

Pour une Nouvelle Interprétation des Transactions Assurantielles : L'apport de la Théorie des Conventions

Ali LAMARI

Chercheur au GREP (ESA – Lille 2)
E-mail : alamari@hp-sc.univ-lille2.fr

ESA, GERME , 1, place Déliot
59020 Lille cedex

Olivier MASCLEF

Chercheur au GREP (ESA – Lille2)
Professeur Assistant au Groupe Edhec
(département Management et stratégie)
58 rue du port
59000 Lille

Version Définitive Mai 1999

Résumé :

L'objet de cet article est d'interroger les fondements théoriques concernant les transactions assurantielles. Nous constatons que la théorie économique classique, qui fonde la majeure partie de la pratique assurantielle, confère à ces transactions d'assurances une homogénéité conceptuelle et une cohérence d'ensemble. elle analyse en effet toutes ces transactions d'une manière unique et standard, dans un cadre générique qui est celui de la théorie du contrat.

Cependant, il convient de souligner la complexité et la diversité des comportements des acteurs dans la pratique, suivant les types de contrats souscrits. En effet, les transactions assurantielles peuvent être situées dans un axe allant de la transaction standardisée à la transaction individualisée. Suivant que la transaction est standardisée ou individualisée, les comportements de souscription des assureurs changent de façon importante, les attentes et les valeurs ne sont plus les mêmes.

Cette hétérogénéité et cette complexité qui caractérisent le marché de l'assurance rentrent dès lors en opposition avec la vision unique postulée par la micro –économique classique. Cette opposition est gênante dans la mesure où elle évacue des enjeux stratégiques et managériaux importants propres au secteur de l'assurance. Nous constatons que ce décalage vient du fait que la théorie économique standard n'intègre pas les éléments sociaux qui caractérisent les échanges marchands.

Nous sommes donc amenés à utiliser un cadre économique " élargie " afin d'expliquer théoriquement l'hétérogénéité des pratiques assurantielles. Cet élargissement est effectué en intégrant les variables et les normes sociales à chaque relation marchande. Cela, nous permettra enfin de proposer des implications en terme de management stratégique comme le marketing et les ressources humaines.

INTRODUCTION

Dans cet article, nous allons nous intéresser aux principaux fondements théoriques qui régissent les transactions assurantielles. Ainsi, nous confrontons la théorie économique classique d'un côté – qui objective l'essentiel des pratiques en matière d'assurance de dommage – et les transactions assurantielles observable "sur le terrain".

Nous constatons, dès lors, que la théorie économique classique envisage les transactions en matière d'assurance d'une manière indifférenciée par rapport à l'objet du contrat. Le fait d'assurer une œuvre d'art et le fait d'assurer un véhicule automobile répondent aux mêmes principes théoriques : principe de Bernoulli [1954], travaux de Allais [1988], Arrow [1972, 1983], Debreu [1983], Knight [1921, 1990].

Or la réalité des pratiques assurantielles nous montre qu'une nuance doit être faite. Effectivement l'observation de l'offre des contrats sur le marché est d'une diversité telle qu'une objectivation unique et homogène nous semble restrictive. Dans cette perspective nous montrons que l'offre des produits d'assurance s'étire sur un axe "standard / sur mesure" suivant l'objet du contrat à souscrire.

A ce niveau, il convient de s'interroger sur la pertinence opérationnelle du modèle économique classique appliqué aux transactions assurantielles. S'il est incontestable que ce modèle apporte l'essentiel de la théorie en matière d'assurance : (mesure et classification des risques, aversion pour le risque, gestion du risque et de l'incertitude, risques moraux sélection adverse...), il nous semble faire l'impasse sur les prescriptions managériales en direction des entreprises qui gèrent ces risques et notamment les compagnies d'assurance.

Dans cette perspective, la théorie conventionnaliste (Salais et Storper [1993]; Eymard-Duvernay [1989]; Gomez [1994]) nous permet d'enrichir les fondements théoriques en la matière. En effet celle-ci, par l'intermédiaire du modèle de Salais et Storper [1993], peut venir compléter la théorie économique standard – dont l'apport principal est la gestion du risque et de l'incertitude – en prolongeant le modèle en direction des prescriptions managériales.

