



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**

Ce fichier numérique ne peut être reproduit, représenté, adapté ou traduit sans autorisation.

**SESSION 2010**

**BREVET DE TECHNICIEN SUPERIEUR  
ASSISTANT DE MANAGER**

**E5 – DIAGNOSTIC OPÉRATIONNEL ET  
PROPOSITION DE SOLUTIONS**

**Durée : 4 heures  
Coefficient : 4**

**Calculatrice autorisée.  
Tout autre matériel et document de référence sont interdits.**

**Dès que le sujet est remis, assurez-vous qu'il soit complet.  
Le sujet comporte 13 pages, numérotées de 1 à 13.  
(sans compter la page de garde)**

**Code sujet : AMDOPS**

# BREVET DE TECHNICIEN SUPÉRIEUR ASSISTANT DE MANAGER

## ÉPREUVE E5 DIAGNOSTIC OPERATIONNEL ET PROPOSITION DE SOLUTIONS Session 2010

**Durée** : 4 heures

**Coefficient** : 4

*Matériel autorisé : calculatrice conformément à la circulaire n° 99-186 du 16/11/1999.*

*Tout autre matériel est interdit.*

*Toute documentation est interdite.*

### DOCUMENTS REMIS AUX CANDIDATS

Le sujet comporte 13 pages numérotées de 1/13 à 13/13

Page de garde ..... 1

Présentation du sujet ..... 2-6

### ANNEXES

Annexe 1 : Charte qualité de Protélis..... 7

Annexe 2 : Procédure de traitement d'un dossier ..... 8

Annexe 3 : Relevé de remarques ..... 9

Annexe 4 : Étude sur les traitements des demandes et réclamations du  
Département « Particuliers » ..... 10-12

Annexe 5 : Questionnaire « votre avis sur Protélis »..... 13

### BARÈME

<u>Première partie</u> :	<b>40 points</b>
1. Diagnostic opérationnel	
2. Proposition de solutions	
<u>Deuxième partie</u> :	<b>40 points</b>
3. Suivi et organisation de la décision	

**NB : Hormis l'en-tête détachable, la copie que vous rendrez ne devra, conformément au principe d'anonymat, comporter aucun signe distinctif, tels que nom, signature, origine, etc.**

## **L'organisation**

---

PROTELIS est une mutuelle d'assurances. Son fonctionnement associe les assurés appelés sociétaires aux décisions de l'entreprise lors des assemblées générales ; les membres du conseil d'administration sont en effet élus par les sociétaires.

PROTELIS intervient dans la plupart des domaines de la protection des personnes :

- assurance complémentaire individuelle santé (remboursement des frais de santé en complément de la Sécurité Sociale),
- prévoyance (garantie des accidents de la vie),
- épargne et retraite,
- assurances collectives,
- épargne salariale.

PROTELIS occupe le second rang sur le marché de l'assurance santé complémentaire individuelle en France. Au 31 décembre 2009, elle comptait 1,3 million de contrats souscrits et réalisait 800 millions d'euros de chiffre d'affaires.

L'ambition de Protelis, qui sous-tend toute la stratégie du groupe, est de figurer dans les cinq premiers groupes européens d'assurance. Pour atteindre cet objectif, Protelis a décidé de développer ses activités en France et à l'international. C'est pourquoi PROTELIS s'est implanté en Espagne, Italie, Royaume-Uni et Turquie.

Dans un secteur fortement marqué par la concurrence et les réformes successives de l'assurance maladie, PROTELIS s'est fixé trois objectifs prioritaires :

- la satisfaction de nouveaux besoins (comme l'aide à la personne ou l'information en matière de santé et de nutrition),
- l'élargissement de sa clientèle par l'utilisation de nouveaux canaux d'information,
- la rapidité de traitement des demandes de remboursement des assurés, garantie par une charte qualité (**annexe 1**).

