

SATISFACTION DES ADHÉRENTS

Réclamations des Adhérents Rapport Annuel 2023

Maëva Rochereau
Responsable Service Satisfaction des Adhérents



GROUPE
PASTEUR
MUTUALITÉ



Les réclamations en chiffres

Toutes confondues

1 474

Réclamations

2 405

N-1*

- 39%



1 295

Réclamants

2 039

N-1*

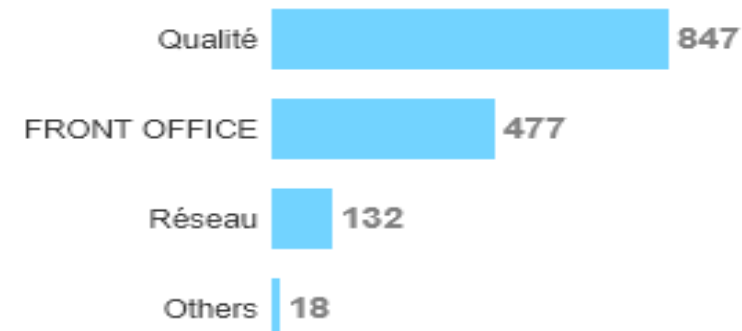
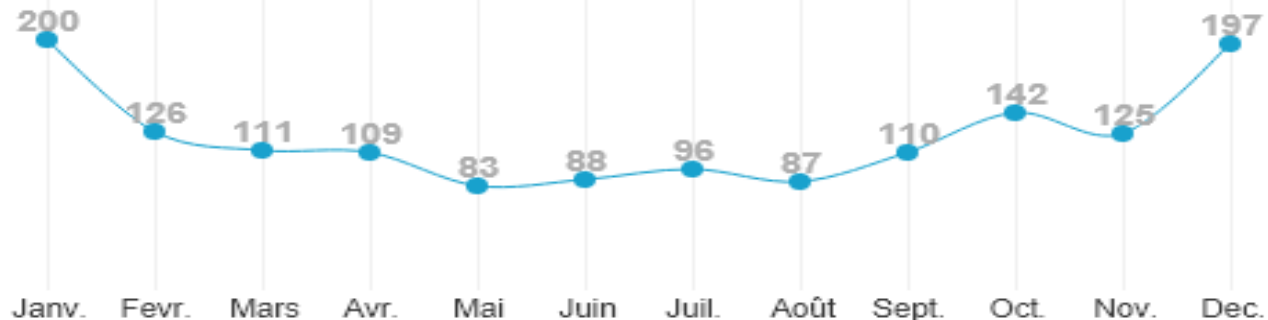
- 36%



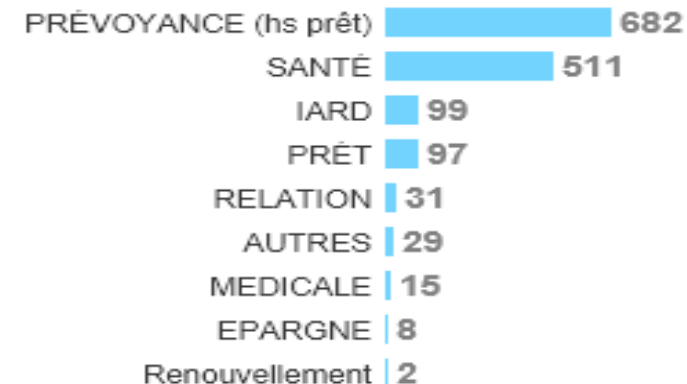
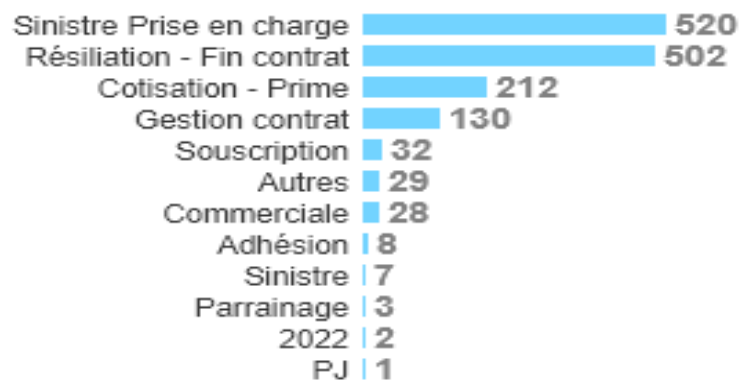
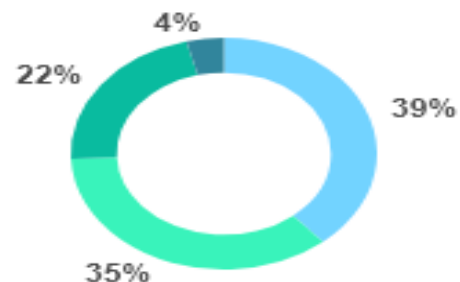
3,0

