



SERVICES CULTURE ÉDITIONS  
RESSOURCES POUR  
L'ÉDUCATION NATIONALE

Ce document a été numérisé par le **CRDP de Bordeaux** pour la  
Base Nationale des Sujets d'Examens de l'enseignement professionnel.

Campagne 2010

# CORRIGE

**Ces éléments de correction n'ont qu'une valeur indicative. Ils ne peuvent en aucun cas engager la responsabilité des autorités académiques, chaque jury est souverain.**

## Session 2010 BTS assistant de manager Cas Protélis : barème

1 <sup>re</sup> partie : Diagnostic et proposition de solutions												
<i>L'ordre d'exposition des critères ne conditionne pas l'ordre d'exposition des idées du candidat.</i>												
<i>La mobilisation des outils réalisés par le candidat est appréciée au regard de l'éclairage apporté au manager pour sa prise de décision</i>												
INTRODUCTION : présentation de la situation, problématique, annonce du plan	/1 pt											
<b>LE DIAGNOSTIC OPERATIONNEL</b>												
La prise en compte des éléments déterminants du contexte et des contraintes	/2 pts											
La justesse et la précision du diagnostic. Constats												
Sélection des données utiles à l'établissement du diagnostic et traduction en éléments parlants ( <i>pourcentages d'atteinte des objectifs, écarts entre résultats et objectifs pour les temps</i> ).	/4 pts											
Identification des besoins et des enjeux	/2 pts											
Explicitation des raisons principales du problème : sous forme littérale et / ou à l'aide d'outil(s) pertinent(s) d'analyse ( <i>manque de motivation, pas de personnel désigné, manque d'expertise, pas de procédure de traitement des réclamations</i> )	/4 pts											
Justifications chiffrées	/6 pts											
<b>LES SOLUTIONS</b>												
Cohérence des solutions par rapport au diagnostic antérieur	/2 pts											
Pertinence des solutions par rapport aux causes du problème (5 solutions pertinentes, suffisantes et opérationnelles) :	/5 pts											
<i>Suite systématique à toute demande (cf. charte qualité)</i> <i>Enregistrement systématique des demandes dans HIRESO,</i> <i>Développement des compétences : formation, constitution d'un corps de « gestionnaires experts »</i> <i>Plannings des permanences téléphoniques et des présences</i> <i>Protocoles de traitement types</i> <i>Priorité accordée aux courriels</i> <i>Fixation d'objectifs individuels</i> <i>Solutions logicielles (ex. work flow)</i> <i>Autre solution pertinente (crédible, réaliste).</i>	/5 pts											
Justification de chaque solution proposée												
<b>FORME DE L'ENSEMBLE DU DOCUMENT (rapport – note) :</b>												
• Orthographe, expression	/2 pts											
• Structure, mentions, présentation, PJ	/2 pts											
• Qualité de l'argumentation	/4 pts											
<b>CONCLUSION DU RAPPORT</b>	/1 pts											
<b>TOTAL 1<sup>re</sup> partie</b>	<b>/40 pts</b>											
<b>2<sup>ème</sup> partie : Mise en œuvre des solutions</b>												
<b>LE TABLEAU DE BORD (mesure de la performance collective ou individuelle)</b>	<b>Sous total /20 pts</b>											
Respect des contraintes : <i>année 2009, pôle Santé seulement</i>	/1 pt											
Pertinence et justification du choix des indicateurs (6 <i>indicateurs pertinents au moins</i> )	/6 pts											
Précision de l'intitulé des indicateurs	/2 pts											
Indication des résultats, des objectifs et du niveau d'atteinte (3 <i>colonnes</i> )	/6 pts											
Exactitude des informations inscrites dans le tableau de bord	/5 pts											
<b>LE QUESTIONNAIRE</b>	<b>Sous total /20 pts</b>											

