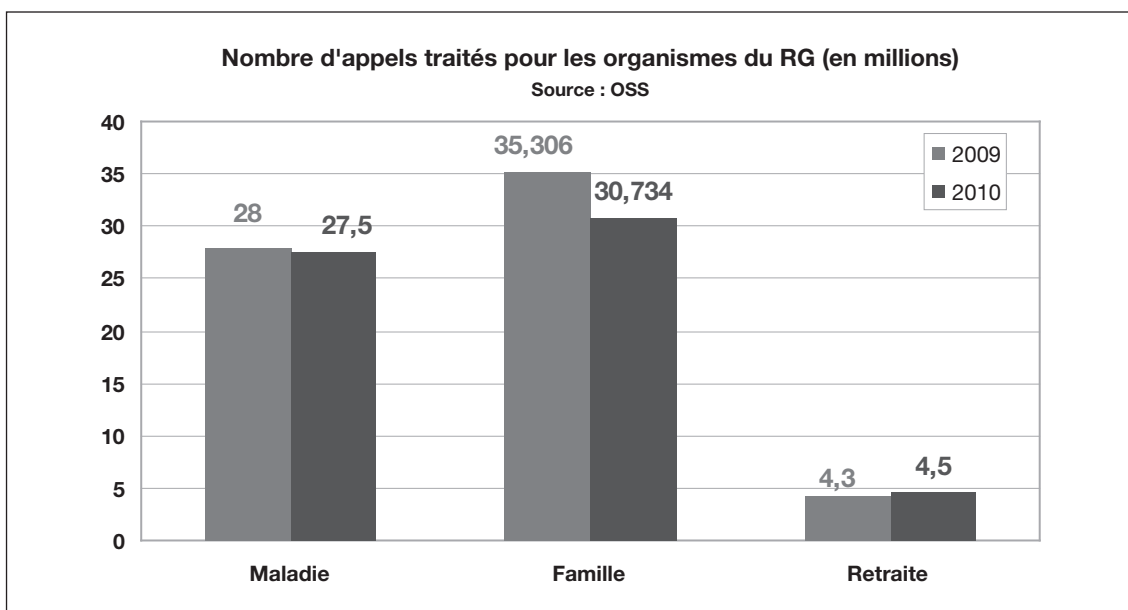
Avec 93,9 % des usagers reçus en moins de 20 minutes en 2010, la MSA atteint un résultat augurant d'un bon niveau de service.

L'enjeu porte parallèlement sur la qualité de l'accueil. Dans les CPAM, une stratégie d'accueil sur 3 niveaux va être généralisée sur la durée de la COG: libre service, accueil rapide, accueil en bureau individuel. Pour la CNAV, l'enjeu est celui de l'organisation d'accueils sur rendez-vous d'une population plus nombreuse, en associant les enjeux de la fonction conseil liée à l'évolution récente de la réglementation.

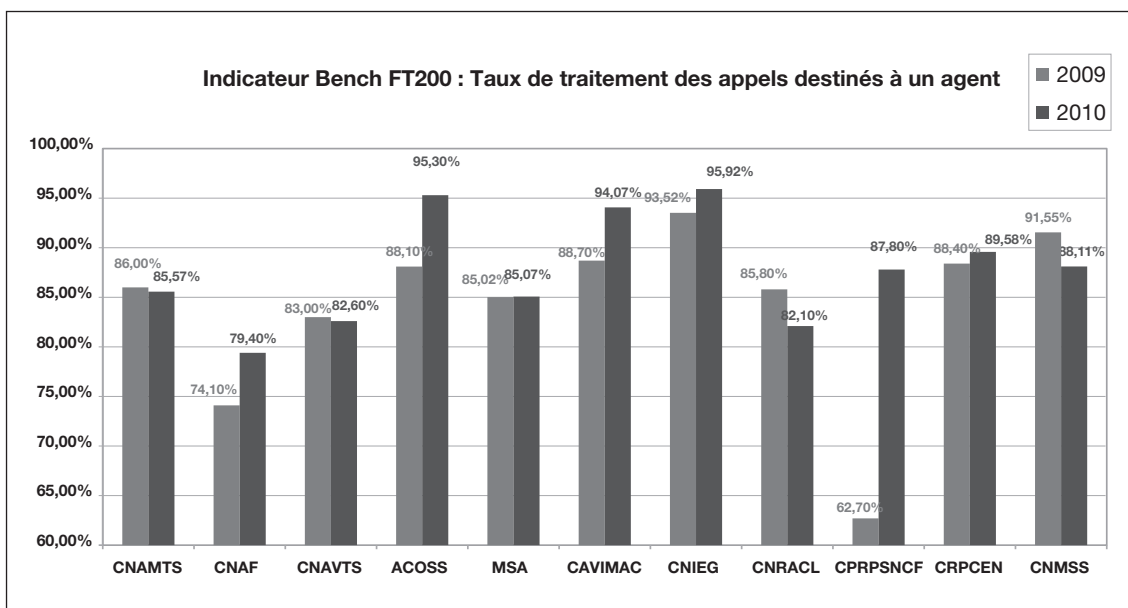
Au RSI, le choix a été fait de privilégier les rencontres collectives pour les auto-entrepreneurs commerçants et artisans à compter d'avril 2010 (86 % des caisses), et les entretiens de conseil social auprès des actifs de 55 ans ayant des carrières incomplètes (90 % des caisses).

Les engagements de service des URSSAF en direction des entreprises recherchent la généralisation du 100 % dématérialisé, en complément d'un contact téléphonique efficace.

## L'accueil téléphonique



La relation téléphonique semble encore s'imposer comme le mode de contact privilégié des caisses de sécurité sociale.



Indicateurs Bench<sup>(1)</sup>

Le haut niveau d'accessibilité fixé comme objectif a conduit sur plusieurs années les organismes à se doter d'architectures techniques et de compétences adaptées à ce mode de contact. Ce dernier, de plus en plus accessible, complété le plus souvent, de numéros nationaux uniques au coût d'un appel local, voire gratuits, a connu un grand succès. Les divers organismes continuent donc de travailler à l'adaptation de cette offre.