Pour ce faire, nous allons d'abord montrer l'homogénéité théorique du modèle économique classique et la diversité pratique auxquelles ce modèle se trouve confronté (1). Puis nous envisageons en quoi la théorie conventionnaliste est à même d'objectiver les pratiques de façon plus satisfaisante (2), et en quoi cette théorie nous permet de dégager un certain nombre de prescriptions en matière de management stratégique en direction des compagnies d'assurances.

1 - ETAT DES LIEUX

Chaque science sociale fonde son interprétation sur des hypothèse théoriques. La théorie économique classique ou néoclassique de l'équilibre général et sa formalisation par les écoles marginalistes sont la référence obligée en économie de l'assurance. Il est donc tentant de coller l'assurance dans le moule de la théorie et les raisonnements concernant l'optimisation des choix en présence de l'incertitude.

La théorie économique du risque et de l'assurance résume l'essentiel de l'apport en matière d'assurance. Elle propose deux conditions pour réduire le risque (Knight,[1990]) : la loi des grands nombres – l'incertitude diminue lorsque l'échantillon augmente- et la consolidation.

En revanche, les transactions assurantielles sont hétérogènes, juxtaposant des garanties forfaitaires et indemnitaires, leurs cohérences ne sauraient être retracées par la seule modélisation proposée par la théorie classique.

1.1 l'activité d'assurance : principes et fondements théoriques

Nous savons tous à peu près en quoi consiste l'assurance, parce qu'elle nous est familière, dans la mesure où chacun d'entre nous est un assuré et possède au moins un contrat. Si l'on examine l'ensemble des produits d'assurance offerts sur le marché français, on constate une extrême variété et une extrême complexité dans la détermination du prix de l'assurance : la tarification.

Certaines associations des consommateurs ont vu dans cette complexité une façon de renforcement de pouvoir de marché de la part des assureurs, et ce en rendant difficile aux clients les comparaisons qualité/prix. Les entreprises d'assurances se défendent en arguant de la diversité des besoins de leurs clients et de la complexité nécessaire de la tarification pour mieux cerner le coût de l'assurance.

Les fondements et les principes de fonctionnement des entreprises qui traitent ces opérations sont-ils plus faciles à dégager ?

L'observation des techniques a apporté à l'analyse économique de nombreux enseignements pour adapter les méthodes de calcul et d'évaluation économique aux situations d'incertitude, notamment à la théorie du risque et de l'incertitude.

1.1.1 La notion des risques et l'assurance

Il y a une demande d'assurance parce que des agents économiques (individus ou entreprises) sont soumis à des aléas dont ils ne peuvent supporter facilement les conséquences financières ; leurs fortunes ou leurs fonds propres seraient dans certains cas insuffisants pour faire face à des événements.

Certains sont conscients de ces risques et cherchent à s'en protéger en faisant supporter par d'autres les circonstances dommageables. C'est le principe de mutualité : si les risques menacent tous les biens ou toutes les personnes, ils ne se réalisent en définitive que sur quelques uns. L'aversion pour le risque désigne cette crainte spontanée, la théorie de l'utilité espérée de Von Neumann et Morgenstern [1947] étant le cadre théorique dans lequel s'effectue souvent la modélisation.

D'autres agents pourraient avoir un comportement plus imprévisible, en considérant que les événements dommageables sont improbables, mais des tiers concernés par leur situation financière, comme par exemple les banques ou les fournisseurs, peuvent exiger des garanties. Ou bien même, l'intervention publique peut estimer que certains risques graves d'insolvabilité entraînent des désordres sociaux : un exemple bien connu ; l'obligation pour un conducteur de véhicule automobile d'être assuré en responsabilité (R.C).

Pour passer de la solidarité entre assurés à l'assurance, c'est à dire au versement préalable d'un montant raisonnable destiné à couvrir les sinistres futurs, il est nécessaire de pouvoir estimer avec suffisamment de précision le coût du sinistre. L'assurance fonctionne suivant un cycle de production inversé. En effet, un contrat d'assurance, n'est valable que si la prime a été préalablement versée par l'assuré, et au cas où un sinistre survient, le paiement de l'assureur est subordonné à la validité du contrat. Par conséquent, l'assureur se trouve dans la situation confortable de toujours percevoir sa rémunération avant d'effectuer son hypothétique prestation. Il n'existe pas pour l'assureur un problème de "cash-flow", mais il se heurte à la question de l'incertitude.

