

Chapitre IX

**La qualité des services rendus par les
caisses de sécurité sociale du régime
général : simplifier les démarches et
faciliter les contacts avec les usagers**

PRÉSENTATION

La qualité des services rendus par les caisses d'assurance maladie, famille et vieillesse du régime général de la sécurité sociale s'analyse notamment à travers les modalités de leurs relations avec les usagers, les conditions de traitement des demandes qui leur sont adressées et des prestations qu'elles allouent, mais aussi les démarches qu'elles accomplissent pour lutter contre le non-recours aux droits.

La Cour a déjà examiné la question de la qualité du service rendu aux assurés sociaux, sous le seul angle du numérique, dans le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2019. Le présent chapitre procède à un suivi des observations et des recommandations de ce rapport et élargit l'analyse aux modes de contacts entre les trois branches³⁹¹ étudiées et les usagers³⁹², à la qualité et aux délais de versement des prestations servies, ainsi qu'aux actions contre le non-recours aux droits. Son champ inclut les prestations versées pour le compte de tiers, comme le revenu de solidarité active, la prime d'activité, les aides au logement ou l'allocation aux adultes handicapés.

La crise sanitaire a accéléré les changements déjà en cours dans l'offre de services des caisses de sécurité sociale du régime général : développement des services numériques et des accueils téléphoniques, réduction des accueils physiques. Dans ce cadre, les enquêtes menées auprès des usagers montrent que, s'ils accordent toujours un haut niveau de confiance aux services publics sociaux, ils considèrent que leur qualité se dégrade en raison de la complexité croissante des démarches et de la difficulté des prises de contact. De nombreux objectifs fixés aux branches maladie, famille et vieillesse dans leurs conventions avec l'État n'ont pas été atteints, en termes de production comme en termes de satisfaction des usagers.

La qualité des services rendus par les caisses de sécurité sociale est encore trop éloignée des attentes des usagers (I), malgré une offre de services en évolution pour faire face à un nombre croissant de sollicitations (II). Un saut qualitatif est désormais indispensable pour faciliter les démarches (III).

³⁹¹ La notion de branche est ici utilisée quand l'analyse porte à la fois sur les caisses nationales et locales d'un même réseau (branches maladie famille et vieillesse).

³⁹² Le terme recouvre les personnes ayant recours aux services de la sécurité sociale. Il n'inclut pas les professionnels de santé, du médico-social, etc.

**Chiffres-clés
des branches maladie, famille et vieillesse du régime général (2022)**

Nombre d'usagers :

- 13,9 millions d'allocataires pour la branche famille ;
- 37 millions dont 15 millions de retraités pour la branche vieillesse ;
- 65 millions d'assurés pour la branche maladie.

Montant des prestations légales versées :

- 207,5 Md€ pour la branche maladie ;
- 142,3 Md€ pour la branche vieillesse ;
- 81,8 Md€, pour la branche famille dont 50,9 Md€ pour le compte de tiers (État, départements, etc.).

*Nombre de sollicitations traitées ou reçues, quel que soit le canal
(numérique, téléphonique ou physique) :*

- 90,5 millions pour la branche famille ;
- 34,5 millions pour la branche vieillesse ;
- 279 millions pour la branche maladie.

Nombre de réclamations : 4,35 millions

I - Une qualité du service encore trop éloignée des attentes des usagers

La qualité du service rendu aux usagers par les organismes versant des prestations du régime général est mesurée par des indicateurs qui font l'objet d'engagements dans les conventions d'objectifs et de gestion signées entre l'État et les caisses nationales. Au cours de la période 2018-2022, un grand nombre de ces objectifs n'a pas été atteint et la satisfaction des usagers s'est dégradée (A). Pour améliorer la qualité de service, il est nécessaire de progresser dans la liquidation des prestations et de mieux prendre en compte les sollicitations des usagers (B).

A - Une dégradation des résultats dans un contexte marqué par la crise sanitaire

À compter de 2020, les caisses de sécurité sociale ont dû faire face à la crise sanitaire et mettre en œuvre plusieurs réformes importantes, comme celle concernant les aides aux logements ou l'intégration au régime général du régime social des indépendants³⁹³. Ces réformes ont pesé sur la qualité du service rendu aux usagers. Les indicateurs de mesure témoignent d'une moindre satisfaction des usagers et d'une atteinte partielle des objectifs assignés.

1 - Une dégradation des indicateurs de qualité de service et de la satisfaction des usagers

Les conventions d'objectifs et de gestion 2018-2022 des branches du régime général comportent six indicateurs de la relation de service avec les usagers. Issus d'enquêtes annuelles, ils sont répartis entre des indicateurs de satisfaction, fondés sur l'appréciation des usagers, et des indicateurs de gestion et de production. Même s'ils restent inférieurs aux objectifs et se sont dégradés entre 2018 et 2022, en particulier pour la branche maladie, les indicateurs de satisfaction globale sont supérieurs à 80 %.

**Tableau n° 31 : indice de satisfaction globale des usagers
dans les trois branches (2018-2022)**

Branche	Résultat		Cible	Atteinte de l'objectif
	2018	2022	2022	2022
Maladie	94,4 %	80,6 %	93 %	Non
Famille	87,9 %	84,4 %	91 %	Non
Vieillesse	90,5%	89,0 %	92 %	Non

Note pour tous les tableaux : en cas de divergence entre les données des caisses et de la DSS, les données de la DSS sont retenues.

Source : Cour des comptes d'après les informations transmises par la DSS, la Cnav, la Cnaf et la Cnam

Cependant, quand les usagers sont interrogés plus précisément sur la qualité de la relation qu'ils ont eue avec les caisses, leur satisfaction est inférieure à celle retracée à travers le taux de satisfaction globale et cela, quel que soit le mode de contact (courriel, téléphone, accueil physique, etc.). La

³⁹³ D'autres réformes, plus récentes, ont également un impact, non encore mesuré par les indicateurs : réforme des retraites, déconjugalisation de l'allocation aux adultes handicapés.

dégradation est forte depuis 2018 pour la branche maladie. Le résultat est plus stable et plus proche de l'objectif pour les branches famille et vieillesse.

Tableau n° 32 : indice de satisfaction des usagers sur la qualité du contact avec les caisses (2018-2022)

Branche	Résultat		Cible	Atteinte de l'objectif
	2018	2022	2022	2022
Maladie	71,0 %	52,6 %	82,0 %	Non
Famille (téléphone)	77,2 %	75,7 %	78,0 %	Non
Famille (accueil)	79,8 %	80,1 %	82,0 %	Non
Vieillesse	88,0 %	86,0 %	88,0 %	Non

Note : l'indicateur est composite pour les branches vieillesse et maladie.

Source : Cour des comptes d'après les informations transmises par la DSS, la Cnav, la Cnaf et la Cnam

La qualité de service est également appréhendée, dans toutes les branches à travers des indicateurs objectifs quantifiés : pour les courriels et les réclamations, les délais de traitement et pour les échanges téléphoniques, le taux d'appels aboutis.

Tableau n° 33 : indicateurs de qualité de service communs aux trois branches (2018-2022)

Indicateur	Branche	Résultat		Cible	Atteinte de l'objectif
		2018	2022	2022	2022
Courriels traités dans les délais (48 heures)	Maladie	80,0 %	82,2 %	80 %	Oui
	Famille	ND	45,7 %	80 %	Non
	Vieillesse	78,3 %	85,7 %	80 %	Oui
Réclamations traitées en moins de dix jours	Maladie	86,0 %	98,0 %	85 %	Oui
	Famille	65,0 %	69,1 %	80 %	Non
	Vieillesse	ND	80,3 %	80 %	Oui
Appels aboutis, traités par agent et serveur vocal	Maladie	90,2 %	63,2 %	90 %	Non
	Famille	85,9 %	80,1 %	90 %	Non
	Vieillesse	84,6 %	86,5 %	85 %	Oui

Légende : ND : non disponible.