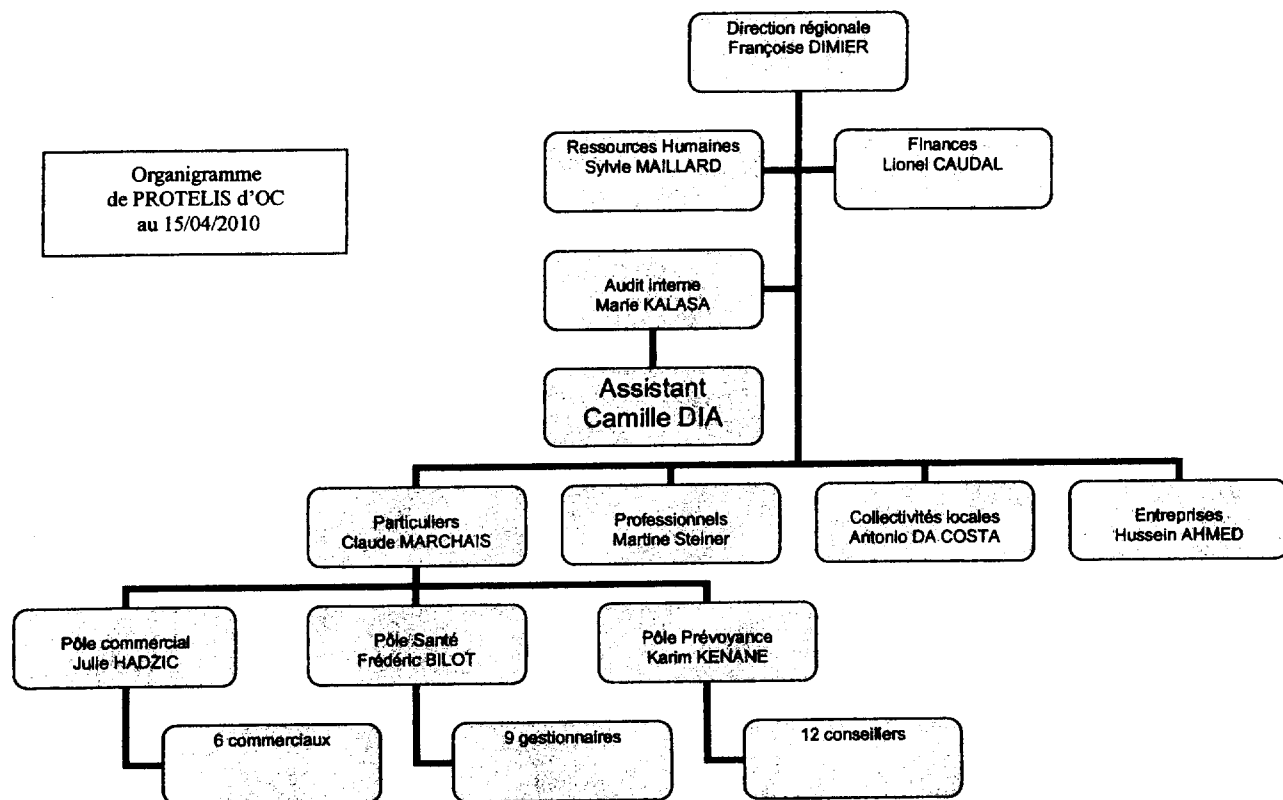
Une contrainte pèse cependant sur les projets de réorganisation : pour l'année 2010, aucune embauche n'est possible.

Le siège social de PROTELIS se trouve à Paris. Le territoire métropolitain est divisé en 26 régions. Une délégation de PROTELIS est présente dans chacune de ces régions. Chaque délégation gère les assurés de sa zone.

Toutes les délégations sont organisées de la même manière et présentent une structure par type de clientèle :

- particuliers,
- professionnels,
- collectivités locales,
- entreprises.

C'est le cas pour la délégation régionale PROTELIS d'OC qui a son siège à Toulouse et au sein de laquelle vous travaillez en tant qu'assistant(e) dans le service Audit interne.



### Le département « Particuliers »

Le département « Particuliers » regroupe le suivi des contrats souscrits par des particuliers.