Incertitude qu'il a délibérément acceptée en prenant à son compte une partie des risques auxquels l'assuré était confronté. Au moment de l'acceptation de la prime, il ne connaît pas tous les éléments de son coût, et il lui est donc impossible de déterminer sa fonction de coûts.

La théorie des sciences actuarielles a pour objet d'évaluer, d'estimer d'une part, la contribution "équitable" de chaque assuré à la couverture des sinistres éventuels, et d'autre part le montant des réserves pour faire face aux engagements pris. Ces calculs sont possibles sous certaines conditions grâce aux résultats fondamentaux de calcul des probabilités. La loi des grands nombre et les travaux de Franck Knight [1921] "*l'incertitude tend à disparaître complètement lorsque l'échantillon augmente*".

F. Knight [1990] propose "*deux méthodes de gestion de l'incertitude, l'une fondée sur la réduction des aléas par regroupement, l'autre sur la sélection des individus, respectivement la consolidation et la spéculation [...]*"

1.1.2 La tarification d'un contrat

L'incertitude peut être contenue par une estimation des probabilités et une classification précise des risques. Une bonne efficacité de la mutualité suppose donc :

- un regroupement d'effectifs suffisamment nombreux de risque *a priori* semblables, et ce n'est pas le cas pour les risques exceptionnels ou insuffisamment connus.
- L'indépendance des risques, car la compensation statistique dans une moyenne suppose qu'il y ait dans le même intervalle de temps peu ou pas de sinistre sur certains contrats, et des sinistres importants pour d'autres.

En faisant abstraction des coûts de gestion, qui sont fixes et compensés par le chargement inclus dans les primes, la prime pure (Pp) du risque est le produit de la fréquence par le coût moyens des sinistres. Considérant en particulier un ensemble des contrats d'assurances semblables, pour lesquels la prime pure acquise à l'exercice est Pp. La masse total des sinistres à prendre en charge est S et le nombre des sinistres est n. D'où la règle :

$$Pp = n/N * S/n = S/N$$

La méthode générale d'étude d'un risque dommage consiste ainsi à analyser séparément d'une part un processus de survenance des sinistres et d'autre part "une distribution des montants de sinistres". En assurance dommage, les contrats sont le plus souvent à reconduction annuelles, ce qui pourrait permettre des modifications de tarifs, fréquentes à l'occasion des renouvellements, en revanche les modalités de déterminations des sinistre et leur longue durée de règlement rendent le calcul des primes très complexe.

La répartition de la couverture des risques dépend de l'accès à l'information. Or, non seulement l'information est incomplète, partielle et souvent faussée, mais l'accès à l'information est souvent asymétrique.

1.1.3 L'asymétrie informationnelle

L'étude de l'activité d'assurance conduit à s'intéresser aux flux d'informations qui s'échangent entre les assurés et les assureurs. Ce point représente d'ailleurs l'essentiel des développements théoriques consacrés à l'assurance. L'information détenue par l'assureur et l'assuré n'est pas identique, sauf dans des cas très rares. On

distingue habituellement deux catégories de phénomènes : l'antisélection et le risque moral.

[L'antisélection]

C'est Akerlof [1970] qui a le premier montré clairement comment le phénomène d'antisélection pouvaient entraver le fonctionnement du marché. Le modèle de Rothschild-Stiglitz et Wilson fournit la description la plus simple possible de ce phénomène.

Sur le marché d'assurance, la population d'assurés potentiels apparaît comme homogène du point de vue des caractéristiques observables par l'assureur. Les assurés ont tous des profils de risque différents et possèdent des informations sur les décisions futures qu'ils envisagent entreprendre que ne possède pas les assureurs. Evidemment, un individu présentant un risque élevé n'a pas intérêt à le révéler, ni à dévoiler son véritable profil. Il est coûteux pour l'assureur de lire ses informations, et de sélectionner les "bon" et les "mauvais" risques- dont la probabilité d'accidents, ou leur gravité potentielle, sont respectivement en dessous ou au dessus de la moyenne-

A cause de cette asymétrie d'information, l'assureur risque de proposer un tarif moyen à l'ensemble de la population sans tenir compte des variables qualitatives. Les conséquences de cette pratique peuvent accentuer le phénomène de sélection adverse : l'assurance a tendance à attirer les mauvais risques et à faire payer plus cher les bons risques. Selon Chiappori [1996], cette situation est dangereuse, parce qu'en dernier ressort la décision d'assurance revient aux clients eux-mêmes. D'où selon le même auteur, un risque de cercle vicieux et disparition du marché. Ce problème a été largement traité par Akerlof dès les années 70.