Jours Ouvrés

Délais Résolution



En cours
Réclamations/Réponse Favorable au r...
Réclamations/Réponse Défavorable au...
Clôturée



L'évolution des réclamations 2022/2023

Toutes confondues

Le volume total des réclamations est en baisse de 40% !

-1000 réclamations, -850 réclamants

Le taux de réclamation est en baisse de 0,5 pts de 1,52% à 1%

$\text{Nb de réclamations} \times 100 / \text{Nb adhérents}$

Le délai de traitement est en baisse de 3,3 à 3 jours ouvrés

Objectif 2024 : maintenir la performance

Les collaborateurs sont régulièrement sensibilisés sur l'importance de tracer toutes les insatisfactions et irritants.

Une formation continue est mise en place et suivie.

Les réclamations en chiffres

Traitées par la Qualité

847

Réclamations

943

N-1*

- 10%



779

Réclamants

873

N-1*

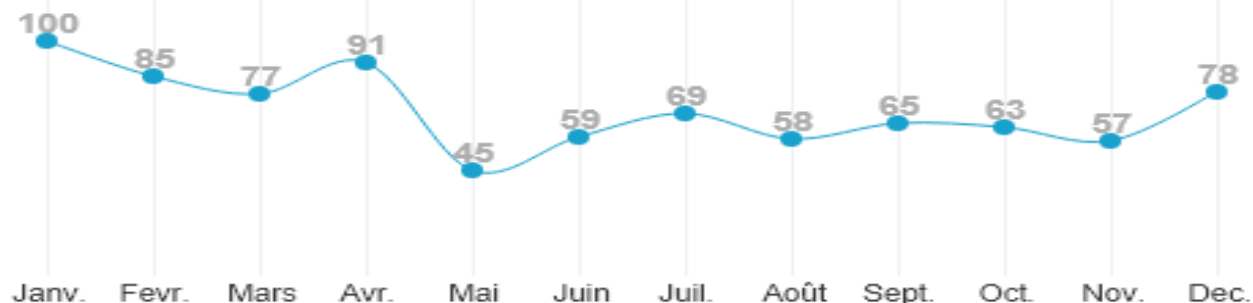
- 11%



3,0

Jours Ouverts

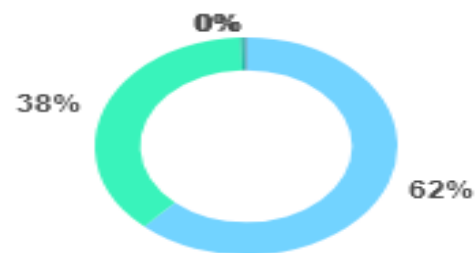
Délais Résolution



Qualité

847

Réclamations/Réponse Favorable au r...
Réclamations/Réponse Défavorable au...
En cours
Clôturée



Sinistre Prise en charge 426
Résiliation - Fin contrat 148
Cotisation - Prime 145
Gestion contrat 88
Souscription 18
Commerciale 14
Autres 3
Sinistre 3
Adhésion 1
PJ 1