Source : Cour des comptes d'après les informations transmises par la DSS, la Cnav, la Cnaf et la Cnam

Alors que les branches maladie et vieillesse traitent plus de 80 % des courriels des assurés dans les délais impartis, la branche famille en traite moins de la moitié (45,7 % pour un objectif de 80 %³⁹⁴).

Plus de 80 % des réclamations sont traitées en moins de dix jours par les branches vieillesse et maladie, contre 70 % par la famille. Toutefois, l'amélioration de la branche maladie tient à une modification de l'indicateur depuis 2020 qui ne prend désormais en compte que les seules réclamations écrites (cf. *infra*.)

Concernant le taux d'appels aboutis, seule la branche vieillesse atteint son objectif de 85 % entre 2018 et 2022. Ce taux reste toutefois inférieur au taux de qualité des normes Afnor³⁹⁵. Dans la branche maladie, le taux d'appels aboutis a baissé de 27 points entre 2018 et 2022 et aucune plateforme téléphonique n'atteint plus l'objectif de 90 %. Dans la branche famille, le taux d'appels aboutis a baissé de près de 17 points entre 2018 et 2021. Cela a conduit la Cnaf à affecter en 2022 des ressources supplémentaires à ses plateformes téléphoniques, grâce auxquelles la situation s'est améliorée³⁹⁶. Il demeure toutefois de fortes disparités entre les caisses locales, avec des taux variant du simple au double.

En outre, cet indicateur ne rend que partiellement compte de la qualité de la réponse aux appels téléphoniques : il mesure la proportion d'appels auxquels il a été répondu et non la proportion d'appels ayant reçu une réponse conclusive. Il peut être biaisé si la caisse décide de fermer plus tôt sa plateforme, dissuade les appels³⁹⁷ ou ne les prend pas tous en compte pour le calcul de l'indicateur³⁹⁸. Selon la Cnam, en prenant en compte la

³⁹⁴ La branche famille a fortement baissé l'objectif en le ramenant à 50 % pour 2023 et à l'équivalent de son niveau de 2022, soit 80 %, en 2027. Malgré une amélioration par rapport à 2022, l'indicateur atteint seulement 54,4 % en 2023.

³⁹⁵ La norme qualité Afnor NF-345 prévoit, pour la prise en charge téléphonique, un taux de qualité de 88 % correspondant au nombre de contacts traités rapporté au total des contacts présentés minoré du nombre de contacts raccrochés dans les 15 premières secondes avant de parler à un conseiller.

³⁹⁶ Dans la branche famille, cette tendance se confirme en 2023. L'indicateur qui atteint 80,96 %, reste relativement stable entre 2022 et 2023 et en deçà de l'objectif de 83%.

³⁹⁷ La dissuasion correspond à la situation où une caisse ou une plateforme, en cas de saturation, incite l'utilisateur à rappeler ultérieurement et met fin à l'appel.

³⁹⁸ Jusqu'en 2023, l'indicateur de la branche vieillesse excluait les appels portant sur des dossiers en cours de traitement.

dissuasion, les caisses primaires n'ont répondu qu'à un appel sur deux en 2022 et non à 63,2 %³⁹⁹.

D'autres indicateurs seraient utiles à une compréhension plus fine de la relation avec les assurés, comme le taux de résolution au premier contact⁴⁰⁰ ou le taux de dissuasion par caisse ou par plateforme.

2 - Des délais de traitement trop longs et des démarches administratives parfois complexes

Les délais de traitement se sont, pour la plupart, dégradés sur la période et restent inférieurs aux objectifs fixés. Ils sont à l'origine d'appels ou de courriels répétés de la part des usagers et peuvent, en retardant le versement d'allocations, entraîner des difficultés financières pour les assurés sociaux les plus fragiles.

La branche maladie met en moyenne moins de sept jours pour rembourser les soins et dépasse ainsi son objectif ; en revanche, elle met plus de 30 jours à verser la première indemnité journalière aux assurés sociaux pour un objectif fixé à 25 jours, et ce délai s'est dégradé entre 2018 et 2022⁴⁰¹.

Pour la branche vieillesse, 70 % seulement des dossiers sont adressés aux usagers avant leur départ à la retraite et 70 % des pensions de réversion sont versées dans les quatre mois suivant la demande⁴⁰². Les marges de progrès sont donc importantes. Pour l'allocation de solidarité aux personnes âgées, qui a remplacé les diverses composantes du minimum vieillesse depuis 2006, les délais de traitement, très longs, ne sont suivis que depuis 2023 par le biais d'un indicateur contractuel, qui montre que près de la moitié des demandes sont traitées en plus de 90 jours (45,7 % en 2023 et 46,5 % en 2022). Près des trois-quarts des demandes de droits des assurés résidant à l'étranger (71 %), suivies par un indicateur spécifique depuis 2023, sont traitées en plus de quatre mois.

³⁹⁹ En 2023, le taux d'appels aboutis reste en deçà de l'objectif de 75% mais s'améliore pour atteindre 66,73 %. En conséquence, un appel sur trois reste sans réponse.

⁴⁰⁰ L'indicateur mesure la capacité de la plateforme ou de la caisse à répondre à la problématique soulevée par l'utilisateur dès le premier contact. Il baisse si l'utilisateur reprend contact une nouvelle fois. Seule la Cnam l'a mis en place. À la Cnaf, la construction de cet indicateur est en cours.

⁴⁰¹ En 2023, l'indicateur a été scindé en deux : l'un pour le risque maladie, pour lequel le délai moyen constaté est de 26,6 jours, l'autre pour les risques accidents du travail et maladie professionnelles, pour lesquels il atteint 36,5 jours.

⁴⁰² En 2023, 41% des pensions de réversion ont été traitées en plus de 90 jours.

Tableau n° 34 : indicateurs de délai de traitement (2018-2022)

Indicateur	Résultat		Cible	Atteinte de l'objectif
	2018	2022	2022	2022
Remboursement de feuille de soins (maladie)	6,4 jours	6,4 jours	7 jours	Oui
Versement de la première indemnité journalière (maladie)	30,3 jours	32,7 jours	25 jours	Non
Traitement de demande de prestation légale (famille)	16,7 jours	17,1 jours	16 jours	Non
Traitement des minima sociaux (famille)	13,7 jours	14,6 jours	12,5 jours	Non
Dossiers (droits propres) déposés 4 mois avant départ en retraite (vieillesse)	43,2 %	57,8 %	80 %	Non
Dossiers (droits propres) notifiés avant départ en retraite (vieillesse)	61,5 %	69,2 %	80 %	Non
Dossiers (droits dérivés) notifiés dans les 4 mois de la demande	35,8 %	68,9 %	55 %	Oui

Source : Cnaf, Cnav et Cnam

Complexité administrative et confiance dans les services publics

Une enquête de la direction interministérielle de la transformation publique⁴⁰³ confirme le niveau élevé de la confiance dans les services sociaux mais aussi leur trop grande complexité : entre 13 % et 30 % des répondants ont jugé les démarches à accomplir très complexes selon les événements de vie considérés et la catégorie d'usagers concernée (nationaux, étrangers, handicapés, etc.). Ce ratio a augmenté entre 3 et 4 points pour les branches de 2018 à 2022. Le risque de commettre des erreurs dans ses démarches est jugé élevé⁴⁰⁴ et, en cas d'erreur, 40 % à 50 % des répondants selon les branches jugent manquer d'information sur la démarche à suivre pour la corriger.

⁴⁰³ Baromètre de la complexité administrative et de la confiance en l'administration par événements de vie, 3 janvier 2023.