Grâce à une équipe de 6 commerciaux, le pôle « Commercial » de ce département gère la prospection afin d'élargir la clientèle de ce secteur.

Le pôle « Santé », composé de 9 gestionnaires polyvalents, prend en charge :

- les remboursements de frais de santé, en complément des versements de la Sécurité Sociale (**annexe 2**). Cette activité représente 92 % du travail des gestionnaires,
- l'examen des demandes de prise en charge « hospitalisation »,
- le calcul des remboursements pour les frais dentaires et optiques, lorsque l'assuré fournit un devis.

Chaque gestionnaire traite les dossiers au fur et à mesure de leur arrivée, sans s'attacher à suivre un assuré en particulier.

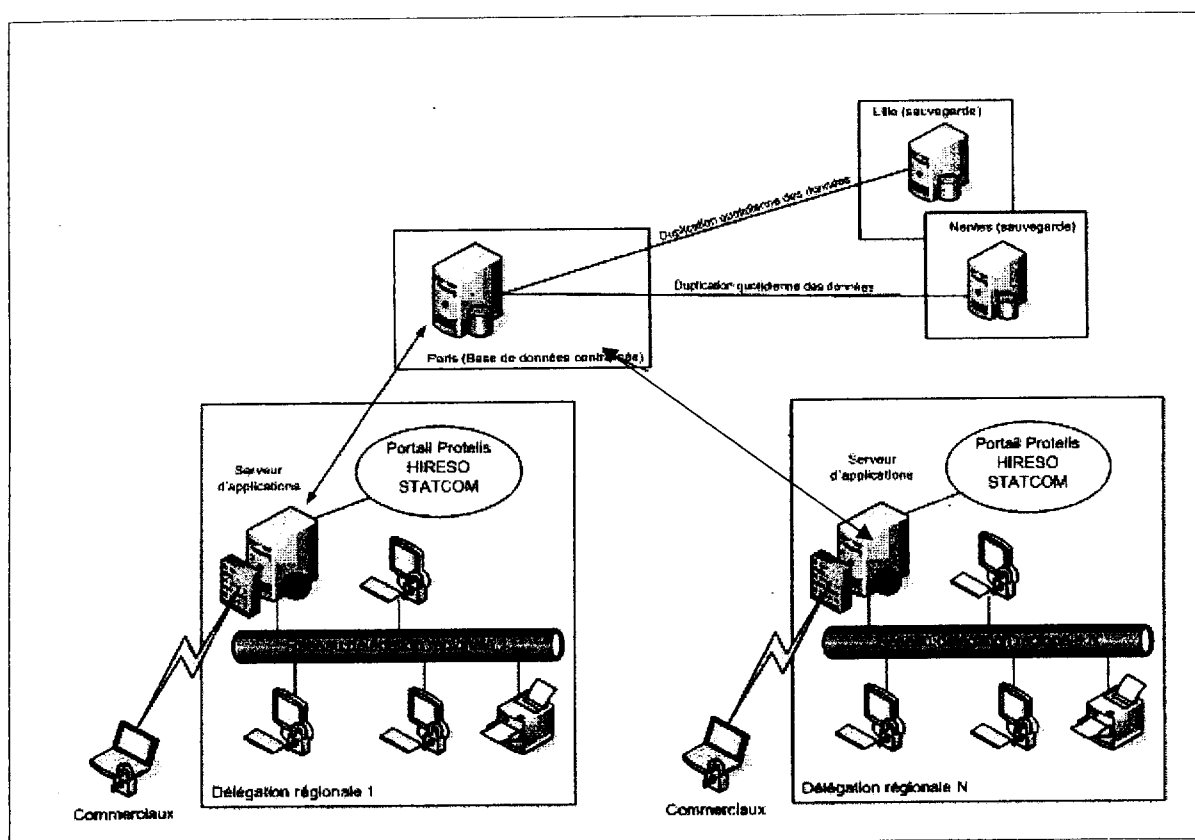
Le pôle « Prévoyance » gère :

- les contrats relatifs à la prévoyance et leur suivi (assurances décès, handicap, dépendance, accidents de la vie courante, etc.),
- les contrats relatifs à un complément retraite,
- les assurances relatives à la protection des biens et des personnes,
- l'établissement des nouveaux contrats et la mise à jour des contrats déjà établis.