(1) Le groupe Benchmarking des organismes de la protection sociale (OPS) travaille depuis 2003 à la comparaison de la performance des organismes et à son amélioration par l'identification des bonnes pratiques. Il regroupe aujourd'hui 16 OPS ou assimilés ainsi que le GIE AGIRC-ARRCO. Le groupe focalise ses analyses sur les axes de performance des COG, pour lesquelles il produit un panier d'indicateurs standards immédiatement utilisables. Ses travaux sont subdivisés en 7 sections thématiques : Maladie, Famille, Recouvrement, Retraite, Fonctions transverses, Coûts de Gestion et Systèmes d'Information

S'agissant des résultats, les organismes sont souvent sous tension quant au respect des engagements quantifiés de réponse téléphonique, fixés à un haut niveau de décroché.

Pour les CPAM, le taux d'appels aboutis (85 %) se maintient par rapport à 2009, et reste légèrement inférieur à l'objectif initialement fixé à 90 %. Ce résultat s'explique par la forte progression des appels téléphoniques, dont le nombre est passé de 26,8 millions à 34 millions entre 2005 et 2009 (+26 %) avant de se stabiliser en 2010, soit plus de 7 millions d'appels supplémentaires, liés notamment à la carte Vitale et aux vérifications de droits.

S'agissant des CAF, 79,4 % des appels ont été traités par les agents. Ce résultat reste en deçà de l'objectif COG de 90 %, mais il est en progression de 5,3 points par rapport à l'année 2009. L'amélioration est pour partie liée à une réduction des appels. Durant l'année 2010, 20 454 813 appels destinés à un agent ont été reçus contre 23 223 199 en 2009, soit une baisse du volume de flux téléphoniques de 12 %. Au total sur l'année, 59 caisses ont atteint l'objectif, soit 48 % des Caf, contre 40 caisses en 2009, soit 32,5 %.

Comme en 2009, la CNAV a rencontré des difficultés pour atteindre son objectif en matière de réponse téléphonique. Les résultats (82,55 % d'appels aboutis) restent éloignés de l'objectif fixé (90 %) et se sont dégradés par rapport à 2009 (83,3 %). En 2010, près de 10,5 millions d'appels ont été reçus, soit une augmentation de 25 % par rapport à 2009. Ce service a notamment permis de répondre aux questions des assurés relatives à la réforme des retraites de 2010 ce qui justifie, avec la volumétrie des personnes contactant les CARSAT pour la préparation de leur retraite, la difficulté de se conformer à l'objectif. La mise en place d'un plan d'action national devrait permettre d'améliorer progressivement les résultats dans ce domaine.

Les caisses de MSA maintiennent leur niveau sur cette période avec un taux de décroché de 85 %.

Le taux d'appels aboutis des Urssaf s'élève en 2010 à 94,5 %, soit un chiffre en forte progression par rapport aux années précédentes, tandis que le taux des centres nationaux Cesu et Pajemploi atteint 94,8 %, dépassant les objectifs fixés dans la COG. Cette évolution s'explique notamment par le transfert des appels Cesu et Paje de 1<sup>er</sup> niveau des centres nationaux vers les Urssaf, depuis 2008 pour le Cesu et depuis 2009 pour la Paje.

Pour le RSI, une plateforme téléphonique nationale externalisée fonctionne depuis le mois de juillet 2010. La plateforme ISU a traité 88,1 % des 360 000 appels du dernier trimestre 2010. Elle prend en charge les appels des commerçants et artisans liés au recouvrement, ce qui a permis d'améliorer significativement le taux de décroché sur les flux concernés.

En outre, le RSI déploie une solution nationale d'accueil téléphonique. Elle permettra d'améliorer le service à l'usager (couverture de la plage horaire 8h à 18h du lundi au vendredi, mutualisation pour supporter les variations du volume d'appels et augmenter le taux de prise d'appel, campagnes d'appels sortants et entrants), d'assurer le suivi statistique de l'activité et son pilotage ainsi que de garantir la compatibilité avec la nouvelle solution pour assurer l'accueil ISU au regard des dispositions conventionnelles signées avec les Urssaf.

L'attente en matière de réponse téléphonique adaptée concerne également les professionnels de santé pour lesquels elle a constitué un souhait rapidement pris en compte par les organismes à la demande du Ministre de la santé, début 2011. Progressivement, les divers acteurs de l'assurance maladie ont mis en place une offre de service dédiée aux professionnels de santé pour répondre à leurs questions spécifiques de nature administrative mais aussi médicale. Cette organisation téléphonique dédiée est d'ores et déjà déployée pour l'ensemble des CPAM, qui ont transposé leur savoir-faire en matière de plate-forme téléphonique pour ce public spécifique.

On notera que le réseau des CAF, après avoir abandonné son numéro tarifé pour un numéro au prix d'un appel local fin 2010, poursuit ses travaux avec une série d'expérimentations afin de définir une nouvelle doctrine institutionnelle de la réponse téléphonique. Elles aboutissent aux préconisations suivantes :

- la mutualisation du traitement des appels téléphoniques, au travers de 20 plateformes de renfort ;
- la mise en place de plateformes téléphoniques spécialisées pour mutualiser les appels concernant un même thème (aides personnelles au logement des étudiants et RSA « jeunes » par exemple) ;
- le transfert d'une partie des flux téléphoniques d'une CAF urbaine à une CAF rurale (les appels de la CAF de Seine-Saint-Denis ont ainsi été transférés à la CAF de Guéret) ;
- l'externalisation de la réponse téléphonique à un prestataire.

La CNAF a également noué des liens avec les équipes du numéro d'informations administratives généralistes 39 39 et envisage une réponse téléphonique de premier niveau par ce service, après redirection des appels de non-allocataires. Cette pratique permettrait de rationaliser la mobilisation des techniciens spécialisés des CAF et de conforter la position du 39 39 comme numéro généraliste pivot.

À noter qu'en 2011, une nouvelle architecture de traitement des appels téléphoniques sera déployée dans la branche famille.

Pour la CNAV, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2010, un numéro de téléphone unique, le 39 60 permet de joindre l'assurance retraite du régime général au tarif d'une communication locale, avec accès à un conseiller du lundi au vendredi de 8h00 à 17h00 et la consultation du dossier personnel ou le suivi de l'actualité retraite, tous les jours et quelle que soit l'heure. Dans ce contexte d'augmentation des flux de contact, il faut observer une légère diminution du taux de satisfaction des assurés au regard des différents modes de contact, qui passe à 93,49 % en 2010 contre 93,86 % en 2009.