Respect des objectifs et contraintes : <i>mesurer la satisfaction, pôle Santé</i>	/1 pt																		
Enoncé des objectifs dans l'introduction ( <i>mesurer la satisfaction, améliorer la qualité</i> )	/2 pts																		
Enoncé des modalités de retour et des modes d'administration possibles ( <i>où, quand, comment ?</i> )	/3 pts																		
Pertinence des questions au regard de la <b>charte Qualité</b> et des <b>réclamations</b> des assurés ( <i>Vérifier que la proposition du candidat apporte bien une valeur ajoutée par rapport à l'existant</i> )	/8 pts																		
Pertinence des cases à cocher et échelle d'évaluation	/2 pt																		
Pertinence des questions ouvertes ( <i>suggestions et autres</i> )	/2 pt																		
Remerciements	/1 pt																		
Clarté de la présentation	/1 pt																		
<b>TOTAL 2<sup>ème</sup> partie</b>	<b>/40 pts</b>																		
<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>	<b>/80 pts</b>																		

Base Nationale des Sujets d'Examens Enseignement Supérieur réseau SCEREN

**Remarque à l'attention des correcteurs : la I<sup>o</sup> partie doit être cohérente avec les éléments déterminants du contexte décrit dans cet encadré, qui n'est pas attendu des candidats.**

En externe :

Une forte concurrence,

Les réformes de la Sécurité Sociale,

Les engagements pris vis-à-vis des assurés au travers d'une charte qualité.

En interne :

Les assurances à la personne représentent plus de la moitié de l'activité du groupe,

La société ne peut se permettre aucune embauche,

L'absentéisme du personnel est important, en particulier au pôle santé.

Moment précis dans la vie de l'organisation : prise de conscience d'un problème de non-qualité, lancement du projet qualité avec l'embauche de Marie KALASA.

**et la délimitation de la mission :**

Celle-ci porte sur le traitement des dossiers assurés et des réclamations pour le pôle « santé » au sein duquel les dysfonctionnements sont les importants.

## **1re partie : DIAGNOSTIC OPERATIONNEL et PROPOSITION DE SOLUTIONS**

**Introduction du rapport** : Présentation de la situation, problématique, annonce du plan

### **I/ DIAGNOSTIC**

#### **A/ Traitement des demandes et des réclamations au pôle santé :**

En moyenne, en un jour, les demandes de traitement s'élèvent à 908 dont 45,15 % pour le courrier, 30,84 % pour le courriel et 24,01 % pour le téléphone.

##### **1° Les appels téléphoniques**

Le taux de traitement effectif des appels est très différent selon les pôles :

- 51,64 % pour le pôle commercial,
- 34,40 % pour le pôle santé,
- 66,22 % pour le pôle prévoyance

Soit 50.80 % en moyenne pour l'ensemble des trois pôles.

Cette comparaison permet de constater que le pôle santé est le secteur qui traite le moins d'appels téléphoniques. L'objectif de traiter 98 % des appels est loin d'être atteint.

Le personnel ne se sent pas suffisamment concerné par l'importance du traitement des appels téléphoniques, d'autant que personne n'est clairement affecté à cette tâche et qu'il n'y a pas de procédure de traitement des appels téléphoniques.

Le temps moyen consacré à une communication est presque conforme à l'objectif de 3 minutes dans le pôle prévoyance mais est dépassé de 1 min 44 pour le pôle commercial et de 2 min 25 pour le pôle santé. Cela peut être dû à un manque de professionnalisme des gestionnaires mais aussi à l'expression du mécontentement des clients qui prend du temps.

## 2° Les demandes écrites

Le courrier représente encore la plus grosse part des demandes formulées au pôle santé (45,15 % des demandes globales et 59,42 des demandes écrites).

L'objectif de diminuer les courriers qui provoquent des pertes de temps à 25 % des demandes n'a pas été atteint.

L'objectif de traiter toutes les réclamations dans un délai de 15 jours est loin d'être atteint : il est dépassé de 6 jours.

En général, les problèmes viennent de ce que :

- Les gestionnaires traitent seulement 8,92 % des courriels, ce qui peut décourager les assurés d'utiliser ce canal, alors que 98 % des courriers sont actuellement traités,
- La traçabilité des demandes n'est pas bien assurée dans le logiciel HIRESO,
- Une suite n'est pas toujours donnée au client ce qui augmente le nombre de contacts et accroît le mécontentement (et donc le temps passé en réponses),
- Il n'y a pas de procédure de traitement de réclamations,
- L'expertise des personnels qui tentent d'apporter une réponse n'est pas toujours suffisante.

### B/ Les délais de traitement des dossiers « santé » :

Le délai de traitement d'un dossier est trois fois plus long que prévu dans l'objectif.