PRÉVOYANCE (hs prêt) 431
SANTÉ 322
PRÊT 55
IARD 15
RELATION 14
MÉDICALE 4
ÉPARGNE 3
AUTRES 3

L'évolution des réclamations 2022/2023

Traitées par la Qualité (N2)

Le volume total des réclamations passées par la Qualité est en baisse de 10%
-100 réclamations, -100 réclamants

Cette tendance à la baisse devra être poursuivie en 2024
Mise en place d'actions ciblées et poursuite des travaux visant à prévenir les insatisfactions et les irritants

Le taux de réclamation de niveau N2 est stable de 0,59% à 0,57%
$$\text{Nb de réclamation} \times 100 / \text{Nb adhérents}$$

La baisse des réclamations est portée par les réclamations de niveau 1

Point de vigilance : un peu trop d'adhérents sont invités à formaliser une réclamation écrite alors que la demande aurait pu être gérée en amont
On augmente artificiellement le volume des réclamations

La médiation

- ❑ Les adhérents ont la possibilité de contester une décision partiellement ou totalement défavorable en demandant une médiation. Le médiateur analyse la réponse apportée au regard du droit et de nos conditions générales. En 2023, le Médiateur a été sollicité 43 fois, avec la répartition suivante :

Entités	2022	2023
AGMF PREVOYANCE	21	36
GPM ASSURANCES	8	5
GPM COURTAGE		1
PANACEA ASSURANCES	0	1
MDM		
Total général	32	43

La principale cause de saisine concerne les litiges liés aux sinistres prévoyance (AGMF)

Il convient de noter une augmentation des saisines en 2023 par rapport à 2022 (+ 12 saisines)
Cependant, au regard des avis rendus, la majorité des saisines ne sont pas justifiées:

Avis rendus	2022	2023
Avis/Lettre avis	8	1
Résolution amiable	5	1
Abandon de la demande N2	4	1
Demande incomplète		4
Demande irrecevable	3	8
Demande prématurée	7	7
Inconnu	5	22
Total général	32	43

Sur 43 saisines, seulement 2 avis rendus (une résolution amiable et une acceptation partielle).

Sur les deux avis rendus, l'acceptation partielle a « coûté » à GPM, 500€. La résolution amiable consistait à un transfert épargne en priorité, pas de coût.

Les motifs de réclamations

	Sinistre Prise en charge	Résiliation - Fin contrat	Cotisation - Prime	Gestion contrat	Souscription	Commerciale	Autres	Sinistre	Adhésion	PJ	Total
PRÉVOYANCE (hs prêt)	247	77	67	33	7						431
SANTÉ	147	52	69	45	9						322
PRÊT	30	12	8	3	2						55
IARD	2	7	1	4						1	15
RELATION						14					14
MEDICALE								3	1		4
EPARGNE				3							3
AUTRES							3				3
Total	426	148	145	88	18	14	3	3	1	1	847

Réduction des Réclamations

- En 2023, il y a eu une baisse significative de 22% des réclamations liées à la gestion des sinistres prévoyance par rapport à l'année précédente, passant de 847 à 647 réclamations.

Amélioration des Délais de Traitement

- La principale amélioration vient de la réduction des délais de traitement des sinistres, grâce à une redéfinition du processus d'allocation des ressources.

Réaffectation des Ressources

- L'introduction du débordement CEGEDIM Santé a permis la montée en polyvalence des collaborateurs de la santé sur la prévoyance.

Gestion des Urgences

- Le dispositif centralisé de gestion des urgences et réclamations mis en place en 2022 favorise toujours un traitement réactif par les experts métiers (= 2899 affaires traitées via le canal prioritaire)

Problématique des Paiements Récurrents

- Les adhérents doivent souvent relancer pour le paiement des rentes et indemnités journalières.
- Optimiser ce processus pourrait réduire le nombre de relances et de réclamations.

Poursuite de la Réduction des Délais

- Il est essentiel de déterminer si le service a atteint un plateau de performance ou si une réduction supplémentaire des délais est envisageable.
- Cette analyse déterminera la nécessité d'ajustements pour continuer sur une tendance positive et atteindre des délais inférieurs à 10 jours d'ici 2024.