⁴⁰⁴ Près de 60 % pour les démarches relatives à la précarité financière, au logement et la préparation au départ à la retraite, 45 % pour les démarches portant sur la santé.

B - Un nombre important d'erreurs, source de réclamations

Le niveau d'erreur dans le calcul et le versement des prestations est élevé et la qualité des réponses qu'apportent les caisses n'est pas toujours satisfaisante. Trop d'utilisateurs doivent multiplier les contacts, et les réclamations sont en hausse dans les branches famille et vieillesse.

1 - Un paiement à bon droit des prestations manquant de fiabilité

La qualité de la liquidation des prestations est un élément important du service rendu aux assurés. Cependant, les niveaux d'erreurs sont élevés et hétérogènes entre les branches, sans amélioration par rapport aux années précédentes⁴⁰⁵. Les taux d'erreur s'établissent à 3,3 % des prestations en nature de la branche maladie, à 7,4 % des prestations de la branche famille⁴⁰⁶ et à 1,2 % des pensions liquidées pour la branche vieillesse. Ces erreurs sont en faveur des assurés dans 95 % des cas pour la branche maladie, dans 80 % des cas pour la branche famille et seulement dans 36 % des cas pour la branche vieillesse.

Pour la branche vieillesse, une prestation de retraite nouvellement attribuée en 2023 sur huit a été affectée d'une erreur de portée financière, ratio qui progresse peu. Pour les branches maladie et accidents du travail, le taux est d'une indemnité journalière sur dix, en légère amélioration par rapport à 2021. L'importance de ces niveaux d'erreurs contribue à expliquer les montants de réclamations.

2 - Des réponses insatisfaisantes apportées aux usagers

Les demandes – ou tentatives de demande – répétées de la part d'un même usager, quand elles sont fréquentes, constituent un signe de qualité insuffisante de la relation entre la caisse de sécurité sociale et l'utilisateur.

Dans la branche maladie en 2022, la part des usagers contraints de réitérer leur demande avant d'être satisfaits a été de 25,8 % pour les courriels,

⁴⁰⁵ Cour des comptes, *Certification des comptes du régime général de sécurité sociale 2022*, mai 2023.

⁴⁰⁶ Pour la branche famille, ce sont la prime d'activité, le revenu de solidarité active et les aides au logement qui engendrent le plus d'indus et de rappels du fait d'erreurs déclaratives des allocataires non corrigées après contrôle interne. La Cour n'a pas certifié les comptes de la branche famille pour 2022.

de 14,9 % pour les appels téléphoniques et de 8 % pour l'accueil physique, avec ou sans rendez-vous. 6 % des usagers ont dû contacter au moins cinq fois la caisse pour obtenir une réponse qu'ils estiment satisfaisante.

Dans les branches famille et vieillesse, les contacts réitérés ne sont pas analysés au niveau national⁴⁰⁷. Ils sont mesurés *via* un indicateur reposant sur le seul sentiment des usagers, qui doit être amélioré pour identifier les causes de ces contacts multiples, améliorer les processus de traitement des demandes et mieux en maîtriser les flux.

Les taux élevés de répétition de contact s'expliquent en partie par la mauvaise qualité des informations fournies lors du premier échange. Selon une étude de la Cnam, près des deux tiers des réponses apportées aux usagers sont erronées. Dans la branche famille, un bilan national établi en 2022 montre que 22 % des réponses apportées au téléphone et aux courriels⁴⁰⁸ sont non conformes et 15 % incomplètes.

3 - Un nombre de réclamations en hausse

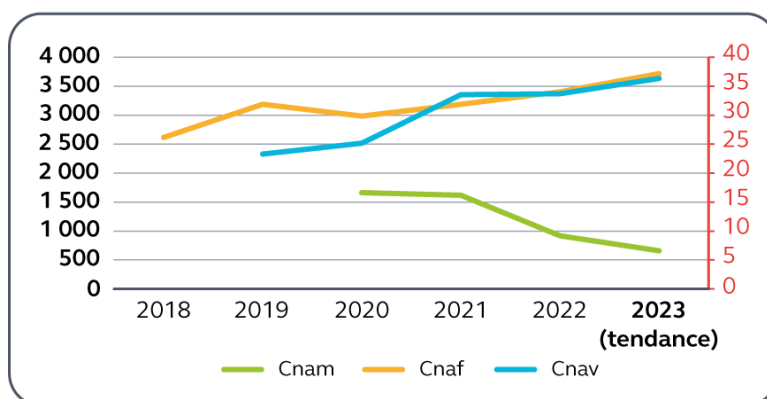
Le nombre de réclamations est en augmentation pour les branches famille et vieillesse et en baisse de 60 % pour la branche maladie en 2023, avec 650 000 réclamations contre 1,6 million en 2020. Cette baisse n'est pas liée à une amélioration de la qualité du service rendu mais à l'application d'une nouvelle règle, qui impose depuis 2020 que les réclamations soient écrites⁴⁰⁹.

⁴⁰⁷ Les requêtes utilisées par les CAF sont locales et ne permettent pas de connaître tous les motifs de contacts, ni même de savoir si les différents contacts concernent la même demande. La Carsat Midi-Pyrénées précise ne pas être en mesure, faute d'outils, d'analyser les causes de la répétition de contacts.

⁴⁰⁸ La branche famille recourt à des enquêtes « mystère » pour évaluer la qualité des réponses téléphoniques. La branche maladie prévoit de reprendre la mise en œuvre de supervisions nationales croisées (faites par une autre plateforme), abandonnées en 2020. Cette supervision montrait notamment que seules 5,2 % des plateformes atteignaient l'objectif de réponses justes, conclusives et respectant les règles de secret professionnel.

⁴⁰⁹ L'assuré qui souhaite déposer une réclamation doit le faire par courriel dans son compte Ameli ou par courrier postal.

Graphique n° 37 : évolution du nombre de réclamations par branche (en milliers)



Note : Pour la Cnav (échelle de droite), les valeurs présentent le nombre des réclamations en milliers. Pour la Cnam et pour la Cnaf (échelle à gauche) les valeurs sont en milliers. Pour 2023, le nombre de réclamations de janvier à juin a été multiplié par deux pour obtenir la tendance annuelle.

Source : Cour des comptes à partir des données transmises par les caisses nationales

Au sein de la branche famille, le nombre total de réclamations a augmenté de plus de 30 % entre 2018 et 2022, passant de 2,6 à 3,4 millions. Parmi elles, les réclamations par courriel sont passées de moins de 0,3 à plus de 1,1 million. Les autres modes (téléphone et visites) sont restés stables et les réclamations par courrier, très minoritaires, ont fortement baissé.

L'incompréhension d'une décision concernant l'assuré et le non-paiement (indemnités journalières, prestations sociales, etc.) représentent les deux-tiers des réclamations des branches maladie et famille.

II - Face à un nombre croissant de sollicitations, une offre de services en évolution

Les branches maladie, famille et vieillesse de la sécurité sociale ont fait face à une hausse des sollicitations de la part des usagers, avec des visites, des appels téléphoniques traités et des courriels reçus en augmentation moyenne de 15 % entre 2019 et 2023. L'augmentation est forte pour la branche vieillesse (+ 35 % entre 2019 et 2022) et pour la branche famille (+ 21 %). Pour la branche maladie, la stabilité du nombre de contacts masque des changements dans les services fournis.

Pour répondre à cette demande croissante, des services numériques ont été développés -ce qui n'est pas sans poser des difficultés à certains usagers- (A), les canaux de contact traditionnels, téléphone et accueil physique, ont été réduits et les espaces France Services sont montés en puissance (B).