Les délais de réponse aux demandes de prise en charge excèdent de trois à quatre jours les objectifs fixés dans la charte qualité.

En effet :

- aucun objectif individuel n'est fixé en nombre de dossiers à traiter,
- toutes les demandes, simples ou complexes, font l'objet de la même procédure : cela provoque des interruptions de travail pour aller consulter les personnes plus expertes.

### Conclusion

Aspect essentiel du diagnostic en 2, 3 lignes ; insuffisances et retard de traitement des demandes, risque de départs des clients, dans un contexte très concurrentiel.

Les engagements pris vis-à-vis des assurés au travers de la charte qualité constituent une priorité.

## II/ PROPOSITIONS DE SOLUTIONS

### A/ Traitement des demandes et des réclamations au pôle santé :

Pour l'ensemble des demandes, quel que soit le canal (téléphone, courriel, courrier) :

#### Afin de garder une trace de tous les contacts avec chaque assuré :

- Enregistrer systématiquement un résumé de la demande dans le logiciel HIRESO : demander au département informatique de prévoir la possibilité d'intégrer également les courriels dans l'historique de chaque dossier ;
- Enregistrer systématiquement les réclamations dans la zone prévue dans HIRESO.

#### Afin de répondre au mieux à chaque demande :

- Constituer un corps de « gestionnaires experts » du pôle santé vers lesquels pourront être acheminées les demandes les plus délicates à traiter (essentiellement optique, hospitalisation, soins dentaires) ;
- Donner suite aux demandes problématiques ou aux réclamations en rappelant l'assuré (c'est le gestionnaire qui traite le dossier qui rappelle, qu'il soit expert ou non).

### **Afin de diminuer le nombre de réclamations :**

- Rappeler régulièrement aux assurés qu'ils peuvent trouver le détail de leurs remboursements sur notre site Internet (lors des contacts téléphoniques ou par écrit, sur le décompte des remboursements envoyé à l'assuré, ou encore sur la page d'accueil de notre site).

### **Pour les appels téléphoniques, en particulier :**

#### **Afin de traiter 98 % des appels :**

- Elaborer un planning de rotation : désigner les gestionnaires qui vont prendre les appels à chaque moment. Pour cela, il sera nécessaire de comptabiliser le nombre d'appels reçus en moyenne par heure pour savoir combien de salariés devront être affectés à cette tâche. Ce planning doit prévoir une permanence lors du repas de midi ;
- Former le personnel à l'importance de l'accueil téléphonique pour la qualité de la relation client : prévoir un stage dans le futur plan de formation.

#### **Afin de ne pas dépasser trois minutes par communication :**

- Etablir des protocoles de traitement types, pour les demandes simples, consultables sur écran, de manière à réduire le temps consacré à chaque communication.

### **Pour les demandes écrites :**

#### **Afin de traiter tous les courriels et encourager les assurés à utiliser ce mode de communication**

- Traiter en priorité les demandes reçues par courriel.

### **B/ Les délais de traitement des dossiers « santé » :**

#### **Afin de diminuer le nombre de réclamations :**

- Dans le cas des demandes complexes, anticiper les réclamations en appelant régulièrement le client pour le tenir informé de l'avancée du traitement de son dossier.

#### **Afin de diminuer le temps de traitement des dossiers :**

- Etablir des procédures pour le traitement des demandes de prise en charge « hospitalisation » et de calcul de frais dentaires et optiques ;
- Fixer à chacun un objectif de dossiers minimum à traiter par semaine et envisager une incitation financière (individuelle et/ou d'équipe) ;
- Sensibiliser le personnel aux gains de productivité en lui communiquant le coût de traitement d'un dossier selon le temps passé.

#### **Afin de diminuer le délai de remboursement :**

- Constituer une équipe d'experts avec des gestionnaires particulièrement compétents (notamment en hospitalisation, dentaire et optique) et dégager le traitement des dossiers complexes vers les experts ;
- Etablir un planning des présences des conseillers et leur demander de fixer leurs RTT et congés à l'avance.

## C/ Incitation et suivi des propositions :

L'importance des efforts demandés doit être accompagnée de mesures incitatives (mobilisation sur les enjeux, valorisation des résultats,....).