Dans le cadre d'une étude sur l'assurance santé, K. Arrow [1963] a suggéré aux assureurs l'application d'un tarif peu différencié. C'est le cas par exemple d'un jeune conducteur vivant dans une grande capitale et au volant d'une coûteuse voiture ; il paiera un prime plus élevée que la moyenne. Ou encore, selon des innovations technologiques permettant d'inclure des nouveaux critères observables dans la tarification, pour le même exemple, un compteur kilométrique plombé enregistrant la consommation d'essence perçue comme un indicateur de la qualité de la conduite. La théorie parle dans ce cas de contrats révélateurs.

On peut penser aussi à une solution théorique – la plus radicale selon Chiappori [1996]- de rendre obligatoire l'assurance.

Face à ces problèmes d'asymétrie informationnelles, la politique des compagnies est de collecter le plus d'informations et de procéder à une sélection des risques proposés. Le recours à un circuit de distribution traditionnel (agents d'assurances), favoriserait la proximité relationnelle et par conséquent diminue l'ampleur de ce problème.

[Le hazard moral]

Contrairement au risque physique qui provient du risque lui même à assurer, le risque moral provient du risque qui est inhérent à la nature humaine, aussi bien individuelle que collective. Le risque moral dépend essentiellement du caractère de l'assuré, de son attitude mentale. A cause de son indifférence vis-à-vis du sinistre, ou de son envie de le voir survenir, l'individu peut causer le sinistre, ou bien ne rien faire pour limiter son ampleur. Williamson parle d'opportunisme *ex post* [1987].

Le bon risque moral correspond au comportement de l'assuré honnête qui veille sur le bon état de ses biens. Le mauvais hazard moral peut se situer entre le cas de simple négligence, et le pire, correspondant aux fraudes volontaires et aux crimes. Le hazard moral ne peut faire l'objet d'une évaluation exacte au moment de la souscription du contrat. Il repose sur des données qualitatives, et il est difficile de mettre en évidence les variables discriminantes qui permettent *a priori* de repérer les clients susceptibles de frauder, et de collecter les informations qui permettent *a posteriori* de confondre les clients qui ont effectivement eu un comportement malhonnête.

Ce problème de risque moral a été développé dans le contexte de l'assurance, mais il intervient dans toutes les relations contractuelles qui peuvent exister au sein d'une organisation. La théorie de l'agence a traité cette notion par rapport aux conséquences coûteuses des décisions prises par l'un des partenaires au contrat.

Les avancées récentes de la théorie micro-économique ont conduit à étudier de façon approfondie les questions liées, dans un environnement contractuel, aux problèmes d'informations des agents. L'étude de l'activité d'assurance, nous semble être un bon exemple pour conclure que l'incertitude n'est pas nécessairement un frein aux échanges. Ce ne sont pas fondamentalement l'incomplétude des informations disponibles ou l'impossibilité de prévoir exactement le futur qui font problème. En revanche, les difficultés apparaissent lorsque l'information disponible est répartie d'une façon asymétrique entre les agents, certains sont avantagés par rapport à d'autres.

1.2 le marché des produits d'assurances de dommages

Les bienfaits des mécanismes d'assurances pour la santé et le développement des entreprises sont tels que la demande d'assurance de toute nature et pour tous les types d'acteurs ne connaît pas de limite théorique. Face à cette demande illimitée, il faut bien sûr constater que c'est l'offre d'assurance, par des mesures institutionnelles, économiques et sociales qui vient limiter l'idée que tout est assurable, et que tous s'achète et se vend.

L'offre des contrats d'assurance sur le marché français est d'une extrême variété. Il n'est bien entendu pas question d'en établir un recensement exhaustif, ni même espérer en donner une description qui peut très rapidement être dépassée. Il est en revanche intéressant de tenter une classification des formes très variées que peut prendre aujourd'hui l'offre d'assurance non vie - par opposition à l'assurance vie-.

1.2.1) l'offre d'assurances pour les entreprises

Les sociétés d'assurances opérant sur le marché français proposent aux entreprises, quels que soient leur secteur d'activité et leur taille, des garanties de nature très variée, extrêmement élevées quant à leurs montants et larges quant à leurs conditions de mise en œuvre.