A - Une incitation à utiliser les services numériques dans un contexte de fracture numérique

Une évolution marquante des services offerts par les caisses de sécurité sociale a été le développement du numérique, devenu le canal privilégié de la plupart des usagers. L'offre de services proposée doit toutefois être complétée et améliorée, en particulier pour mieux répondre aux besoins de ceux qui éprouvent des difficultés avec l'usage d'internet.

1 - Une utilisation croissante des comptes personnels en ligne qui fait d'internet le canal de contact le plus utilisé par les usagers

Les services numériques (site internet et application mobile) sont devenus le premier canal de contact des usagers, conformément à la stratégie des branches tendant à développer l'utilisation des espaces personnels en ligne et les téléservices.

Entre 2019 et 2023, le nombre d'assurés ayant créé un compte Ameli a augmenté de plus de 20 % par rapport à 2019 et a atteint 41,2 millions, soit 80 % du public potentiel. Dans la branche vieillesse, 17,2 millions de personnes disposent d'un espace personnel en 2023. Le dépôt en ligne des demandes de retraites est passé de 34 % en 2019 à 65 % en 2022. Le nombre de comptes personnels créés à la branche famille était de 17,6 millions au 31 décembre 2021 pour 33,1 millions de personnes couvertes par les prestations légales.

Ce développement des services numériques répond à la demande du plus grand nombre. Il ne doit toutefois pas laisser de côté ceux qui ne maîtrisent pas les usages des outils numériques ou qui rencontrent des difficultés dans la lecture ou la pratique de la langue française⁴¹⁰.

⁴¹⁰ D'après l'Agence nationale de lutte contre l'illettrisme et l'Insee, la France compte près de 2,5 millions d'illettrés, dont 20 % d'allocataires de minima sociaux. 15,4 % des personnes de 15 ans ou plus résidant en France sont en situation d'illectronisme. Plus de 50 % des personnes ayant du mal avec la lecture, l'écriture ou le calcul sont réticents à la connexion et à l'utilisation des outils numériques. 28 % des usagers d'internet ont des capacités numériques faibles.

Conscientes de ces difficultés, les branches ont adopté des stratégies d'inclusion numérique, qui figurent dans leurs conventions d'objectifs et de gestion 2018-2022.

Les actions conduites par la Cnaf lui ont permis de mieux connaître les publics éloignés du numérique, d'expérimenter des solutions adaptées à leurs besoins et de proposer des outils afin d'accompagner les caisses locales. Leur déploiement est hétérogène selon les territoires.

Au sein de la branche maladie, les caisses primaires animent depuis 2020 des ateliers collectifs pour les usagers dont le niveau est intermédiaire⁴¹¹ et renvoient l'animation des ateliers pour les usagers débutants à des partenaires de médiation numérique, financés à travers le fonds d'action sanitaire et sociale. En 2022, 62 484 accompagnements numériques ont été réalisés, contre 29 754 en 2021⁴¹², ce qui a notamment permis la création de 5 000 comptes Ameli.

Ces actions doivent cependant être menées à plus grande échelle et être évaluées.

2 - Une offre numérique en progression constante, mais encore incomplète

L'offre de téléservices offerte par les caisses de sécurité sociale s'est élargie depuis 2019 dans toutes les branches. Les avancées ont principalement porté sur les demandes de prestations, les opérations courantes, la prise de rendez-vous en ligne et la création d'espaces consacrés à certaines catégories d'usagers. Les branches famille et maladie ont mis en place des robots conversationnels en ligne pour répondre à des questions d'ordre général. Ils ne permettent toutefois pas d'interagir immédiatement avec l'utilisateur si ce dernier n'est pas satisfait des réponses qui lui sont apportées.

La prise de rendez-vous *via* le site internet est désormais possible dans toutes les branches. La portée de cette avancée est néanmoins tributaire des créneaux de rendez-vous ouverts. Dans certaines caisses, selon les jours ou les heures de connexion, les usagers ne peuvent pas

⁴¹¹ Usagers qui ne sont pas atteints d'illectronisme, qui possèdent au moins un smartphone et qui ont la capacité de se relier à un wifi collectif.

⁴¹² 2 % des actions en faveur de l'inclusion concernent des transferts d'orientation vers un partenaire de la médiation numérique.

prendre de rendez-vous avec une personne physique⁴¹³. Dans les branches vieillesse et maladie, il faut disposer d'un espace personnel pour prendre, *via* internet, un rendez-vous dans une agence.

La branche maladie a développé depuis 2021 l'offre « mon espace santé », qui permet aux usagers, pour eux-mêmes et pour leurs enfants mineurs, de consulter leur dossier médical partagé et de communiquer avec les professionnels de santé par une messagerie sécurisée. Toutefois, les usagers de ce service restent encore en nombre limité, 26 % seulement ayant complété leur profil médical⁴¹⁴.

Des téléservices de demandes de prestations ont été créés pour les pensions de réversion par la branche vieillesse ou les pensions d'invalidité par la branche maladie. Au sein de la branche famille, un espace consacré aux personnes qui assistent une personne majeure faisant l'objet d'une protection juridique (tuteurs, curateurs, etc.) permet d'accomplir directement certaines démarches pour la personne protégée.

Malgré ces progrès, les téléservices nécessitent d'être complétés et améliorés : sauf exception, le suivi en ligne des dossiers ne permet pas à l'utilisateur de connaître précisément l'état d'avancement de l'instruction de son dossier, ce qui suscite des flux de contacts inutiles.

L'homogénéisation et l'amélioration des sites internet doivent être poursuivies. Dans la branche famille, les motifs pour prendre rendez-vous en ligne ne sont pas homogènes d'une caisse locale à l'autre et sont parfois incomplets. Si l'allocataire n'a pas pu se rendre à son rendez-vous, il n'existe pas d'alerte automatique ou de file d'attente qui faciliterait la réattribution d'un nouveau rendez-vous. Dans la branche vieillesse, le téléservice relatif à la régularisation des carrières, s'il permet aux assurés de moins de 55 ans de compléter d'éventuels éléments manquants de leur carrière, ne permet pas de corriger directement des anomalies relatives à leur carrière. Enfin, le dépôt de justificatifs en ligne n'est possible dans la branche maladie que si le téléservice le prévoit, comme pour une demande de carte vitale⁴¹⁵.

⁴¹³ À titre d'exemple, dans la Carsat d'Île-de-France, l'utilisateur doit sélectionner chacune des agences du département pour connaître les créneaux disponibles. Si aucun n'est ouvert, aucune information ne précise les futures dates de disponibilité.

⁴¹⁴ Ralfss 2024, *Mon espace santé : des conditions de réussite encore à réunir*, chapitre X.

⁴¹⁵ En revanche, la transmission photographique d'une feuille de soins ou d'un certificat médical n'est pas possible sur le site internet. Elle l'était sur l'application mobile mais a été arrêtée.

Enfin, toutes les demandes de prestations ne sont pas accessibles par téléprocédure : c'est notamment le cas de l'allocation de solidarité aux personnes âgées⁴¹⁶ ou du complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant pour les familles faisant appel à une crèche ou à une micro-crèche.

Sur les applications mobiles, les offres de service des branches sont moins nombreuses que sur les sites internet⁴¹⁷. Elles devront être enrichies et, autant que possible, alignées, une partie des usagers disposant d'un téléphone mobile mais pas d'un ordinateur.

3 - Une évaluation contrastée des téléprocédures par les usagers

Selon les données de l'observatoire de la qualité du numérique d'avril 2023⁴¹⁸, une vingtaine de téléservices délivrés par les trois branches ont été évalués directement par les usagers. Cette évaluation comporte des biais et des limites⁴¹⁹ mais elle permet de connaître les difficultés et les attentes des utilisateurs. Elle confirme la nécessité pour les branches de poursuivre et d'intensifier leurs efforts sur la disponibilité de leurs téléservices afin de les rendre accessibles au plus grand nombre.