Gestion des Documents

- La collecte des documents nécessaires à l'instruction des dossiers reste problématique.
- La création d'une plateforme numérique pour la déclaration et le suivi des sinistres, incluant le dépôt, le remplissage et la signature électronique, apportera une solution efficace aux difficultés rencontrées.

Réduction des Sinistres (Nombre et Durée)

- En plus de l'impact sur les performances techniques, l'augmentation du nombre de sinistres donnant droit à indemnisation entraîne une charge de travail accrue et, par conséquent, des délais d'instruction plus longs.
- Des efforts sont en cours pour réguler certaines prestations en fonction du marché et limiter les franchises courtes.

Réclamations en hausse

- Les prestations de santé représentent 38% des réclamations recensées (2^e place).
- Bien que le nombre total de réclamations ait diminué en 2023 par rapport à 2022, celles relatives aux remboursements santé ont connu paradoxalement une hausse de 10%.

La cause principale

- Les délais de remboursement des soins et la nécessité de relancer GPM pour les obtenir sont les principales sources d'insatisfaction des adhérents.

Contexte d'augmentation des dépenses

- Les délais s'expliquent par une hausse de la consommation constatée (en volume et en montant des remboursements) entraînant ainsi une hausse des délais de traitement.

Le débordement

- L'introduction du débordement CEGEDIM en 2023 a néanmoins permis de compenser ces hausses et de limiter les retards.
- Sans ce dispositif les retards auraient été plus conséquents et le taux de réclamations plus élevé.

Tendance 2024

- La consommation constatée en janvier 2024 est en hausse.
- Il faudra suivre les évolutions dans le temps afin d'anticiper les impacts sur le service à l'adhérent.
- Des évolutions sont en cours de chiffrage chez CIM
- Il faudra notamment s'interroger sur un modèle capable de réduire la dépendance du Groupe aux saisies manuelles *(le contrôle par une IA des factures et l'intégration des paiements dans les outils sont des pistes à explorer).*

- ❑ **La télétransmission** : Les difficultés liées à la télétransmission sont récurrentes. Cela entraîne de nombreuses réclamations de nos adhérents qui ne comprennent pas toujours les difficultés. Les soins sont télétransmis mais nous réclamons la facture pour obtenir les données manquantes dans les flux SS et pour le dispositif fraude.
- ❑ GPM doit proposer un nouveau parcours client adapté (mise en place, gestion des rejets, communication vers les adhérents, interaction avec l'espace adhérent, transmission des attestations de droits par la gestion lors de la saisie du BA...)
- ❑ **Problème d'affichage sur les décomptes** : Un problème d'affichage des relevés de la sécurité sociale a également causé du mécontentement tout au long de l'année, avec des relevés indiquant à tort que les données avaient été transmises à la mutuelle, alors que le transfert n'avait pas eu lieu, laissant les adhérents en attente de leur remboursement.
- ❑ Concernant les réclamations récurrentes, les difficultés avec les secteurs dentaire/orthodontie et optique sont notables. Les soins non transmis automatiquement par télétransmission ou nécessitant des justificatifs pour le remboursement sont les plus insatisfaisants.
- ❑ Le tiers-payant partiel continue de causer de l'insatisfaction, des adhérents remettant en question la nécessité de fournir une preuve de paiement pour la part mutuelle. Des mesures d'allègement ont cependant été instaurées, autorisant l'utilisation de reçus de carte bancaire comme preuve de paiement à la place des factures acquittées.