C. Gallouj et F. Gallouj (1997) proposent dans leur étude sur les innovations dans l'assurance trois type d'innovations des produits-service « sur mesure » :

- les produits-service « sur mesure d'adaptation » qui consiste à adapter à un segment de clientèle (généralement des PME-PMI) un contrat standart en modifiant les tarifs ou en introduisant certaines clauses supplémentaires, etc.

- Les produits-services sur mesure total » qui consiste à monter un contrat spécifique (know how élevé) pour un client donné (la couverture des risques de grande entreprises).
- La couverture de risques spéciaux. C'est le cas type du « risque sur mesure » pour lequel il n'existe pas de statistiques dans la mesure où il concerne une population réduite.

Les dirigeants des PME-PMI cherchent d'une part à s'assurer sur les branches traditionnelles de dommages et de responsabilité civile dites standard, mais sont de plus en plus intéressés à couvrir d'autres aspects des patrimoines ou de responsabilité. En ce qui concerne le patrimoine, nous trouvons : la perte d'exploitation consécutive à la survenance du sinistre, la destruction accidentelle des machines, la perte accidentelle des marchandises en cours de transport... Pour la responsabilité civile, c'est la couverture de la responsabilité du fait de ses activités professionnelles ou des produits après livraison. Il est clair que plus l'entreprise est petite, plus ses dirigeants sont à la recherche d'un produit qui couvre le maximum de ses besoins selon une procédure d'achat la plus simple possible. Des produits multirisques standards dont le contenu est de plus en plus étendu sont donc proposés à cette clientèle. Au sein des grandes entreprises l'enjeu de la prévention et de l'achat d'assurance devient tel qu'une fonction qui s'intéresse à ces problèmes s'est rapidement développée : le " risk manager " ou le gestionnaire de risque. Les besoins de couverture des grandes entreprises deviennent de plus en plus larges. D'où la nécessité de compléter les produits déjà évoqués plus haut par une série de couverture de plus en plus spécialisées.

1.2.2) L'offre d'assurance des particuliers : des contrats standards

La caractéristique principale des produits d'assurances de dommages est d'être de court terme, facilement résiliable, et d'avoir une clientèle particulièrement sensible à leurs prix.. La formule de base reste inchangé (envisagé du point de vue de client), ce qui peu changer le plus souvent c'est la combinaison des formules, contrats existants dans un package très peu différencié (.C. Gallouj et F. Gallouj (1997) L'analyse des critères d'achats des particuliers, menée par Delphi et Andersen Consulting en 1990, révèle que le prix et la qualité de service sont prépondérants par rapport à la solidité financière de l'assureur choisi ou par rapport à la fidélité à un distributeur.

L'assurance de dommage aux particuliers consiste d'abord et avant tout à protéger le patrimoine mobilier et immobilier. C'est le but des assurances dites multirisque habitation, ou assurance automobile, mais aussi la couverture de la responsabilité du conducteur. Au delà de ce deux types d'assurance très populaires, il est important d'ajouter l'assurance de santé et l'assurance en cas d'accident du travail. La particularité essentielle de l'offre d'assurances aux particuliers est de proposer des contrats les plus standards du marché de l'assurance.

1.2.3) Les caractéristiques des contrats et le mode de distribution : les pratiques françaises

Dans l'assurance, plus le produit est spécifique- par opposition au standard-, plus sa distribution tend à être le fait de réseaux indépendants. En revanche, ailleurs, dans l'industrie, dans le commerce, les produits techniquement plus pointus et généralement adressés à un public plus réduit sont le plus souvent distribués soit par des réseaux de

vendeurs salariés des entreprises productrices, soit par des importateurs liés à celles-ci par des accords commerciaux. C'est le cas par exemple, des machines –outils, les gros ordinateurs. Par contre les produits de grande consommation sont commercialisés par des indépendants suivant la chaîne classique: grossiste, détaillant.

La distribution d'assurance ne respecte pas cette pratique commerciale. Les contrats standards destinés au grand public –contrats standards automobile, ou de multirisque habitation- sont en effet essentiellement commercialisés par réseau des salariés comme dans les mutuelles sans intermédiaire ou par des réseaux mandatés par l'assureur- agents généraux-. En revanche, il est d'usage de dire que pour les contrats importants dont les risques exigeant une technicité élevée, et complexes par leurs montages, contrairement aux contrats standards, le passage par des courtiers, distributeurs indépendants capables d'opérer un choix parmi toutes les offres du marché. La raison réside en partie dans l'importance des primes mises en jeu, et les rapports de force entre les clients potentiels et les compagnies d'assurance.