L'efficacité des solutions proposées sur l'évolution du traitement des demandes et l'atteinte des objectifs fixés sont suivis et évalués à l'aide d'un tableau de bord.

### CONCLUSION du rapport

## Annexe au rapport

### Éléments de calcul pour le diagnostic

#### Traitement des demandes et des réclamations au pôle santé :

total par jour :	908,00	(téléphone 218, courriels 280, courriers 410)
courrier	45,15	soit 410 courriers sur 908 demandes
courriel	30,84	soit 280 courriels sur 908 demandes
téléphone	24,01	soit 218 appels sur 908 demandes

#### Traitement des appels téléphoniques :

Pôle commercial :	51,64	63 appels traités sur 122 reçus
pôle santé	34,40	75 appels traités sur 218 reçus
pôle prévoyance	66,22	149 appels traités sur 225 reçus
en moyenne	50,80	63+75+149 (soit 287) sur 122+218+225 (soit 565)

#### demandes écrites :

part du courrier :		
par rapport au total	45,15	410 courriers sur 908 demandes
par rapport aux demandes écrites	59,42	410 courriers sur 280+410 demandes écrites
traitement des courriels	8,93	25 courriels traités sur 280 reçus
traitement des courriers	98,05	402 courriers traités sur 410 reçus



2<sup>ème</sup> partie : SUIVI DES SOLUTIONS

**Eléments de corrigé pour le tableau de bord**

Justification des indicateurs retenus par le candidat exigée par l'énoncé.

*1<sup>re</sup> possibilité*

Indicateurs	2009		
	Résultats	Objectifs	% atteinte/ écart
<b>TRAITEMENT DES DOSSIERS</b>			
Délai moyen de remboursement d'un dossier	21 jours	8 jours	☹ ☹
Durée moyenne de traitement d'un dossier	45 minutes	30 minutes	☹
Délai moyen de réponse aux demandes d'hospitalisation	5 jours	2 jours	☹
Délai moyen de réponse aux calculs "dentaire"/"optique"	12 jours	8 jours	☹
<b>TRAITEMENT DES APPELS TELEPHONIQUES</b>			
Proportion d'appels téléphoniques reçus pris en charge	34,40%	98,00%	33,71%
Durée moyenne d'une communication téléphonique	5 min 25	3 min	+ 2 min 25
<b>TRAITEMENT DES DEMANDES ECRITES</b>			
Proportion de demandes reçues par courrier	45,15%	25,00%	☹
Proportion de courriers traités	98,00%	100,00%	☺
Proportion de courriels traités	8,93%	100,00%	☹ ☹
<b>TRAITEMENT DES RECLAMATIONS</b>			
Proportion de réclamations traitées	33,00%	100,00%	33,00%
Délai moyen de traitement des réclamations	21 jours	15 jours	☹

Base Nationale des Sujets d'Examens Enseignement Supérieur réseau SCEREN

2<sup>e</sup> possibilité

Indicateurs	2009		
	Résultats	Objectifs	% atteinte/ écart
<b>TRAITEMENT DES DOSSIERS</b>			
Délai moyen de remboursement d'un dossier	21 jours	8 jours	<b>+ 12 j</b>
Durée moyenne de traitement d'un dossier	45 minutes	30 minutes	<b>+ 15 min</b>
Délai moyen de réponse aux demandes d'hospitalisation	5 jours	2 jours	<b>+ 3 j</b>
Délai moyen de réponse aux calculs "dentaire"/"optique"	12 jours	8 jours	<b>+ 4 j</b>
<b>TRAITEMENT DES APPELS TELEPHONIQUES</b>			
Proportion d'appels téléphoniques reçus pris en charge	34,40%	98,00%	<b>33,71%</b>
Durée moyenne d'une communication téléphonique	5 min 25	3 min	<b>+ 2 min 25</b>
<b>TRAITEMENT DES DEMANDES ECRITES</b>			
Proportion de demandes reçues par courrier	45,15%	25,00%	<b>+ 25,15 %</b>
Proportion de courriers traités	98,00%	100,00%	<b>98 %</b>
Proportion de courriels traités	8,93%	100,00%	<b>8,93 %</b>
<b>TRAITEMENT DES RECLAMATIONS</b>			
Proportion de réclamations traitées	33,00%	100,00%	<b>33,00%</b>
Délai moyen de traitement des réclamations	21 jours	15 jours	<b>+ 6 j</b>

## Éléments de corrigé pour le questionnaire d'enquête

### Critères d'évaluation :

Questionnaire introduit et conclu

Prise en compte des engagements de la Charte qualité :

- Accueillir et faciliter l'accès aux services du groupe
- Garantir des services rapides et performants en matière de remboursement
- Apprécier la satisfaction des usagers au regard de la qualité des services proposés
- Évaluer la qualité du service de conseil rendu via la plateforme.