Concernant la CPRP SNCF, l'écart important observé sur le téléphone entre 2009 et 2010 s'explique par une augmentation de 63 % de l'ensemble des appels entrants en 2009. Cette augmentation est due à l'impact de la réforme des retraites de juin 2008, à la mise en place des nouveaux SI maladie et AT/MP ainsi qu'à de nombreux appels générés par le parcours de soins et les participations forfaitaires. Du fait de l'augmentation des appels entrants, l'indicateur s'est fortement dégradé en 2009 pour ensuite retrouver un niveau satisfaisant en 2010 grâce aux efforts de la caisse pour intégrer au mieux les effets de la conjoncture.

La CNMSS affiche pour sa part une dégradation de l'indicateur en 2010. Cette diminution s'explique par le fait que le trafic téléphonique est resté soutenu en 2010 et que les effectifs dédiés à l'accueil téléphonique n'ont pas permis d'absorber la totalité de la charge de travail. Bien que le pourcentage d'appels aboutis soit satisfaisant en 2010, des mesures ont été prises en début d'année 2011 pour l'améliorer.

### **Le développement des contacts par courriel**

Les dernières générations de COG intègrent pleinement le courriel comme mode de relation avec l'utilisateur.

En CPAM, l'objectif COG en matière de courriels a été respecté en 2010, avec près des deux tiers des courriels traités en moins de 48 heures. La mise en place du nouvel outil national de gestion des courriels EPTICA en mai 2011 devrait encore améliorer cette performance. De plus, une bibliothèque nationale des courriers permettra bientôt d'harmoniser le discours envers les assurés, quel que soit l'outil métier utilisé.

En URSSAF, la cible COG est également dépassée pour le délai de réponse aux courriels, puisque 98,7 % des courriels sont traités en moins de 48 heures.

La rubrique « Dialoguer avec nous » du nouveau site de l'assurance retraite permet également aux assurés de poser leur propre question et d'obtenir une réponse dans les 48 heures.

Par ailleurs, un accès internet « courriel » pour les assurés sur l'ensemble du champ RSI doit être mis en place pour la fin de l'année 2011.

### **Des stratégies « multi-canal »**

Ces différents modes de contact facilitent l'accès des usagers au service public de la sécurité sociale mais n'ont pas nécessairement de caractère substitutif. Les organismes de sécurité sociale travaillent donc activement à la bonne articulation des contacts avec les usagers selon les divers canaux disponibles.

La CNAMTS s'est dotée d'un outil baptisé « Medialog », assurant la traçabilité des contacts des assurés pris en charge par les plateformes téléphoniques ou par d'autres canaux tels que l'accueil physique, les courriers électroniques (1,7 million en 2009) ou les visites. À la fin de l'année 2009, cet outil était utilisé par tous les organismes du réseau avec 30 000 à 35 000 connexions enregistrées chaque jour. Au total, plus de 70 millions de contacts ont été retracés dans Medialog fin 2009.

À la CNAV, la mise en place d'une offre de services « multi-canal », cohérente et articulée repose sur les éléments suivants :

- l'optimisation du réseau d'accueil ;
- l'appui au déploiement des bornes interactives et des visio-accueil dans le réseau des partenaires ;
- des services en ligne : ouverture du Portail Unique de branche « [www.lassuranceretraite.fr](http://www.lassuranceretraite.fr) » (février 2011) ;
- la mise en place d'un numéro unique : le 39 60, à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2010.

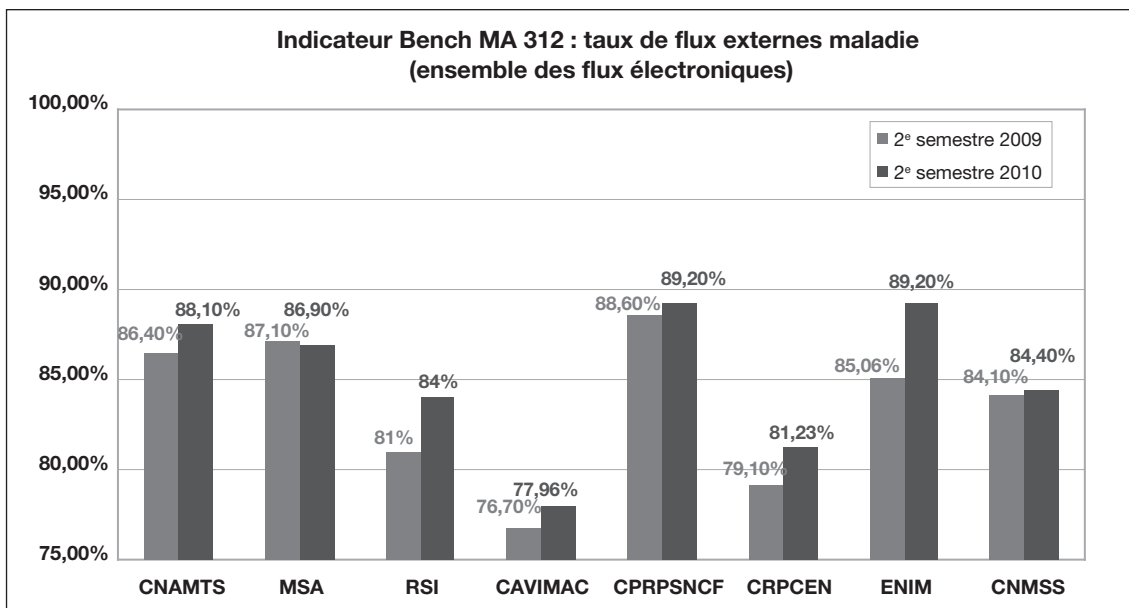
La plupart de ces organismes sont signataires de la convention du 29 septembre 2010 avec l'État qui vise à expérimenter l'implantation en milieu rural d'une présence coordonnée des différents services publics : accueils physiques partagés, bornes interactives multi-organismes ou encore rendez-vous à distance par le biais de visio-guichets.

#### **1.2.1.2. Les progrès de la dématérialisation**

Même si l'essentiel des progrès directement perceptibles par l'utilisateur correspondent à l'extension des fonctionnalités des sites internet, il convient de citer quelques exemples de simplification et modernisation bien implantés, qui s'appuient sur la dématérialisation qui revêt un triple intérêt :

- simplifier la vie des assurés ou des cotisants ;
- dégager des gains de productivité ;
- s'inscrire pleinement dans la politique de développement durable.

Le premier des progrès tiré de la dématérialisation qui se traduit dans un haut niveau de qualité de service résulte du déploiement sur la quasi totalité des professionnels de santé et des assurés des flux dématérialisés, associés directement ou non à l'utilisation de la carte Vitale. Ce point est illustré par le graphique ci-dessous.