Dans ce pôle, 12 conseillers polyvalents gèrent, chacun, un portefeuille d'assurés pour tous les contrats que ceux-ci souhaitent souscrire. L'objectif est d'établir une relation plus personnelle avec chaque assuré et de pouvoir lui proposer une offre couvrant l'ensemble de ses besoins en matière de protection. Les relations avec les assurés se font par téléphone, par écrit ou sur rendez-vous.

Les responsables des trois pôles se réunissent une fois par mois pour faire le point sur l'activité de chaque pôle et en rendre compte au manager du département « Particuliers ».

## Le système d'information



**Le système d'information chez Protelis** est identique pour chacune des 26 délégations régionales : un serveur est installé dans chaque délégation régionale. Dans chaque délégation, les postes sont en réseau. Chaque salarié dispose, sur son ordinateur, d'une suite bureautique, d'applications « métiers » pour chaque type de prestations et d'un navigateur avec lequel il peut accéder au portail « Protelis » (Intranet) et à Internet. L'accès est sécurisé par une carte magnétique personnelle et un mot de passe.

Seuls les commerciaux ont un ordinateur portable qu'ils utilisent lorsqu'ils se rendent chez un prospect. Depuis les locaux de ce dernier, ils peuvent se connecter de manière sécurisée au réseau de Protelis, au moyen d'une clé 3G.

L'application STATCOM qui est installée sur ce serveur fournit quotidiennement les statistiques relatives aux communications téléphoniques externes (exemples : nombre d'appels, durée des communications, etc.).

Une application développée en interne (HIRESO : Historique de la Relation avec le Sociétaire) permet de suivre individuellement les appels et les dossiers de chaque assuré : un historique s'affiche lors de la consultation du dossier que l'on peut consulter et modifier à partir du numéro de sociétaire.

Une base de données centralisée à Paris regroupe les 1,3 million de dossiers assurés. Par mesure de sécurité, toutes les données présentes dans cette base de données sont dupliquées tous les jours sur des serveurs de sauvegarde à Lille et à Nantes.

### **Le manager, Marie KALASA**

---

Après avoir passé quatre ans à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Toulouse, Mme KALASA a rejoint Protélis en 2005 en tant que responsable du pôle « Entreprises ».

Elle vient d'être nommée chef de projet pour réaliser un audit interne concernant le fonctionnement du département « Particuliers ». En effet, les réclamations des assurés sont devenues plus fréquentes et les salariés expriment aussi un certain malaise (**annexe 3**). Mme KALASA a pour mission de faire des propositions pour remédier à cette situation.

Elle juge prioritaire de traiter le fonctionnement du pôle Santé. Elle vous associe directement à cette mission en vous laissant une réelle autonomie dans l'accomplissement de vos tâches.

### **L'assistant**

---

Vous êtes Camille DIA, assistant(e) dans le département « Particuliers » et vous venez d'être affecté(e) auprès de Marie KALASA pour la durée de cette mission d'audit.

Vous avez réalisé une étude sur les traitements des demandes et des réclamations du département « Particuliers » (**annexe 4**).

## **PARTIE 1 : diagnostic et proposition de solutions**

Présentez, dans une note ou un rapport accompagné(e), en pièces jointes, des justifications chiffrées que vous jugerez utile de produire :

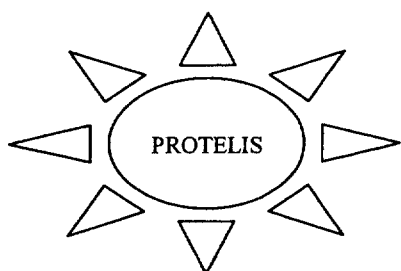
- **votre diagnostic opérationnel** sur le fonctionnement du pôle Santé (traitement des demandes, réclamations et dossiers des assurés) ;
- **les propositions de solutions** d'ordre organisationnel en relation avec votre diagnostic. Vous justifierez vos propositions.