Forme.

### Exemple de questionnaire :

#### VOTRE AVIS SUR LE PÔLE SANTÉ PROTELIS

Introduction (à rédiger) :

#### - objectifs :

1. évaluer le degré de satisfaction des assurés sur **les services du PÔLE SANTÉ**
2. améliorer la qualité du service rendu

#### - modalités de retour :

- ***Si questionnaire papier, envoyé par courrier à chaque assuré :***
  1. Déposer le questionnaire rempli à l'accueil de la délégation régionale **ou**
  2. Le retourner par fax au n° XXX **ou**
  3. Le retourner par courrier à l'adresse suivante : XXXX
- ***Si disponible à l'accueil : le déposer rempli à l'accueil***
- ***Si Internet :***  
Annoncer sur la page d'accueil qu'il suffit de 2 minutes pour répondre

***Dans tous les cas :*** donner une date limite de retour du questionnaire.

#### **VOTRE OPINION GLOBALE SUR LE PÔLE SANTÉ**

Quelle note globale (note de 0 à 10\*) attribuez-vous aux services suivants :

1. les remboursements des frais de santé
2. les réponses à vos demandes de prise en charge « hospitalisation »
3. le calcul des remboursements dentaires et optiques

\*10 étant la meilleure note

#### **VOS RELATIONS AVEC PROTELIS**

4. Quand vous souhaitez joindre un gestionnaire Protélis, quel canal utilisez-vous le plus souvent (*une seule réponse*)?

Courrier       Mail       Téléphone       Relation de face à face

5. Pourquoi préférez-vous ce mode de communication ? (*plusieurs réponses possibles*)

- Je suis sûr d'avoir une trace écrite  
 C'est le canal qui fonctionne le plus rapidement

- J'ai une réponse immédiatement  
 Autre (*préciser*):

*Modes d'administration possibles : (éliminer le téléphone, trop long et trop coûteux)*

- *Par courrier à tous les assurés (car tous les assurés n'ont pas forcément accès à Internet)*
- *A l'accueil (permet de solliciter personnellement les assurés qui viennent à la délégation)*
- *Sur le site Internet (moyen le plus rapide et le plus économique).*

*Ces trois modes sont cumulables.*

**VOS APPRECIATIONS SUR LES SERVICES DU PÔLE SANTÉ**

. Quel est votre avis sur :	très satisfait	plutôt satisfait	plutôt insatisfait	très insatisfait	non concerné
6. la qualité de la relation téléphonique					
7. la clarté des réponses apportées à vos questions					
8. le délai de remboursement de vos dépenses de santé					
9. le détail des remboursements accessible sur Internet					
10. le délai de réponse à vos demandes de prise en charge hospitalisation					
11. le délai de réponse à vos questions en « dentaire » et « optique »					
12. le délai de traitement de vos réclamations					
13. le respect des engagements de notre charte Qualité.					

14. Si vous avez répondu « plutôt insatisfait » ou « très insatisfait », veuillez préciser votre jugement :

**VOS SUGGESTIONS :**

15. Quels sont, selon vous, les services à améliorer dans le Pôle Santé ?

**VOTRE PROFIL :**

16. Vous êtes :

- Un homme                       Une femme

17. Vous êtes :

Etudiant       Chômeur       Salarié       Retraité       Autre

18. Vous avez :

Moins de 20 ans                       Entre 20 et 29 ans                       Entre 30 et 39 ans  
 Entre 40 et 49 ans                       Entre 50 et 59 ans                       60 ans ou plus

**Remercier pour la participation. Annoncer le délai dans lequel les résultats seront communiqués sur le site Internet.**

Base Nationale des Sujets d'Examens Enseignement Supérieur réseau SCEREN