En ce qui concerne les entreprises, pour la CNAV, la dématérialisation des DADS a produit d'excellents résultats, avec un taux de 97,4 % atteint en 2010 (99,5 % si on considère le nombre de lignes de salaire dans la DADS).

L'année 2010 s'est aussi caractérisée par une progression des échanges dématérialisés avec les partenaires. Ainsi, en ce qui concerne la campagne d'acquisition des ressources des allocataires, on peut constater une augmentation de 3,6 % des dossiers « trouvés » auprès de la DGFIP, soit une progression de 1,3 point du taux de dématérialisation de la campagne qui passe de 82,6 % en 2009 à 83,9 % en 2010. On observe également une très forte progression de la consultation de l'application « Cafpro » par les partenaires des caisses sur internet : + 11,5 % entre 2009 et 2010.

### **Les sites internet, une information et des démarches accessibles 24h/24h**

En complément des relations dématérialisées par courriel, les organismes développent considérablement l'information généraliste de leurs sites internet, les possibilités d'accéder à un espace personnel pour connaître et gérer ses droits, notamment avec l'extension des formalités réalisables en ligne.

L'ensemble des principaux régimes de la sécurité sociale disposent de sites internet qui permettent aux usagers l'accès rapide à des informations généralistes. Cette offre s'étoffe, se modernise et devient aussi plus lisible. L'intérêt essentiel de ces sites réside aujourd'hui dans l'extension des espaces personnels et la faculté d'y réaliser ses démarches.

Il convient de rappeler l'existence du site de la CNAMTS [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr), décliné par profils de public : assuré, professionnel de santé ou entreprise, avec le renvoi à d'autres sites dédiés aux aspects de prévention ou de recensement des adresses et tarification des professionnels de santé.

Pour les assurés des CPAM et des régimes qui utilisent les outils de la CNAMTS, le développement des télé-services, orientation majeure de la COG 2010-2013, s'est poursuivi à un rythme rapide. S'agissant du service aux assurés, la croissance tant des contenus que du nombre de comptes ouverts a été particulièrement rapide. Ainsi, le nombre des comptes assurés actifs est passé de 2,3 millions fin 2008 à plus de 7,3 millions en juin 2011.

Conçue initialement pour fournir une information aux assurés sur les paiements réalisés et faciliter leurs démarches, la gamme de services s'étoffe régulièrement, avec en 2010 l'attestation de droits en ligne, la déclaration de choix du médecin traitant, la déclaration de perte et de vol de la carte Vitale et, en juin 2011, la mise en place d'un suivi de la procédure de délivrance de la carte Vitale 2 et l'automatisation de la délivrance de la carte européenne d'assurance maladie. De nouvelles fonctionnalités sont actuellement en cours d'installation, comme l'automatisation du changement d'adresse.

L'espace Maternité a recueilli une adhésion massive (plus de 125 000 adhérentes à fin 2010). En effet, la maternité a fait l'objet d'une offre de service spécifique incluant une information médicale et administrative. La refonte des outils du programme d'accompagnement maternité est en cours. Ce parcours fait l'objet d'une extension à la petite enfance et l'action est complétée par le programme d'accompagnement du retour à domicile (mise en relation avec une sage-femme pour les jeunes mères en sortie de maternité).

Les services aux professionnels de santé ont connu une évolution parallèle avec la mise en place depuis fin 2006 d'un compte professionnel en ligne sur le site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr), destiné à faciliter le suivi administratif et comptable de leur activité. On recensait 293 000 professionnels de santé l'utilisant fin 2010. Ce portail a été fusionné avec l'« Espace pro » en janvier 2011 pour devenir le « portail d'accès unique », qui permet d'accéder à un bouquet de services et offre une vision globale de la situation médicale et administrative des patients. Il a entraîné le développement de nouveaux services tels que la télé-déclaration du médecin traitant ou la commande des tests pour l'angine, ainsi que l'intégration de l'avis d'arrêt de travail (fin 2011). L'accompagnement des professionnels de santé sur l'utilisation du portail unique par les Conseillers Informatiques Service a été lancé. Une hot line spécialisée est assurée par la CPAM de Moulins et son opérationnalité est désormais effective.

Le nouveau portail d'accès unique permet de renforcer la dématérialisation des outils utilisés par les professionnels de santé :

- le protocole de soins électronique a été installé sur le portail « Votre espace pro » avec pour objectif de favoriser la dématérialisation des formulaires administratifs ;
- les indicateurs du CAPI ont été mis à la disposition des médecins sur leur compte internet. Ceux-ci disposent donc d'un suivi à l'échelle de leur patientèle leur permettant d'accéder aux taux de vaccination contre la grippe, de dépistage du cancer du sein, de réalisation d'examen des yeux ou de bilan lipidique (pour les diabétiques) etc.

Le développement des télé-services à destination des professionnels de santé permet à la fois de simplifier la relation avec les médecins, et d'alléger les tâches des praticiens conseil du service médical ainsi que des techniciens en caisse qui n'ont plus à ressaisir les données.



Le programme relatif à la branche AT-MP regroupe plusieurs projets informatiques prévus dans la COG AT-MP 2009-2012. Le développement des services en ligne, notamment en appui des réformes engagées, a constitué une priorité pour la branche en 2010.

Ainsi, en lien avec la mise en place de la nouvelle tarification, un nouveau service en ligne « le compte AT/MP » a été conçu et développé pour permettre aux employeurs de consulter toutes les données relatives à leur tarification, de manière sécurisée, en temps réel, avec un niveau d'accès national pour l'ensemble de leurs établissements. Ce nouveau service a été présenté à plus de 7 000 responsables d'entreprises au cours de 105 « Matinées employeurs » organisées par les caisses du réseau, pour expliquer les nouvelles règles de tarification et la nouvelle procédure d'instruction des déclarations d'accidents du travail et de trajet.

Depuis septembre 2008, les employeurs ont la possibilité de déclarer les accidents du travail en ligne (DAT).

Par ailleurs, le nouveau site de l'assurance maladie-risque professionnel, opérationnel depuis mars 2011, présente les missions, objectifs et résultats de la branche AT-MP ainsi que des informations pratiques. Pour aider les médecins traitants dans l'identification du caractère éventuellement professionnel d'une maladie, il fournit davantage d'informations tout en simplifiant les recherches en ligne. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, les entreprises peuvent également consulter les données les concernant dans l'espace « employeur-entreprise ». Avec 970 235 visites en 2010, la consultation du site des risques professionnels a progressé de 17 % en un an.