## **PARTIE 2 : mise en œuvre de la décision**

En attendant de mettre en place certaines des solutions que vous préconisez, Mme KALASA vous charge de :

- concevoir un tableau de bord permettant au pôle « Santé » de suivre le traitement des dossiers assurés et des réclamations. Vous justifierez en quelques lignes le choix de vos indicateurs. Vous complétez le tableau de bord pour l'année 2009 afin de le présenter au personnel du pôle (**annexes 1 et 4**).
- modifier le questionnaire de satisfaction disponible à l'accueil de chaque délégation régionale (**annexe 5**). En effet, cette année, Mme KALASA souhaite savoir si les remarques relevées (**annexe 3**) sont partagées par une majorité d'assurés et mesurer leur satisfaction quant aux services du Pôle Santé et aux engagements de la Charte Qualité. Pour cela, vous proposerez un projet de nouveau questionnaire ainsi que les modalités de mise en œuvre.





## **Charte qualité : nos engagements**

### **1/ Accueillir et faciliter l'accès aux services du Groupe :**

- un numéro unique, accessible de 8 h à 18 h du lundi au vendredi, pour l'ensemble des centres des services et des délégations régionales :

**0 825 04 1000 (0,15 € TTC/min)**

- la réponse à toute réclamation garantie dans un délai maximum de 15 jours.

### **2/ Garantir des services rapides et performants en matière de remboursements du pôle « santé », particulièrement pour les secteurs « optique » et « dentaire » avec :**

- le remboursement des dépenses de santé dans les 8 jours à réception des dossiers,
- la possibilité de connaître en temps réel le détail des remboursements grâce à notre site Internet,
- l'accès à la liste des professionnels de santé qui pratiquent le tiers-payant,
- la réponse à une demande de prise en charge hospitalisation dans les 2 jours,
- le montant du remboursement et le reste à charge pour les prothèses dentaires, lunettes ou lentilles calculés dans les 8 jours (à date de réception du devis complet).

### **3/ Mesurer la qualité des services proposés pour les améliorer en permanence**

Protélis s'engage à mesurer régulièrement la satisfaction de ses clients et à utiliser leurs suggestions d'amélioration pour faire évoluer ses services et produits.