La facturation du renouvellement

- Explication sur les factures et cotisations
- Explication sur les augmentations
- Impacts des réductions

Les impayés de cotisations

- Encaissement des chèques
- Gestion des rejets de paiement
- Non-paiement des cotisations et relances

Traitement des incidents de gestion

- Gestion des contrats non facturés (non renouvelés)
- Régularisation des comptes tardive
- Erreurs de gestion

Retard de traitement

- Délai pour la mise en place ou la modification des plans de prélèvements
- Traitement tardif des résiliations avec prélèvements indus

Traitement des incidents de production

- Double prélèvement en 2023
- Panne Panini (blocage des encaissements de chèques)

La facturation du renouvellement

- Poursuivre les actions de communications notamment sur le taux réel d'augmentation intégrant toutes les composantes du tarif
- Mettre à disposition des adhérents un document d'explication des augmentations

Les impayés de cotisations

- Déléguer l'encaissement des chèques
- Revoir les modalités de relances suite aux rejets de prélèvements
- Revoir le parcours client du précontentieux et intégrer le contentieux

Traitement des incidents de gestion

- Traiter les incidents de paiement en temps réel notamment les comptes clients n'ayant pas de rib rattachés, les contrats non renouvelés

Retard de traitement

- Automatiser les mises en place des prélèvements issus de l'espace adhérent
- Centraliser toutes les résiliations dans l'espace adhérent, et automatiser l'intégration dans les outils

IHM résiliations

- Suite à la mise en place de la résiliation en 3 clics, le fonctionnement de l'IHM a évolué ce qui a entraîné un effet de bord rendant l'utilisation impossible.
- Les résiliations AGMF ont dû être traitées manuellement avec du retard

Retard de traitement

- Délai pour traiter manuellement les résiliations avec des impacts sur les cotisations et les prélèvements.
- Charge supplémentaire pour régulariser les comptes après résiliation.

Renouvellement technique

- Les résiliations traitées après le traitement technique du renouvellement.
- Les adhérents reçoivent le pli alors qu'ils ont demandé la résiliation ce qui crée de la confusion.

Date de résiliation

- La date prise en compte pour la résiliation dans le cadre de la RIA
- Le refus de résiliation car hors délais (application de la loi Chatel)
- Les règles de résiliation en cours d'année notamment suite modifications

IHM résiliations

- Réactiver le fonctionnement de l'IHM
- Etudier l'opportunité d'externaliser le traitement des résiliations

Retard de traitement

- Faire évoluer l'espace adhérent pour que l'adhérent puisse sélectionner les contrats et garanties à résilier.
- Intégrer les résiliations directement dans les outils sans intervention de la gestion

Renouvellement technique

- Modifier le pli de renouvellement avant l'envoi pour intégrer les impacts des résiliations

Date de résiliation

- Uniformiser les règles et leurs applications
- Améliorer la communication sur les règles applicables notamment lors des refus

Année 2021

- Compte tenu des problématiques récurrentes de réentrance et d'insatisfaction générale constatée depuis le début de la crise Covid, l'idée de revoir profondément les parcours client a émergé comme une évidence.

01/2022

- La Direction Générale a validé le projet parcours client visant à s'assurer que les adhérents reçoivent systématiquement des réponses complètes et définitives dès le 1^{er} échange.

Année 2022

- Cadrage technique du projet Hera
- Développements et recette utilisateurs

03/2023

(exercice 2023 suppression des licences Hera N2)

- Au regard des difficultés d'organisation constatées et une certaine réserve en interne, le projet a été loti pour avancer uniquement sur la partie concernant les demandes pouvant être traitées sans l'intervention des équipes métiers.
- Le lot 2 devait suivre dans la continuité.

06/2023

- Déploiement opérationnelle du lot 1 auprès de la plateforme téléphonique.
- Après 6 mois de fonctionnement, le Parcours Client porte déjà ses fruits (une réentrance en baisse, un taux de réponses apportées dès le niveau 1 en hausse, un traçage en hausse, des réclamations évitées)

01/2024

- Le Parcours Client complet intégrant le lot 2 est partiellement en place (en mode dégradé)
- Les travaux sont relancés avec l'objectif d'un déploiement avant la fin du 1^{er} semestre (au plus tard).

Le taux de réponse suite à l'envoi du formulaire est d'environ 8%.

Le formulaire sera mis à jour afin d'augmenter le taux de réponse. On souhaite rajouter un lien pour permettre aux adhérents de déposer un avis positif en ligne

Il est à noter que 92% des adhérents ne répondant pas à ce formulaire semblent être en accord avec la réponse qui leur a été fournie lors de leurs appels !