Le site [www.caf.fr](http://www.caf.fr) a poursuivi son développement durant l'année 2010 : avec 108 millions de visiteurs, sa consultation connaît une progression de 11 % par rapport à l'année 2009. L'année 2010 a également été l'occasion de lancer une refonte du site visant à mettre à profit son potentiel de développement. Ces améliorations seront mises en place à l'automne 2011.

Le site [www.caf.fr](http://www.caf.fr) refondu à l'automne 2011 permettra, sur la base d'une rénovation de l'ergonomie du site, l'intégration de nouvelles télé-procédures permettant de déclarer tout changement de situation, personnelle ou professionnelle et notamment de formuler une demande d'aide au logement pour tous les allocataires et non plus seulement pour les étudiants. De manière plus générale, l'optimisation de la rubrique « mon compte » mettra directement en lien avec les informations du compte allocataire et les télé-procédures afférentes. En outre, des alertes ciblées en fonction de la situation de l'allocataire viseront à éviter des contacts à seul but informationnel auprès des Caf.

En 2010, près de 7,6 millions d'internautes ont consulté les sites de la CNAV ou utilisé les services en ligne suivants, avec par ordre décroissant de fréquentation : visualisation de relevé de carrière, estimation de retraite (à partir de 54 ans), demande de retraite en ligne, consultations de suivi de dossier, trois derniers paiements de retraite, montant de retraite à déclarer à l'administration fiscale, base de questions/réponses et demande de régularisation de carrière.

Depuis le début de l'année 2011, le **portail unique**, [www.lassuranceretraite.fr](http://www.lassuranceretraite.fr), est devenu le point d'entrée unique pour tous les services de l'assurance retraite du régime général. Il fédère les sept sites nationaux précédents. La CNAV a mis en place un compte personnel en ligne à partir duquel l'assuré peut visualiser son relevé de carrière, et demander en ligne la liquidation de sa retraite au RG. Lorsque l'assuré a cotisé auprès de l'un des trois régimes alignés (CNAV/MSA/RSI), il peut effectuer une demande unique de retraite (DUR).

Dans le cadre du GIP Info Retraite, les organismes gestionnaires du risque vieillesse (dont la CNAV) ont décidé la mise en place d'un service en ligne inter-régime. Le « RIS/e » (Relevé Individuel de Situation électronique) : le récapitulatif inter-régime est aujourd'hui envoyé par courrier tous les 5 ans à partir de 35 ans ou à la demande d'un assuré. Ce relevé individuel de situation sera progressivement accessible en ligne à tous les assurés d'ici le 1<sup>er</sup> janvier 2013.

Des études sont en cours afin de développer d'autres services à la disposition des usagers et des régimes, notamment dans le cadre des entretiens à partir de 45 ans (proposer une estimation indicative globale (EIG) avec variantes et simulations accessibles également en ligne). Dans le cadre des entretiens à partir de 45 ans à compter de 2012 (art. 6 de la loi du 9/11/2010), une première version de simulations sera disponible à l'été 2012 pour les générations concernées.

Ces services seront mis à disposition des régimes qui les utiliseront à leur gré dans la relation avec leurs assurés.

L'ACOSS compte bien sûr un site internet mais travaille en étroite association avec le site [www.net-entreprises.fr](http://www.net-entreprises.fr). La MSA et le RSI disposent de sites institutionnels bien développés. Plusieurs régimes spéciaux ont entamé une rénovation de leurs sites internet, avec pour objectif de moderniser et d'améliorer la relation à leurs usagers.

En matière de recouvrement, le projet « 100 % dématérialisé » prévu dans la COG actuelle de l'ACOSS a pour objectif de valoriser les services dématérialisés existants et d'en développer de nouveaux. À terme, les usagers pourront réaliser en ligne la déclaration et le paiement des cotisations, la consultation du compte, les demandes d'informations juridiques et certains actes de gestion comme la demande de délais de paiement.

De manière générale, l'année 2010 affiche de bons résultats en matière de dématérialisation. Plus d'une entreprise sur deux déclare ses cotisations en ligne. Ce résultat, en progression par rapport à 2009, s'explique d'abord par une augmentation importante constatée pour les entreprises de moins de 20 salariés (33,2 % en 2009 et 42,2 % en 2010) grâce à des actions locales de promotion auprès des experts-comptables et ensuite par la mise en place de l'assistance aux services dématérialisés. En effet, 89,9 % du montant des encaissements du secteur privé le sont sur support dématérialisé. La progression la plus importante est constatée au niveau des entreprises de moins de 20 salariés (50,6 % en 2009 et 57,8 % en 2010). S'agissant du Cesu et de la Paje, la part des volets sociaux dématérialisés est de 41,7 % pour le Cesu et de 90,6 % pour la Paje. La croissance importante constatée au niveau de la Paje est liée au fait que, depuis avril 2010, les nouveaux employeurs qui adhèrent au dispositif sont préinscrits en dématérialisation et ne reçoivent plus de carnets sociaux « papier » à moins d'en faire la demande.

En parallèle avec les actions de promotion des services dématérialisés, deux expérimentations relatives d'une part à la suppression de la Déclaration unifiée de cotisations sociales (DUCS) « papier » et d'autre part à la dématérialisation du tableau récapitulatif des cotisations ont été menées dans le cadre de la mise en œuvre de ce projet. Un service d'assistance aux services dématérialisés a été déployé afin d'en faciliter l'utilisation.

Il faut également noter un avancement de la transmission des lignes de salaires aux partenaires puisque le niveau de traitement des DADS a été progressivement ramené à 95 % du 31 mars au 28 février, conformément à l'objectif fixé par la COG.

La CNMSS a optimisé sa relation client avec le remaniement du site internet de l'établissement en 2010, comportant notamment la création du guide du départ en outre-mer et à l'étranger à l'usage du militaire et de sa famille.

La CRP RATP a effectué une refonte de son site internet qui a permis la mise en place de nouveaux services, notamment un compte dédié pour chaque affilié actif afin d'effectuer une projection des futurs droits à la retraite.

Enfin, la CPRP SNCF a mis en œuvre une amélioration de l'information vers les bénéficiaires du régime grâce à la refonte du site internet qui sera ouvert au public fin 2011, et de la création de fiches pratiques relatives aux droits des assurés en matière de prévoyance et de retraite.