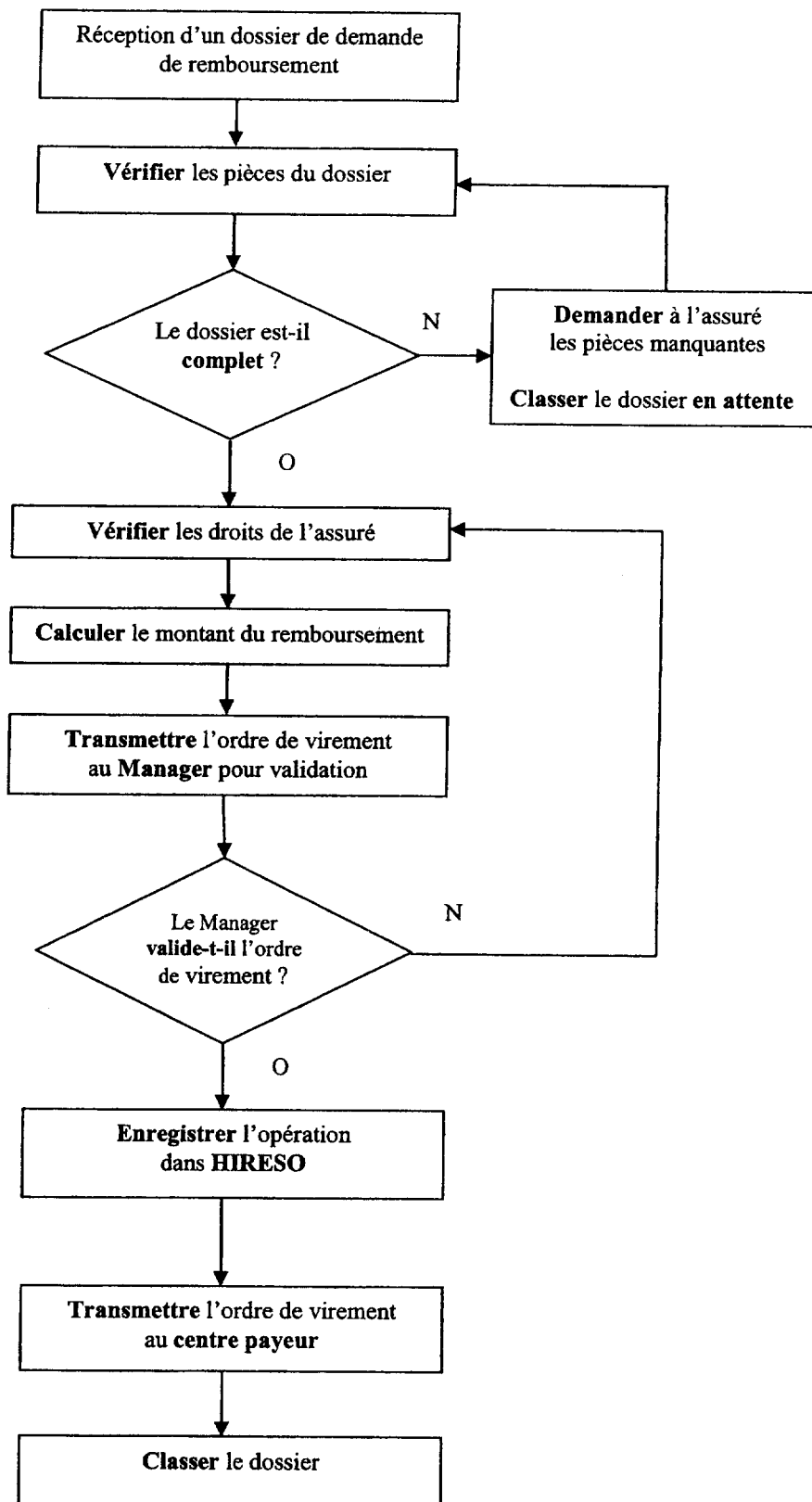
### **4/ Conseiller ses assurés**

Notre plateforme de conseil, accessible au 0 810 30 17 18 (prix d'un appel local) de 8 h à 20 h, aide nos assurés et leur famille à trouver un service à domicile dans les domaines de la vie quotidienne (ménage, petits travaux,...), des soins et garde à domicile, et de la téléassistance.

Au travers de cette charte qualité, Protélis confirme également son engagement en faveur du développement durable et du respect de la diversité.

## Annexe 2 : Procédure de traitement d'un dossier

PROTELIS Pôle Santé	<b>TRAITEMENT D'UN DOSSIER DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT</b>	Mise à jour : 25/02/2010
------------------------	--	--------------------------



### **Annexe 3 : Relevé de remarques**

#### **RELEVÉ DE REMARQUES**

##### **Des assurés du Pôle « Santé » :**

Il est très difficile de vous joindre au téléphone pour un problème de santé. Le téléphone sonne dans le vide : personne ne répond. Et quand par miracle on parvient à avoir quelqu'un, à force d'obstination, personne ne nous rappelle pour indiquer quelle suite a été donnée à notre demande.

Mon dossier de demande de remboursement n'a pas été payé, pourquoi ?

Vous ne remboursez pas assez vite.

Votre remboursement est insuffisant.

Je ne comprends pas le montant de ma cotisation.

Je regrette la création de la plateforme « santé » : avant, on me connaissait, j'avais un conseiller pour l'ensemble des prestations souscrites auprès de Protélis.

Je vous envoie des courriels pour poser des questions, je n'ai pas de réponse.