Par expérience, les adhérents mécontents utilisent tout moyen disponible pour exprimer leur insatisfaction. Ce chiffre sera croisé avec celui de la réentrée.

Parmi les 8% de retours reçus, environ 65% sont positifs, témoignant de la satisfaction des adhérents, tandis que 35% sont négatifs, soit 97% de satisfaction pour le niveau 1.

Ces chiffres fournissent des indications précieuses pour orienter nos actions et ainsi garantir une satisfaction systématique de nos adhérents.

Un bilan précis des retours négatifs sera partagé. On peut d'ores et déjà affirmer qu'avec une maîtrise plus homogène, nombres de réponses auraient été différentes et n'auraient pas générées un retour négatif.

La stabilité de l'équipe et la formation de collaborateurs ont un impact déterminant sur la qualité des réponses apportées.

En conclusion, la mise en place du Parcours Client est une victoire: il s'agissait d'un projet important pour la qualité du service rendu à l'adhérent.

Evidemment, nous devons le développer dans sa version optimale, avec la contribution de tous les collaborateurs. A terme, nous devrions constater une amélioration nette de la satisfaction des adhérents.

- ❑ En 2023, une évaluation approfondie du traitement des réclamations et du fonctionnement du Service Satisfaction Adhérent a été conduite au sein du groupe.
- ❑ Les résultats de cet audit ont révélé que les réclamations de niveau 2 étaient correctement prises en charge par le Service Satisfaction Adhérent, avec un traitement conforme aux normes établies, une traçabilité adéquate et des délais respectés, satisfaisant ainsi aux exigences de l'ACPR.
- ❑ Cependant, l'audit a également signalé des lacunes dans le traitement des réclamations au niveau 1. Les réclamations reçues à ce niveau ne sont pas suffisamment tracées et redirigées de manière appropriée.
- ❑ Il apparaît que le processus de traitement des réclamations n'est pas universellement maîtrisé ni correctement mis en œuvre, soulignant ainsi la nécessité d'une formation continue pour remédier à ces lacunes.

- ❑ Malgré la mise en place d'une formation annuelle sous forme de e-learning portant sur le traitement et la gestion des réclamations, accessible à l'ensemble des collaborateurs en contact avec les adhérents, les statistiques finales révèlent qu'une partie du personnel n'a pas suivi cette formation malgré son caractère obligatoire.
- ❑ De plus, les résultats de réussite ne sont pas optimaux, avec un faible pourcentage d'atteinte des 100%. Cette incompréhension des procédures se traduit par une identification inadéquate, une redirection incorrecte et en fin de compte un traitement défaillant des réclamations, souvent avec des délais prolongés.
- ❑ En outre, il a été constaté que des demandes simples sont parfois inutilement acheminées vers le Service Satisfaction Adhérents, alors qu'elles pourraient être traitées efficacement au niveau 1. Ces erreurs de redirection nuisent à l'efficacité globale du processus et entraînent une utilisation inappropriée des ressources du Service Satisfaction Adhérent.
- ❑ L'audit met également l'accent sur la communication des statistiques relatives aux réclamations, soulignant la nécessité d'établir des points réguliers tout au long de l'année afin d'informer et de sensibiliser les équipes internes.

Le circuit d'escalade d'une demande client

- ❑ Comme évoqué précédemment, le processus de traitement des réclamations ne bénéficie pas d'une compréhension et d'une intégration suffisantes au sein des équipes internes.