Les notes de satisfaction sont contrastées selon les branches et les téléprocédures⁴²⁰. 36 % seulement des téléservices de la branche famille sont jugés disponibles par les usagers. La situation est plus favorable pour les branches vieillesse et maladie, avec des taux de disponibilité respectivement de 67 % et de 100 %. Les données d'octobre 2023 traduisent néanmoins des améliorations dans la disponibilité des services pour les téléprocédures précédemment évaluées.

Beaucoup de téléprocédures ne sont pas accessibles - ou pas suffisamment, selon les branches - aux personnes handicapées. La branche

⁴¹⁶ Pour demander cette prestation, sauf quand il y a un accueil tout venant, l'assuré doit récupérer le formulaire sur internet et l'envoyer par courrier ou par courriel à partir de son espace personnel en ligne.

⁴¹⁷ Dans la branche maladie, sur près de 88 démarches recensées par la Cnam, 17 ne sont pas disponibles *via* le site internet, 38 pour l'application mobile.

⁴¹⁸ Produit par la direction interministérielle du numérique, *Tableau de suivi - Vos démarches essentielles* (numerique.gouv.fr).

⁴¹⁹ Elle est faite par les usagers interrogés, sans vérification de leur utilisation effective du service évalué.

⁴²⁰ Les téléservices rattachés à la branche vieillesse présentent tous une note de satisfaction des usagers inférieure à 7 sur 10, ceux de la branche maladie une note supérieure à 8. Pour la branche famille, la moitié a une note supérieure à 8, un quart comprise entre 7 et 8 et un quart inférieure à 7.

maladie, qui accusait un retard sur ce point par rapport aux autres branches en avril 2023, a progressé en fin d'année. Le plan stratégique des systèmes d'information du service public de la sécurité sociale 2023-2027 prévoit plusieurs actions transversales tendant à améliorer l'accessibilité des services proposés aux usagers, en particulier ceux en situation de handicap, qui devront être consolidées.

B - Une évolution contrastée des contacts traditionnels entre les usagers et les caisses et une montée en puissance des espaces France services

De 2014 à 2018, l'usage des comptes personnels et des téléservices a entraîné une baisse du nombre de visites dans les accueils et du nombre d'appels téléphoniques dans les trois branches. La crise sanitaire a instauré de nouvelles habitudes chez les usagers, qui, sauf exception, utilisent désormais plus fréquemment le téléphone que les autres modes de contacts traditionnels.

1 - Un accueil téléphonique à améliorer dans un contexte d'augmentation du nombre d'appels

Entre 2019 et 2022, les flux d'appels téléphoniques traités ont augmenté de 50 % dans la branche famille et de 22 % dans la branche maladie⁴²¹, contre 5,6 % dans la branche vieillesse. À l'inverse, la hausse des courriels reçus est plus marquée dans la branche vieillesse (+ 44 %) que dans les branches famille et maladie (+ 6 à 7 %).

Pour faire face à la hausse des flux et améliorer les taux d'appels aboutis, les branches famille et maladie ont augmenté les effectifs affectés à la réponse téléphonique entre 2018 et 2022. La proportion de salariés en contrat à durée déterminée y est toutefois importante (en 2022, 28 % pour la branche famille et 16 % pour la branche maladie⁴²²), alors que ces métiers nécessitent une expertise de plus en plus poussée.

Les temps d'attente au téléphone restent par ailleurs beaucoup trop longs et variables selon les plateformes.

⁴²¹ Les appels reçus connaissent une hausse de 72 % dans la branche maladie entre 2020 et 2022.

⁴²² Contre respectivement 31% pour la branche famille et 11 % pour la branche maladie en 2021.

De très longs temps d'attente au téléphone

Dans la branche maladie, le temps d'attente moyen a été multiplié par près de 4 entre 2018 et 2022, passant de 2,5 à 9,5 minutes. Il était encore de près de 6 minutes à fin décembre 2023, avec de fortes disparités entre les plateformes⁴²³ : 4 minutes en Saône-et-Loire et 9 minutes dans les Hauts-de-Seine. À fin août 2023, l'attente des usagers atteignait 14 minutes dans les Bouches-du-Rhône.

Dans la branche famille, le temps d'attente moyen était de près de 8 minutes en 2022, allant de 3 minutes et demi à plus de 12 minutes selon les plateformes.

Dans la branche vieillesse, le temps d'attente moyen était de 5,2 minutes en 2023.

Une performance accrue des plateformes suppose que les branches poursuivent les actions engagées visant la correcte adéquation entre le nombre d'appels et l'effectif alloué, la diminution du recours à des agents sous contrat durée déterminée et la stabilisation des équipes de téléconseillers.

Un autre axe d'amélioration concerne la qualité des réponses, trop souvent erronées (cf. *supra*). Il conviendrait de renforcer l'expertise des agents chargés des réponses de premier niveau. Un transfert immédiat des appels non-résolus et urgents vers le second niveau pourrait être expérimenté, à la condition d'avoir préalablement bien défini le périmètre concerné. L'utilisation de l'intelligence artificielle générative pourrait être envisagée pour faciliter la réponse des agents aux questions complexes, faisant fréquemment l'objet de réponses erronées. Enfin, dans chaque branche, les équipes expertes devraient davantage prendre l'initiative de contacter les usagers, notamment avant toute demande de pièces justificatives, afin de réduire le nombre d'appels et de courriels de la part des usagers.

2 - Moins d'accueils physiques pour les démarches inopinées, une priorité donnée aux rendez-vous

Ces dernières années, la politique d'accueil des branches a changé, avec une priorité donnée aux rendez-vous téléphoniques ou physiques⁴²⁴.

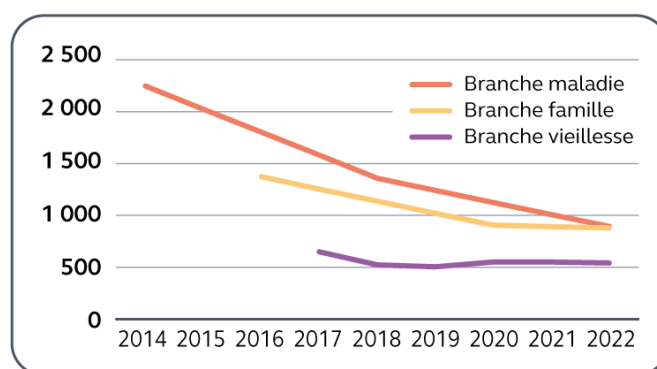
⁴²³ En 2022, l'écart entre le temps d'attente le plus élevé et le moins élevé est de 1 à 3. Seule une plateforme répond en moins de 4 minutes.

⁴²⁴ Depuis 2020, la Cnam demande aux caisses primaires de déployer massivement l'offre de rendez-vous et les appels préparatoires. Auparavant, l'objectif était de développer des postes Ameli en libre-service.

Cela a eu des répercussions sur les conditions d'accueil et sur le nombre de visites des usagers.

Le nombre de points d'accueil physique a baissé de plus de 60 % depuis 2014 dans la branche maladie, depuis 2016 dans la branche famille. Le nombre de visites des usagers, avec ou sans rendez-vous, a parallèlement baissé, entre 2019 et 2023, de 47 % pour la branche maladie et de 40 % pour la branche famille.

Graphique n° 38 : évolution du nombre d'implantations physiques des branches du régime général



Source : Cour des comptes à partir des données fournies par les caisses

Pour la branche vieillesse, malgré un nombre de points d'accueil resté stable, le nombre de visites a baissé de 37 %.

L'accueil tout venant tend à se réduire dans toutes les branches et à se limiter aux cas d'urgence et aux aides aux démarches en ligne, parfois à une information de premier niveau. Dans la branche vieillesse, certaines Carsat l'ont maintenu alors que d'autres ne fonctionnent que sur rendez-vous. La Cnaf l'a limité mais a indiqué qu'elle allait engager une démarche tendant à réinstaurer un accueil physique dans les caisses locales.