La MSA poursuit le développement de ses services en ligne au profit des particuliers et des entreprises.

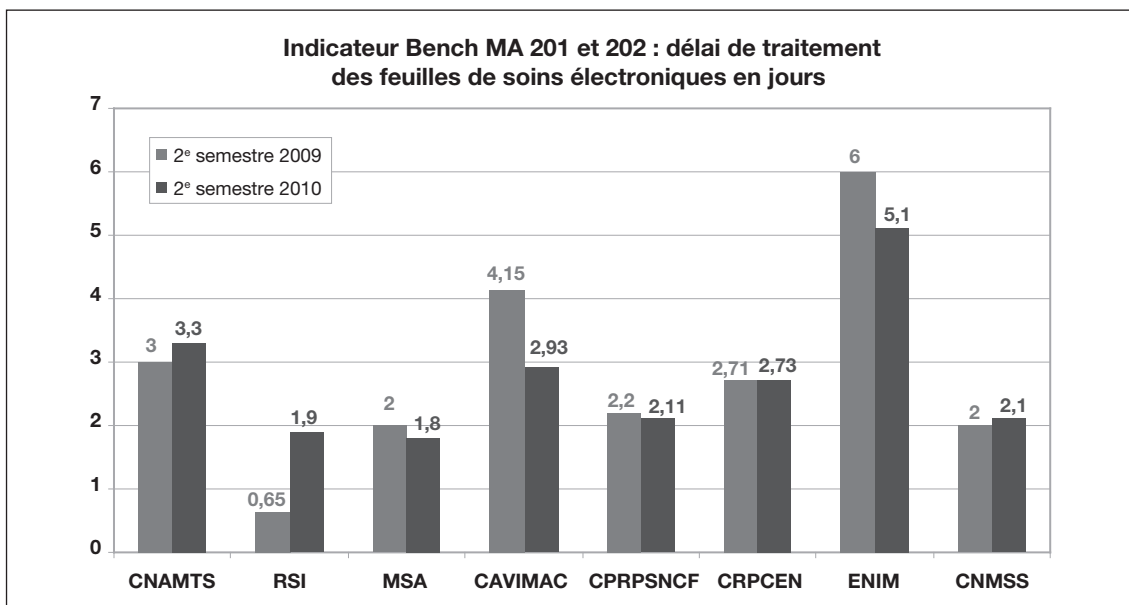
Afin de mieux les faire connaître, la MSA a assuré la promotion de ses services au cours de l'année 2010. Cette promotion s'est déroulée en trois phases : la première visait les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricoles pour les inciter à déclarer leurs revenus professionnels (DRP) via internet ; le second temps ciblait les particuliers, prioritairement les familles avec le « pack rentrée » assurant la promotion des démarches en ligne et l'utilisation des services proposés ; puis le troisième volet s'adressait en priorité aux entreprises et secondairement aux centres de gestion agréés et cabinets comptables, mettant en avant à la fois la déclaration de salaires (DS) en ligne et le service d'échange de fichier de déclaration de salaires (SEF DS).

La MSA facilite aussi l'accès à « votre espace privé », espace sécurisé comportant les données personnelles et/ou professionnelles des usagers et permettant d'effectuer un certain nombre de démarches sur le site Internet de sa MSA, avec la mise en place d'une procédure d'inscription automatique depuis novembre 2010. Certaines actions, comme l'affiliation à la MSA, génèrent automatiquement cette procédure qui n'a plus qu'à être confirmée par le particulier ou l'entreprise concernés pour devenir effective.

### **1.2.2. Des délais de traitement mieux maîtrisés**

La maîtrise des délais de traitement constitue un enjeu constant de gestion afin de satisfaire les usagers dans les meilleurs délais mais aussi de réguler une partie des flux de contacts, liés à une réassurance quant à l'état d'avancement des dossiers adressés. Il est indéniable que les progrès des téléprocédures sont de nature à améliorer ces délais, comme l'illustre le cas de la feuille de soins électronique.

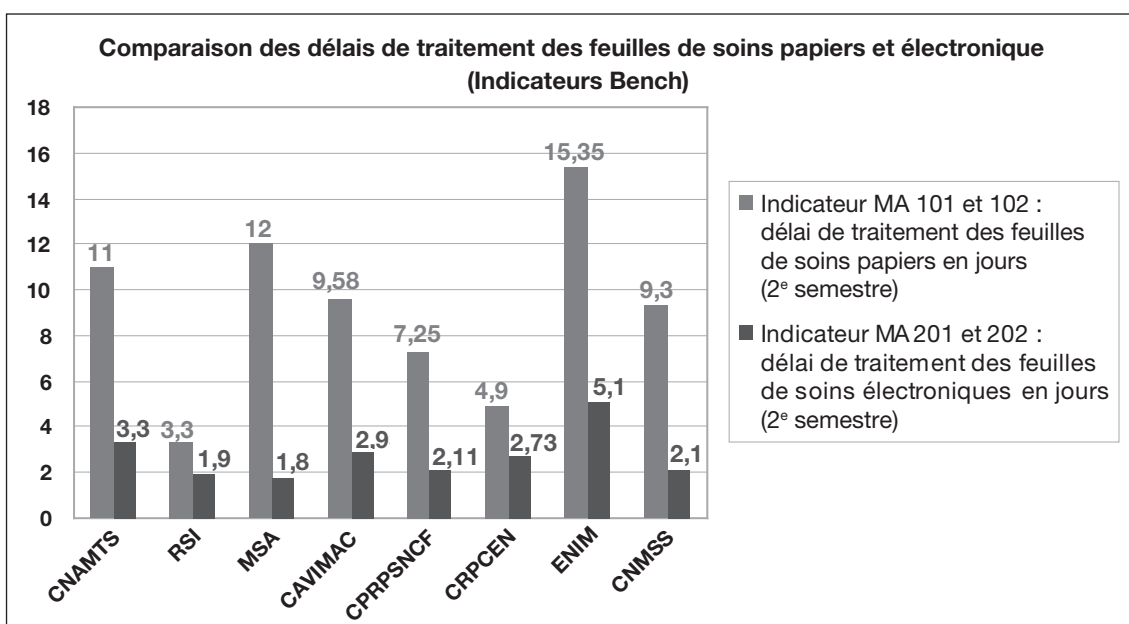
### 1.2.2.1. Un haut niveau de performance : l'illustration de la feuille de soins électronique