##### **Des salariés du pôle « Santé » :**

###### ***1<sup>er</sup> salarié :***

C'est vrai qu'il y a un problème de traitement des appels téléphoniques. Nous donnons la priorité au traitement des dossiers car nous sommes toujours en retard. Bien souvent, quand le téléphone sonne sur la plateforme, tout le monde se concentre sur son écran et personne ne prend l'appel. Et à l'heure du déjeuner, entre midi et quatorze heures, c'est encore pire alors que nous sommes censés répondre de 8 heures à 18 heures, sans interruption.

###### ***2<sup>e</sup> salarié :***

Certaines des questions qui nous sont posées par les clients qui appellent ou qui envoient un mail ne sont pas faciles. Il nous faudrait faire des recherches, consulter quelqu'un de plus compétent. Par manque de temps, nous finissons par ne pas donner suite... et l'interlocuteur rappelle, furieux.

###### ***3<sup>e</sup> salarié :***

Nous n'avons jamais le temps de répondre aux courriels qui sont de plus en plus nombreux. En plus, il faut dire que le logiciel HIRESO ne prévoit pas de zone pour signaler ce type de message et son contenu dans le formulaire de saisie. C'est un manque.

HIRESO prévoit une zone « réclamations » par contre. Mais il faut dire que nous ne la renseignons pas souvent, par manque de temps ! Résultat : le client a le sentiment qu'on n'y donne pas suite... ce qui est trop souvent vrai.

###### ***4<sup>e</sup> salarié :***

Avant, je suivais un portefeuille de clients que je connaissais bien et qui me connaissaient. Maintenant, avec la plateforme, c'est beaucoup plus anonyme. Je suis moins motivé.

###### ***5<sup>e</sup> salarié :***

Je suis souvent embarrassée lorsque je dois traiter un dossier « hospitalisation » car je n'ai pas les compétences nécessaires. Je n'ose pas déranger les collègues plus compétents. Alors je perds beaucoup de temps.

**Annexe 4 : Étude sur les traitements des demandes et réclamations du  
Département « Particuliers »**

PROTELIS  
Département Particuliers

**Dysfonctionnements relatifs  
au traitement des demandes, réclamations  
et aux délais de traitement des dossiers**

**I/ LE TRAITEMENT DES DEMANDES et RÉCLAMATIONS**

**1) par téléphone**

Rappel des objectifs fixés lors de la précédente réunion : traiter 98 % des appels téléphoniques reçus des assurés quel que soit le pôle et consacrer un temps maximal de 3 minutes à chaque appel.

Les appels concernent le plus souvent des demandes de renseignements simples, mais aussi, et il faut absolument en tenir compte, des réclamations concernant la qualité des services Protélis.

Les statistiques fournies par STATCOM donnent les moyennes suivantes journalières établies d'après les chiffres de l'année 2009 :

	<b>Pôle Commercial</b>	<b>Pôle Santé</b>	<b>Pôle Prévoyance</b>
Nombre d'appels reçus	122	218	225
Appels traités par les agents	63	75	149
Appels dissuadés par le serveur vocal en raison d'une attente trop longue	29	68	52
Appels « non décrochés » par les agents	30	75	24
Durée moyenne des communications	04 min 44	05 min 25	03 min 05

La qualité de la prise en charge des appels reçus est donc nettement insuffisante dans tous les pôles. Le service informatique doit fournir prochainement les données produites par STATCOM pour le 1<sup>er</sup> trimestre 2010.

Il faut dire que, sur la plateforme santé en particulier, tous les salariés sont susceptibles de répondre et aucun ne se sent donc directement concerné.

## 2) par écrit

Les courriels des assurés sont traités différemment selon les pôles. Il en arrive 370 en moyenne par jour sur 2009 et les chiffres sont attendus pour le 1<sup>er</sup> trimestre 2010. Il n'existe de fiches de procédure de traitement que pour les courriers (544 par jour). Ceux-ci sont donc pris en considération, en général. Cette attitude encourage les assurés mécontents à utiliser ce mode de communication.