Par ailleurs, la priorité a été donnée aux rendez-vous, ce qui présente plusieurs avantages : la réduction des flux au guichet, la possibilité de donner à l'utilisateur une réponse plus complète grâce à l'étude préalable de son dossier et, parfois, la possibilité d'éviter le rendez-vous lui-même via un appel téléphonique à l'assuré.

Cependant, le système de prise de rendez-vous des branches n'est pas fluide. Les usagers doivent contacter l'un des numéros nationaux ou bien se connecter sur leur compte personnel. Les créneaux disponibles ne sont pas toujours immédiats. Au sein des branches, les délais sont variables.

Pour les CPAM, il était de 3,8 jours en juin 2023, variant de un jour à Agen à près de dix à Rouen.

L'absence de données précises ne permet pas une analyse coût-avantage de la réduction de l'accueil physique non programmé au profit de l'accueil sur rendez-vous.

3 - Les espaces France Services, un partenaire apprécié des usagers mais aux conditions d'accueil hétérogènes

Les espaces France services, qui ont pris le relais des maisons de services au public, sont nés de la volonté des pouvoirs publics de faciliter l'accès des usagers aux démarches administratives et de favoriser l'inclusion numérique⁴²⁵. La transformation du dispositif a conduit à augmenter le nombre d'espaces afin que les usagers disposent d'un point d'accueil à moins de trente minutes de leur domicile. En 2023, neuf partenaires nationaux, dont les trois branches prestataires du régime général, participent à ce dispositif et le financent⁴²⁶.

Activités des espaces France services pour les caisses du régime général

De 2020 à septembre 2023, les espaces France services ont réalisé 4,1 millions d'accompagnements pour des démarches de sécurité sociale. 79 % ont été finalisés en un seul rendez-vous.

Les personnes âgées de plus de 55 ans représentent 60 % des usagers pour les questions relatives à la sécurité sociale (16 % de jeunes de 18 à 26 ans). Dans le domaine de la sécurité sociale, l'aide au départ à la retraite est le premier motif d'accompagnement des usagers.

Le compte rendu des activités des espaces France services n'est pas exhaustif, une partie d'entre eux ne renseignant pas toutes les réponses qu'ils apportent aux usagers de la sécurité sociale.

Les organisations, les moyens mobilisés et la fréquentation des espaces France services rencontrés par la Cour sont hétérogènes. La majorité des agents de ces espaces considère que le champ des informations de premier niveau qu'ils doivent délivrer est insuffisamment explicite. Sa

⁴²⁵ Circulaire n° 6094-SG du 1^{er} juillet 2019 et loi n° 2022-217 du 21 février 2022.

⁴²⁶ En 2023, la branche maladie contribue au budget à hauteur de 13,75 % (5 M€), la branche famille 11,75 % (4,3 M€), et la branche vieillesse 6,5 % (2,4 M€).

clarification permettrait de rendre plus homogène le contenu du service rendu et l'accompagnement aux démarches administratives.

Alors que les caisses voient les espaces France services comme un relais de leur présence dans les territoires⁴²⁷, les agents de ces espaces ne se sentent pas suffisamment soutenus par les caisses pour accomplir leur mission dans des conditions satisfaisantes⁴²⁸. Une partie d'entre eux souligne le manque de réactivité des caisses face à leurs questions et la difficulté à les joindre⁴²⁹. Une expérimentation pourrait être menée pour leur accorder des créneaux réservés.

III - Un saut qualitatif indispensable pour faciliter les démarches des usagers

La qualité des services rendus aux usagers doit devenir, au même titre que la gestion de la production, une priorité pour les branches. Outre une simplification de la réglementation des prestations, cela implique de porter plus d'attention aux usagers en adaptant les effectifs des caisses (A) et de renforcer les actions destinées à lutter contre le non-recours aux droits et aux services (B). La mise en place des outils visant à fiabiliser le paiement des prestations doit être achevée (C).

A - Porter davantage d'attention aux usagers

L'amélioration du service rendu aux usagers doit passer par une plus grande attention à leur égard. Pour cela, les caisses de sécurité sociale doivent adapter leur effectif à l'intensité de l'évolution des modes de contacts et développer des réponses coordonnées par branches. Le recours à la médiation a permis des progrès.

⁴²⁷ La Cnam a justifié la réduction du nombre de ses points de contact par l'extension de l'offre de service des EFS.

⁴²⁸ Pas de créneaux réservés pour les prises de rendez-vous ou les permanences, ni systématiquement d'interlocuteur téléphonique référent pour répondre à des questions urgentes.

⁴²⁹ Enquête nationale *relations back office* faite par l'Agence nationale de cohésion des territoires en 2022.

1 - Un effectif consacré à l'accueil à mieux répartir en fonction des besoins

Les coûts de la relation de service pour les caisses de sécurité sociale n'ont pas augmenté aussi fortement que le nombre de sollicitations des usagers.

Dans la branche famille, hors liquidation, la hausse des coûts a été de 6,6 %, entre 2019 et 2022, pour atteindre 199 M€. Pour la branche vieillesse, ils sont restés stables. La Cnam a transmis des données lacunaires qui montrent une augmentation de 3 % entre 2019 et 2022 pour atteindre 626 M€.

L'évolution de la dépense est corrélée à celle de l'effectif consacré à l'accueil physique et à l'accueil téléphonique. L'augmentation est de 6,1 % dans les Caf, de 1,6 % dans les Cnam, et la baisse de 6,4 % dans les Carsat, ce qui est cohérent avec l'évolution de l'effectif total de chacune des caisses, tel que défini par les conventions d'objectifs et de gestion.

En lien avec les stratégies des branches et avec l'évolution de la demande des usagers, l'effectif consacré à l'accueil téléphonique a augmenté et celui consacré à l'accueil physique a diminué, sauf pour les rendez-vous. Dans la branche famille, l'effectif consacré aux rendez-vous physiques a, par exemple, augmenté de 430 équivalents temps plein (ETP), entre 2019 et 2023.

Tableau n° 35 : évolution des ETP selon les modes de contacts entre 2019 et 2023 (2022 pour la branche vieillesse)

	Maladie	Famille	Vieillesse
Effectif en 2019	8 185	3 655	1 057
Effectif en 2023	8 323	3 881	990
<i>dont téléphone</i>	+ 1 125	+ 283	+ 61
<i>dont accueil physique</i>	- 940	- 57	- 128
Évolution 2019-2023	1,6 %	6,1 %	- 6,4 %

Source : élaboration Cour des comptes

La répartition des agents des caisses de sécurité sociale s'est adaptée à l'évolution des modes de contacts. Mais leur nombre ne permet pas de répondre avec une même qualité de service à l'augmentation des demandes de contacts, qui est de 15 % en moyenne. Au vu de la dégradation des indicateurs, détaillée plus haut, les caisses doivent veiller à mieux calibrer le nombre de salariés consacrés à l'offre de services, dans le cadre de l'effectif défini dans leur convention d'objectifs et de gestion. À cet égard,

la Cnaf s'est vu attribuer 641 équivalents temps plein supplémentaires, à déployer d'ici 2027, pour rétablir un niveau de qualité de service satisfaisant et homogène sur l'ensemble du territoire.

2 - Développer des réponses coordonnées entre les branches

Dès les précédentes conventions d'objectifs et de gestion, les branches ont pris des mesures pour faciliter l'accès des usagers à leurs droits et les accompagner dans leurs démarches lors de moments de vie réputés difficiles ou complexes. Pour la branche maladie, de tels accompagnements ont été mis en place pour la perte d'un proche, pour les personnes écrouées ou sans abri, etc. Ils ont vocation à éviter un traitement en silos des dossiers d'usagers et doivent se traduire par la délivrance d'une information personnalisée et plus complète.