« Pour rappel, il convient de définir une réclamation comme toute déclaration officialisant le mécontentement d'un client envers un professionnel. Il est à noter que les demandes d'exécution du contrat, d'information, de clarification ou d'avis ne sont pas considérées comme des réclamations »

- ❑ Ainsi, toutes les demandes simples et explications doivent être prises en charge au niveau 1, que ce soit par la plateforme téléphonique lors d'un appel, par les équipes métiers (prévoyance, santé, gestion, etc.) en cas de réception d'un courrier, ou par les conseillers. Des travaux ont été entrepris à la DSA. Du côté des services Prévoyance et Santé, les demandes transmises au Service Satisfaction Adhérent sont bien de niveau 2.
- ❑ Il est crucial de souligner que le service Satisfaction Adhérent intervient exclusivement en cas de mécontentement ou de contestation.
- ❑ La réponse "faites une réclamation" ne doit pas devenir un réflexe pour déléguer indirectement la gestion d'une demande sensible. Dans l'optique d'offrir un service client de qualité, il est essentiel de fournir une réponse complète et définitive à l'adhérent dès sa demande initiale, quel que soit le canal utilisé.
- ❑ Le recours à la réclamation doit se limiter à des cas justifiés et marginaux. Cela passe par une approche proactive pour résoudre les problèmes à un stade précoce du parcours client. On instaurera ainsi une relation positive avec les adhérents.

Conclusion

L'année 2023 a été remarquable pour notre entreprise, se distinguant par une réduction notable des réclamations, atteignant presque 40% par rapport à l'année précédente.

Pour consolider cette tendance extrêmement favorable, il est impératif que nous poursuivions nos efforts assidus, ainsi que le travail collaboratif entre les différentes directions. Notre objectif pour 2024 est de maintenir cette dynamique de décroissance du nombre de réclamations, ce qui se traduira inéluctablement par une amélioration continue de la satisfaction de nos adhérents.

L'année 2023 a été marquée par une amélioration considérable des délais de traitement, entraînant une réduction significative des insatisfactions et des réclamations. C'est un bilan dont nous pouvons tous être fiers.

Pour 2024, l'objectif est de maintenir ces délais de traitement à leur niveau actuel et, si possible, d'identifier des axes d'amélioration pour nous permettre de nous engager vers des niveaux de service premium, conformément à notre plan stratégique.

Conclusion

Il est crucial de continuer à sensibiliser les collaborateurs du Groupe à l'importance d'améliorer de manière continue l'expérience client pour prévenir les réclamations et leurs conséquences. En 2024, le Groupe doit s'appuyer sur la dynamique positive initiée l'année précédente.

Cet élan doit être soutenu par une prise de conscience collective de la nécessité d'offrir la meilleure expérience client possible, afin d'éliminer toute insatisfaction. En cas de réclamations, celles-ci doivent être gérées de manière optimale.

Malgré une mobilisation active depuis le début de 2022, le projet d'e-réputation, soutenu par de nombreux ateliers visant à rehausser la note de GPM sur Internet, n'a pas encore porté ses fruits.

Il est essentiel de faire de cet objectif une priorité collective. Tous les secteurs de l'entreprise doivent se rallier et redoubler d'efforts pour que notre e-réputation reflète l'excellence opérationnelle que nous nous efforçons d'atteindre.

Des mesures correctives sont d'ores et déjà en cours d'élaboration et seront implémentées pour rectifier cette trajectoire.

Conclusion

La mise en place d'un Groupe de travail dédié à la Qualité et au Service à l'Adhérent piloté par la BU Assurance pour mobiliser avec encore plus de force l'ensemble de l'entreprise

Cette dynamique constitue une approche stratégique pour insuffler une dynamique positive au Plan d'Assurance Qualité (PAQ). L'objectif est de déterminer des solutions concrètes aux problèmes repérés qui pourraient engendrer des réclamations. Grâce à ces mesures, nous envisageons une amélioration graduelle de la qualité de nos services, ce qui devrait se traduire par une hausse de la satisfaction de nos adhérents.

Nous avons toutes les raisons de nous réjouir des résultats de 2023 : une diminution notable des réclamations a été observée et des progrès significatifs ont été accomplis en interne, notamment en termes de respect des délais et de gestion des stocks. Bien que certaines vulnérabilités demeurent, elles sont clairement identifiées et seront adressées.

Nous sommes résolus à maintenir et à amplifier cette tendance positive en 2024, avec vigueur et détermination.

MERCI



**GROUPE
PASTEUR
MUTUALITÉ**