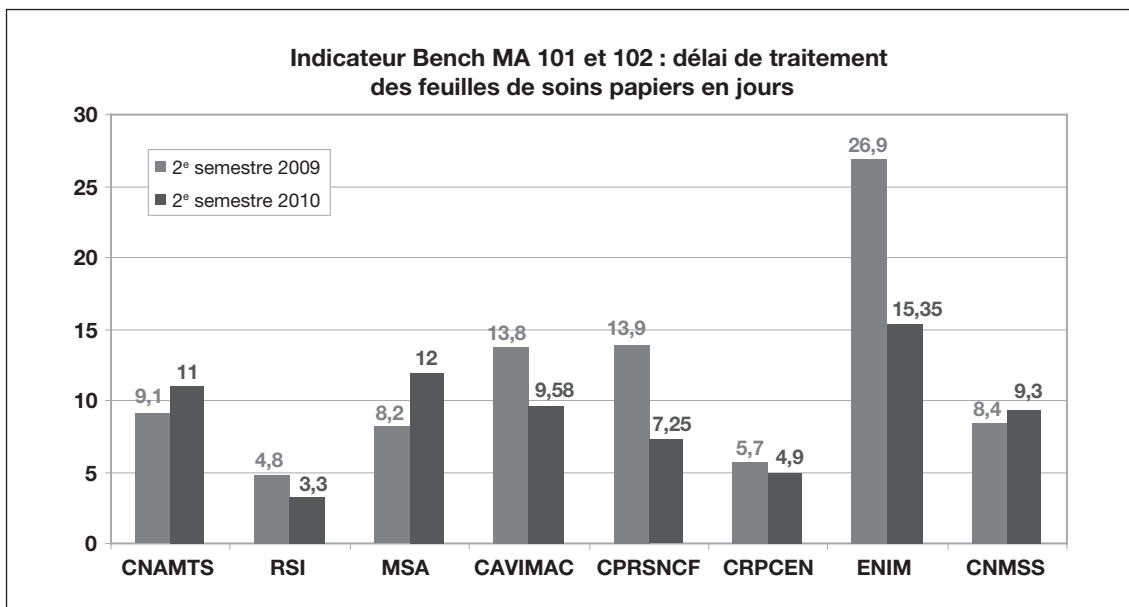
Le délai de traitement des feuilles de soins, objet d'une attention constante des organismes d'assurance maladie, entre dans le panier des quelques indicateurs du baromètre des services publics, qui présente les attentes les plus cruciales des usagers au regard des administrations.

En cette matière, les CPAM ont conservé un engagement de traiter les feuilles de soins électroniques en 7 jours dans 90 % des cas dans la dernière COG signée avec l'État. Cela correspond à un délai moyen de traitement de 3,3 jours, soit un remboursement par la sécurité sociale dans les mêmes délais que le décaissement par l'assuré social. 88 % des remboursements des CPAM sont aujourd'hui issus de feuilles de soins électroniques ou de flux dématérialisés.

Face à ce traitement très automatisé et extrêmement rapide, les différents organismes conservent une organisation parallèle pour la part décroissante, mais toujours trop élevée des feuilles de soins papier, pour lesquels les délais de traitement sont nécessairement plus allongés.



La CPRP SNCF améliore ses délais de traitement après une période d'installation du nouveau système d'information maladie en 2009. L'accent a donc été mis sur la numérisation et le vidéo codage des dossiers complexes. C'est pourquoi on observe en 2010 une nette amélioration du délai de traitement des feuilles de soins papier. De la même manière, l'ENIM a considérablement amélioré le délai de traitement des feuilles de soins papier, même si le délai actuel constaté n'est pas encore satisfaisant. La CAVIMAC ainsi que la CRPCEN améliorent également leur délai de traitement.



### 1.2.2.2. Des engagements de délais adaptés à la nature des prestations

Les COG ont fixé des engagements de service volontaristes dans tous les domaines d'activité et auprès de l'ensemble des opérateurs.

Toujours dans le domaine de la maladie, parallèlement au traitement des feuilles des soins pour le plus grand nombre, l'actuelle COG a réaffirmé les engagements des CPAM en matière d'accès aux droits. S'agissant des délais d'ouverture de droits des bénéficiaires de la Complémentaire santé associée à la Couverture maladie universelle (CMUC), la CNAMTS a poursuivi ses efforts pour accélérer l'ouverture des droits. 90 % des dossiers ont ainsi fait l'objectif d'une ouverture en 38 jours en 2010, délai qui va continuer de baisser conformément aux objectifs de la COG : cible de 35 jours dès 2011 pour atteindre progressivement 30 jours en fin de COG. En matière d'aide médicale d'État, les délais sont respectés avec un délai de traitement moyen de 27 jours en 2010 alors que l'objectif était de réduire ce délai à 35 jours.

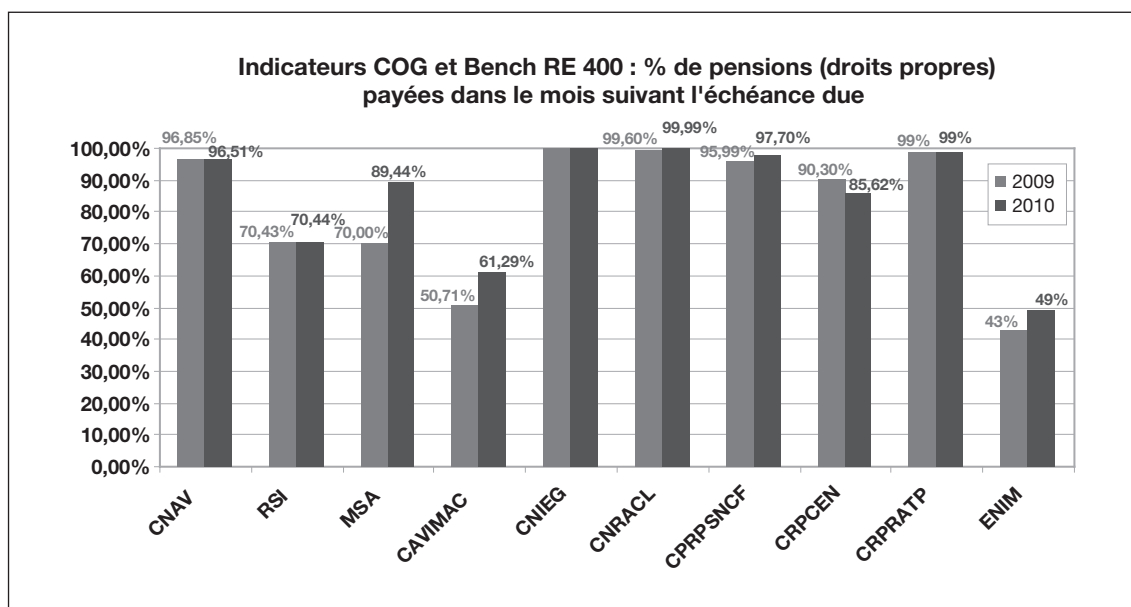
De la même manière, les CPAM se sont mobilisées pour le traitement rapide des indemnités journalières non subrogées qui ont fait l'objet d'un délai moyen de 38,2 jours en moyenne alors que l'objectif intermédiaire pour 2010 était de 40 jours.