En 2021, la branche famille a généralisé un parcours « séparation », destiné à informer les usagers en cas de divorce ou de rupture du couple, y compris en cas de violences conjugales ou intrafamiliales. Le parcours informe sur les étapes et sur les démarches à suivre. Il aide les usagers à percevoir les prestations et les aides disponibles. Un premier bilan, en 2022, a montré que son déploiement était important mais partiel. Des caisses locales ont souhaité, notamment, une meilleure prise en compte des publics fragiles. Il est prévu que le parcours soit étendu à la branche maladie en 2024, avec des actions communes aux deux branches.

La Cnav privilégie, quant à elle, l'échange de données entre caisses pour proposer des accompagnements. À partir de listes de bénéficiaires du revenu de solidarité active et de l'allocation aux adultes handicapés, proches de l'âge légal de la retraite, transmises par les Caf, les Carsat contactent les personnes concernées afin de les accompagner dans le dépôt de leur dossier de retraite. La part des droits à pension ouverts après ces démarches est désormais connue et suivie au niveau national⁴³⁰.

Les nouvelles conventions d'objectifs et de gestion et le plan stratégique des systèmes d'information du service public de la sécurité sociale prévoient l'expérimentation et le déploiement de parcours

⁴³⁰ En 2024, la Cnav dispose de l'information relative à la substitution de la pension de retraite à l'allocation aux adultes handicapés, qui lui permet de suivre les dossiers d'assurés bénéficiaires.

nationaux interbranches⁴³¹. Ceux-ci devront être évalués et leur reconduction subordonnée aux résultats de cette évaluation.

3 - Continuer à promouvoir la médiation

Le médiateur est devenu, comme la défenseure des droits, une figure connue des usagers, qui peuvent le saisir directement. La place de la médiation est en constante augmentation durant la période sous revue.

La plupart des demandes concernent le montant des prestations et émanent de personnes en situation précaire. Dans la branche maladie, un des deux motifs principaux de saisine est le non versement de revenus de substitution depuis plus de deux mois. Pour la branche vieillesse, les deux principaux motifs portent sur les délais de traitement et sur le montant de la pension.

Le recours au médiateur entraîne, dans un certain nombre de cas, la correction de sommes versées. Pour la branche famille, son intervention a été, en 2022, à l'origine de 15,6 M€ de régularisations en faveur des allocataires et de la détection de 2 M€ d'indus.

B - Mieux lutter contre le non-recours aux droits, un enjeu de solidarité sociale et d'égalité de traitement des assurés

Le non-recours aux droits correspond à la situation où une personne éligible à une prestation sociale ne la perçoit pas. La loi a inscrit en 2019 la lutte contre le non-recours dans les missions des organismes nationaux de sécurité sociale du régime général⁴³².

⁴³¹ La COG 2023-2027 de la branche maladie stipule qu'un parcours coordonné en interbranche doit être réalisé par année. Le premier sera le parcours « séparation » précité.

⁴³² Articles L 221-1, L 222-1 et L 223-1 du code de la sécurité sociale. Les organismes sont aussi tenus de mener « toutes actions de nature à détecter les situations dans lesquelles des personnes sont susceptibles de bénéficier de droits ou de prestations et à accompagner ces personnes dans l'accès à leurs droits et aux services des prestations auxquelles elles peuvent prétendre », seuls ou en lien avec des partenaires (article L 261-1 du code de la sécurité sociale).

1 - Le non-recours aux droits : des causes identifiées, des évaluations à effectuer à un rythme régulier

L'accès aux droits sociaux constitue un axe essentiel de la politique de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. La lutte contre le non-recours aux droits concrétise le principe d'égalité de tous devant la loi.

D'après la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère chargé de la sécurité sociale, la principale cause du non-recours aux droits provient d'un manque d'informations (40 %). Les autres raisons sont la complexité des démarches à accomplir (23 %), la crainte des conséquences négatives (18 %) et le souhait de ne pas dépendre des aides sociales ou de ne pas être considéré comme une personne assistée (16 %). Entre 2016 et 2021, la proportion d'usagers estimant manquer d'information a reculé de 17 points et celle de ceux qui craignent de subir des conséquences négatives a beaucoup augmenté.

Une étude réalisée par la Cnav a montré qu'en 2017, un peu plus de 10 % des assurés des générations de 1927 à 1947, soit près d'un million de retraités, n'avaient pas réclamé leur pension de retraite de base du régime général, ce qui représentait près de 2 Md€ annuels de pensions non versées.

La Drees estime le taux de non recours à 34 % pour le revenu de solidarité active (RSA), 27 % pour la prime d'activité, 50 % pour l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) et 67 % pour la complémentaire santé solidaire sans participation financière⁴³³, soit 3 Md€ non versés pour le RSA et 1 Md€ pour l'Aspa.

Il conviendrait d'actualiser ces estimations et de les étendre à d'autres prestations importantes versées par les organismes de sécurité sociale telles que l'allocation aux adultes handicapés, les aides au logement ou la pension de réversion.

2 - Améliorer la détection des usagers n'ayant pas fait valoir leurs droits

Chaque branche mène des actions contre le non-recours aux droits, certaines en collaboration avec d'autres branches ou avec des partenaires. Les caisses nationales supervisent une partie mais laissent leur réseau libre d'en mener d'autres, en lien avec les besoins des territoires.

⁴³³ *Dossiers de la Drees* n° 97, n° 92 et 107.

Les actions directes ciblent spécifiquement le non-recours. Les actions indirectes consistent à mieux informer les usagers sur leurs droits et à simplifier leurs démarches. Par exemple, la Cnam de Haute-Garonne a mis en place un service destiné à faciliter les démarches administratives pour les malades atteints du cancer et/ou leurs aidants afin qu'ils puissent se concentrer sur leurs soins. Les effets de ces actions ne sont pas tous mesurés ni suivis.

**Les campagnes nationales d'accès aux droits :
un suivi à renforcer, des résultats à améliorer**

Les résultats des campagnes nationales d'accès aux droits ne sont pas toujours évalués ou connus et, quand ils le sont, présentent des résultats faibles.

Dans la branche maladie, le nombre de droits ouverts à l'issue de campagnes visant le droit à la complémentaire santé solidaire ou ciblant des publics particuliers comme les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés, les retraités et les chômeurs, n'est ni connu ni disponible.

Dans la branche vieillesse, une campagne a été lancée en 2023 à l'attention des assurés pensionnés de la SNCF de plus de 70 ans ayant cotisé plusieurs trimestres au régime général mais n'ayant pas fait valoir leurs droits ; sur les 12 224 assurés contactés, 22 % ont déposé un dossier de retraite personnel, ce qui a conduit à servir près de 2 600 pensions.

Le taux d'ouverture de droits à la prime d'activité, enregistré à l'issue des campagnes d'accès aux droits, est inférieur à 10 % dans la branche famille. La Cnaf a entamé une démarche tendant à mieux cibler les bénéficiaires potentiels, à travers, notamment, l'utilisation des données du dispositif de ressources mensuelles. La mise en œuvre de cette action était subordonnée à une évolution des textes, intervenue récemment⁴³⁴.

La Cnaf organise des « rendez-vous des droits », entretiens personnalisés destinés à étudier l'éligibilité des usagers aux prestations et aides de la branche mais aussi à les informer sur d'autres dispositifs gérés par des partenaires⁴³⁵.

⁴³⁴ Décret n° 2024-50 du 29 janvier 2024 modifiant le décret n° 2019-969 du 18 septembre 2019.