La répartition de ces demandes écrites a été la suivante, en moyenne par jour, sur 2009 :

	Pôle commercial	Pôle Santé	Pôle Prévoyance
Nombre de courriels reçus	35	280	55
nombre de courriels traités	32	25	52
Nombre de courriers reçus	35	410	99
nombre de courriers traités	35	402	87

L'objectif fixé était, pour l'ensemble des pôles, de traiter 100 % des demandes écrites et de limiter les courriers, qui font perdre du temps, à 25 % des demandes au profit des deux autres modes de communication (courriel et téléphone).

Par ailleurs la priorité est donnée au traitement des demandes simples, que ce soit par téléphone ou par courrier. Les réclamations concernant les délais, les montants remboursés, l'accueil... sont en général mises de côté, ce qui entraîne de nouveaux mécontentements, de nouveaux appels, de nouveaux courriers. En 2009, le pôle Santé n'a traité qu'un tiers des réclamations reçues, dans un délai moyen de trois semaines.

## II/ LE TRAITEMENT DES DOSSIERS AU PÔLE SANTÉ

L'objectif de délai moyen de remboursement pour les dossiers « santé », fixé par les engagements de la charte qualité envoyée aux assurés, est de 8 jours. Sur l'année 2009, il a été de trois semaines en moyenne et de 18 jours sur les trois premiers mois de 2010.

Actuellement, les gestionnaires « santé » sont en train de traiter les dossiers reçus 15 jours auparavant. Il faut compter ensuite 3 jours pour la transmission au centre payeur et l'émission d'un ordre de virement à l'assuré. Les assurés ne savent jamais ce qu'il en est du traitement de leur dossier, surtout quand il est complexe.

En ce qui concerne les demandes de prise en charge « hospitalisation », le délai moyen de réponse est, en 2009 et en 2010, de cinq jours. Il est beaucoup plus long pour les calculs de remboursements dentaires et optiques et peut varier de 3 à 25 jours, avec une moyenne de 12 jours en 2009, et de 11 jours pour le début de l'année 2010.

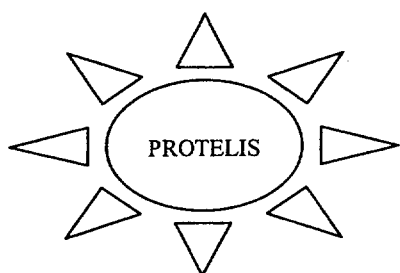
Après une importante phase d'analyse du travail des gestionnaires, il a été établi que le temps moyen de traitement d'un dossier « santé », avant transmission au centre payeur, devrait être

de 30 minutes. Or, il a été de 45 minutes en 2009 et est passé à 42 minutes pour le premier trimestre 2010. Pourquoi ?

- Les personnes les plus expertes dans les équipes sont fréquemment interrompues par leurs collègues moins expérimentés qui leur demandent des conseils ce qui les ralentit dans leur propre traitement (par exemple, les dossiers hospitalisation, dentaire ou optique demandent de l'expérience et des compétences plus spécialisées).
- Il n'y a pas d'objectif journalier fixé à chacun en nombre de dossiers à traiter par jour.
- Sur 9 gestionnaires, il y a en moyenne deux absents quotidiennement (congé maladie, RTT, conséquences de l'horaire individualisé...)

Les objectifs fixés pour 2009 sont loin d'être atteints. Ils sont reconduits pour 2010. Une grande partie des problèmes de qualité semblent se concentrer au sein du pôle « Santé ».

**Annexe 5 : Questionnaire « votre avis sur Protélis »**



**VOTRE AVIS SUR PROTELIS**

Êtes-vous bien informé sur les prestations de Protélis ?

oui  non

Connaissez-vous le site Internet de Protélis ?

oui  non

L'accueil que vous recevez à Protélis vous donne-t-il satisfaction ?

oui  non

Recevez-vous des réponses claires à vos questions ?

oui  non

Connaissez-vous notre Charte Qualité ?

oui  non

**VOS SUGGESTIONS :**

**Vous êtes :**

- Un homme       Une femme  
 Etudiant       Chômeur       Salarié       Retraité       Autre

**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

**Merci de remettre ce questionnaire rempli à l'accueil.**