Par ailleurs, le ministre du travail, de l'emploi et de la santé a créé le 3 février 2011 une **Instance de simplification administrative de l'exercice médical** entre l'assurance maladie (régime général, régime social des indépendants et régimes agricoles), les syndicats de médecins et l'État. Cette instance traite notamment de la portabilité de l'information relative au médecin traitant et aux affections de longue durée (ALD) au cours des mutations inter-caisses ou inter-régimes. Les travaux en cours permettront ainsi d'accélérer les mutations et de commencer plus rapidement les remboursements dans le nouvel organisme d'assurance maladie.

En CAF, l'enjeu du traitement différencié entre bénéficiaires de minimas sociaux et autres allocataires forme les deux étages d'une même démarche. Le traitement prioritaire des minima sociaux a été garanti selon les exigences de la COG en 2010 (93,60 % en 10 jours) avec une sensible amélioration par rapport à l'année 2009 (89,20 % en 2009). Cette amélioration est très nette, bien que moins accentuée, pour le reste des allocataires. Le délai de 79,30 % des pièces traitées en 15 jours en 2009 passe à 83,20 % en 2010, soit encore légèrement en deçà de l'engagement de 85 % prévu dans la COG.

On notera ici, d'une part, l'effort porté prioritairement aux publics les plus précaires et, d'autre part, le traitement solidaire entre CAF afin d'aider à harmoniser le délai de traitement des CAF les plus en retard dans leur gestion. En 2010, 46 CAF ont ainsi bénéficié de l'ARC (atelier de régulation des charges). Ce dispositif a permis de mettre en évidence les différences de traitement des dossiers et concourt à ce titre à une harmonisation vers le haut des méthodes de travail qui ne pourra que jouer favorablement sur les performances du réseau.

Ces objectifs sont également très prégnants auprès des organismes de retraite dont un des premiers engagements est d'assurer le versement de la première pension dans les délais requis afin de garantir la continuité de ressources des retraités. Le graphique ci-dessous illustre, en l'occurrence, le suivi de cet objectif auprès de tous les gestionnaires du risque retraite :



On constate, de manière générale, que les régimes dont les délais de liquidation des pensions étaient d'ores et déjà satisfaisants maintiennent ou améliorent légèrement leur performance, et pour ceux qui jusqu'alors rencontraient des difficultés à remplir l'objectif, un effort a été accompli en ce sens bien que des marges de progression demeurent.

La contre-performance du RSI résulte pour partie de carrières non encore stabilisées au moment de la demande de mise en paiement, en lien avec les difficultés rencontrées par le RSI et les URSSAF dans la gestion des comptes cotisants. De plus, une régularisation de cotisations en fin d'activité a été instaurée qui, dans certains cas, peut intervenir dans le calcul des droits à pension et retarder ainsi la liquidation du dossier. Ce délai tient enfin à la gestion d'une population d'assurés poly-pensionnés qui contraint le RSI à une recherche de trimestres auprès des autres régimes. En 2010, 71 % des 16 000 pièces à résorber portaient sur les dossiers à réviser et les droits dérivés en instance de traitement.

Quant aux URSSAF, le délai de mise à jour du compte cotisant après réception de son bordereau déclaratif et du paiement continue de s'améliorer. Il passe d'une actualisation en

10 jours dans 99,2 % des cas en 2009 à 99,4 % en 2010, au-delà des objectifs fixés par la COG. Mais les URSSAF travaillent aussi à l'amélioration du recouvrement. Le délai moyen de mise en recouvrement des cotisations sociales est orienté à la baisse depuis le déploiement progressif des socles communs de bonnes pratiques qui ont permis aux Urssaf d'agir au plus vite auprès des cotisants afin de faciliter la récupération des créances et des déclarations. S'agissant des créances, les relances téléphoniques sont effectuées dans la semaine qui suit la mise en recouvrement, les avis amiables adressés en moins de 11 jours calendaires et les mises en demeure en moins de deux semaines.

Le RSI et les URSSAF restent confrontés à une situation difficile au titre de l'ISU. Il restait 960 000 pièces du domaine recouvrement/affiliation à traiter dans les caisses à la fin de l'année 2008. Un plan volontariste de résorption des stocks a été mené, permettant de résorber une grande partie de ce stock sur 2009 (- 84 % par rapport à la situation de fin 2008). En 2010, les 157 000 pièces demeurant en stock correspondent vraisemblablement au niveau de stock frictionnel du régime (57 % des pièces portent sur le courrier mails et les NPAI).

La résorption totale de stocks, effectuée au 31 décembre 2010, représente 97 % du volume de stock en métropole (hors professions libérales).

L'amélioration du service rendu aux cotisants reste la priorité à améliorer d'ici la fin 2011 et elle implique la poursuite de la résorption des stocks ISU (singletons, etc.) et des stocks contentieux d'assurés radiés ainsi que la réduction du nombre de cotisants taxés d'office.

Le redressement de la situation du RSI est au cœur des travaux actuels avec les tutelles du régime et il sera central dans la discussion de la future COG, qui a commencé en septembre 2011.

Enfin, il convient de signaler que la plupart des organismes disposent déjà d'objectifs de délai de traitement des réclamations, entre 15 et 21 jours. En cette matière, des travaux étroits ont été menés avec la DGME en 2010 afin d'harmoniser l'identification des réclamations et leurs modalités de gestion dans chaque régime. L'enjeu actuel est de consolider les objectifs existants sur la base d'un déploiement industrialisé de la gestion des réclamations pour une meilleure satisfaction des usagers mais aussi une meilleure appropriation des améliorations prioritaires dans la gestion des dossiers par les organismes de sécurité sociale.