⁴³⁵ En 2022, la branche famille a organisé 329 410 rendez-vous, dont un quart a été suivi d'une ouverture de droits.

Les Cnam ont mis en œuvre des « missions d'accompagnement santé » afin d'aider les personnes qui le souhaitent à accéder à leurs droits ainsi qu'à des soins et à s'orienter dans le parcours de santé⁴³⁶.

Le ciblage des campagnes d'accès aux droits pourrait être amélioré en évaluant préalablement les démarches déjà mises en œuvre, en particulier celles menées en partenariat avec d'autres organismes.

C - Achever la fiabilisation des outils de versement des prestations

Les grands projets à vocation inter-branches portant sur la fiabilisation des données sociales devraient avoir un effet majeur sur la qualité de service pour l'ensemble des assurés, une fois qu'ils seront complètement opérationnels.

1 - Rendre effectif le principe du « dites-le nous une fois »

Afin de réduire les démarches multiples des usagers, il convient de renforcer les échanges de données informatisées entre les administrations et les organismes de protection sociale. C'était l'objet des dispositions de la loi pour un État au service d'une société de confiance⁴³⁷ en 2018 puis de la loi relative à la différenciation, la décentralisation et la déconcentration (dite 3 DS) en 2022⁴³⁸ pour mettre en œuvre le principe du « dites-le nous une fois » et réduire les démarches multiples.

Malgré les objectifs fixés par le législateur, des questions restent à trancher sur les éléments à prendre en compte pour chaque demande de prestation, sur les données nécessaires à la liquidation, et sur l'harmonisation des coordonnées relatives aux usagers. Le nouveau schéma stratégique des systèmes d'information 2023-2027 entend y apporter une réponse. Une annexe *ad hoc* est prévue dans chacune des conventions d'objectifs et de gestion récemment conclues avec les branches. Il importe donc que ces travaux engagés s'accélèrent, plusieurs années après l'adoption des textes législatifs.

⁴³⁶ En 2022, 202 817 personnes ont été accompagnées dont 51 % pour des droits et 49 % pour des soins, contre 84 343 personnes en 2019.

⁴³⁷ Loi n° 2018-727 du 10 août 2018 et décret n° 2019-31 du 18 janvier 2019.

⁴³⁸ Article 162 de la loi n° 2022-217 du 21 février 2022.

2 - Accélérer le déploiement des outils de fiabilisation des prestations

Le dispositif de ressources mensuelles (DRM)⁴³⁹ est un outil central pour la modernisation de la délivrance des prestations sociales versées sous condition de ressources. Il vise à faciliter l'accès aux prestations en allégeant les déclarations de revenus des allocataires, à rendre plus efficient le calcul des droits, à lutter contre le non-recours, ou encore à simplifier la gestion pour les organismes de sécurité sociale.

Cependant, le calcul des prestations reste complexe car certaines données du DRM ne sont pas complètes⁴⁴⁰ et d'autres types de ressources doivent encore être déclarées par les assurés, ce qui peut être source de dysfonctionnements.

La Cour a déjà analysé⁴⁴¹ les possibilités offertes par ce dispositif, après la réforme des allocations logement. Il était prévu d'étendre son utilisation au revenu de solidarité active et à la prime d'activité, ce qui a été expérimenté par cinq Caf en 2022. Après avoir été plusieurs fois repoussé, le déploiement à l'ensemble du réseau est prévu en 2024.

La direction de la sécurité sociale prévoit d'étendre le dispositif en 2025 à l'allocation supplémentaire d'invalidité et aux pensions d'invalidité. Une procédure unifiée de demande de prestations devrait être créée pour les caisses d'allocation familiale en 2025 ou en 2026. Le dispositif de ressources mensuelles pourrait être aussi utilisé pour le calcul des prestations familiales et de l'allocation aux adultes handicapés, sans dates fixées à ce jour.

La branche vieillesse développe un répertoire de gestion des carrières unique afin de regrouper en un seul système d'information les données de carrière des assurés. L'objectif est de contribuer à améliorer la liquidation des pensions de retraite. Les travaux de certification de la Cour des comptes ont montré qu'il existe toujours des problèmes de synchronisation entre les différents systèmes d'information actuels⁴⁴².

⁴³⁹ Créé à l'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.

⁴⁴⁰ Déclarations absentes, tardives, incomplètes ou présentant des erreurs sur les montants.

⁴⁴¹ Cour des comptes, Ralfss chapitre IX, *Les prestations sociales versées en fonction des ressources de leurs bénéficiaires : simplifier pour mieux gérer*, 2022.

⁴⁴² Cour des comptes, *Certification des comptes du régime général de sécurité sociale 2022*, mai 2023.

3 - Simplifier et enrichir le portail des droits sociaux

La direction de la sécurité sociale a fait le constat des difficultés des usagers face à la multiplication de comptes individuels cloisonnés au sein de la sphère sociale (ameli.fr, CAF.fr, assuranceretraite.fr, etc.). Elle a mis en place en 2017 le portail numérique des droits sociaux, accessible via l'adresse « mesdroitssociaux.gouv.fr », qui regroupe, dans un seul et même portail, l'ensemble des informations concernant la protection sociale pour les différentes branches de la sécurité sociale et pour Pôle emploi.

Il est désormais possible à un usager de vérifier directement dans ce portail l'exactitude des données relatives aux ressources, collectées par les organismes de protection sociale, de simuler ses droits aux prestations et d'être orienté vers le bon interlocuteur en cas d'éligibilité.

Cependant, la présentation, les services offerts et les modalités d'utilisation du portail en limitent fortement les apports et ne sont pas adaptés aux personnes ayant des difficultés avec l'informatique. Le portail donne accès aux sites des différentes branches, qui ne sont toujours pas interconnectés, sans les intégrer.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les stratégies mises en œuvre par les branches pour la relation de service n'ont pas abouti aux résultats escomptés, comme le montrent la dégradation des indicateurs de satisfaction et la hausse des réclamations. Les offres de services numériques, en progression constante, restent à compléter pour en faciliter l'usage pour tous les publics, notamment ceux en situation de handicap.

Améliorer la qualité des réponses aux usagers suppose de mieux maîtriser les délais et de disposer d'une expertise suffisante. Pour cela, les caisses doivent se doter d'outils plus adaptés et affecter des salariés en nombre suffisant à la prise en charge des usagers, dans le cadre défini par les conventions d'objectifs et de gestion signées avec l'État.

Des outils informatiques permettant la fiabilisation des liquidations et du paiement des prestations sont en cours de déploiement. Leur utilisation a vocation à être étendue. Le recours croissant au dispositif de ressources mensuelles, notamment, doit permettre de lutter contre le non-recours au droit et aux services. Les conventions d'objectifs et de gestion pour 2023-2027 prennent déjà en compte ces priorités. Les nombreux chantiers en cours devront être menés à bien. Pour cela, la Cour formule les quatre recommandations de gestion suivantes :

- 31. contractualiser, dans la continuité de la convention d'objectifs et de gestion, un objectif quantifié d'amélioration de l'accompagnement au numérique des assurés sociaux (ministère du travail, de la santé et des solidarités, Cnam, Cnaf et Cnav) ;*
 - 32. améliorer le ciblage des actions de lutte contre le non-recours aux prestations afin d'augmenter le nombre d'ouverture de droits (ministère du travail, de la santé et des solidarités, Cnam, Cnaf et Cnav) ;*
 - 33. doter les branches de sécurité sociale d'indicateurs permettant d'analyser les causes de contacts répétés par un même assuré et d'en réduire la fréquence (Cnam, Cnaf et Cnav) ;*
 - 34. améliorer la performance des plateformes téléphoniques en les dotant des outils de suivi nécessaires et en amplifiant les redéploiements d'effectifs engagés (Cnam, Cnaf et Cnav).*
-