Il convient d'évoquer les modes de distribution d'assurance par des réseaux de commercialisation qui distribuent déjà d'autres produits: la distribution d'assurance par les réseaux bancaires est celui qui prend actuellement le plus d'extension : la Bancassurance.

C'est sur le segment des particuliers et notamment des produits standards que la diversité des modes de distribution est la plus grande et où la notion de coût d'intermédiation présente le facteur de compétitivité le plus important. Sur les marchés des entreprises, le rôle de conseil et l'expertise technique des intermédiaires a longtemps constitué une valeur ajoutée reconnue pour les clients. C'est pourquoi le courtage a mieux résisté aux pressions de désintermédiation que les autres intermédiaires d'assurances.

La théorie économique classique appliquée à l'assurance, comme nous venons d'en présenter l'essentiel, privilégie une logique globale et homogène dans l'explication de la transaction de l'assurance. La gestion des risques des contrats est analysée par des outils et des concepts qui ne tiennent pas compte de la particularité de certaines transactions. L'assurance étant une prestation de service « *ce qui compte c'est le vrai produit* » (Gadrey, 1994). Ce qui compte toujours selon ce même auteur n'est pas uniquement le traitement et l'exécution technique des contrats ou encore le règlement des sinistres, mais « *également* » le volume et la qualité des services rendus aux assurés, la dimension relationnelle, *interactives, personnalisée des rapports à la clientèle, la composante de conseil et d'assistance* (Gadrey, 1994 p 128).

Les transactions assurantielles observées en pratique, sont d'une complexité et d'une diversité telles que seul le modèle économique classique ne permet d'expliquer les particularités de ces transactions afin de prescrire des décisions stratégiques et opérationnelles vers les compagnies d'assurances.

2 - LES MONDES DE L'ASSURANCE

2.1 - La polarisation des pratiques

Les transactions assurantielles telles qu'on les voit dans la réalité peuvent donc s'étirer sur un axe « Standard / Sur mesure » suivant la nature de l'objet à assurer, et surtout suivant l'enjeu financier de cet objet. De manière intuitive, nous pouvons facilement deviner les différences socio-économiques qui caractériseront chacune des transactions suivant qu'elles sont « standard » ou « sur mesure ».

Ces différences vont nous intéresser ici beaucoup plus. Pour mieux comprendre celles-ci nous allons analyser d'abord la structure de l'offre puis celle de la demande suivant que nous sommes dans une transaction « standard » ou « sur mesure ».

2.1.1 - Les structures de l'offre

L'activité d'assurance est une activité de prestation de services. En ce qui nous concerne nous considérons le service d'assurance comme répandant à besoin de sécurité de la part du client. En cela, « assurer » est un produit intangible (immatériel), inséparable (il y a simultanéité entre production, distribution et consommation), hétérogène (la prestation n'est jamais deux fois la même) et périssable (non stockable) (Edgett & Parkinson [1993]).

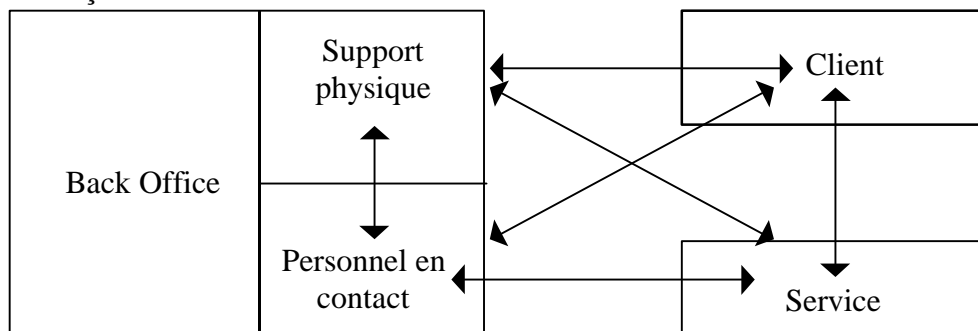
Nous savons que pour Pfeffer[1956], l'analyse du risque, particulièrement de l'assurance de risque, demande une analyse dynamique de la structure. Ce qui nous amène à envisager une explication séquentielle de la prestation d'assurance, selon deux étapes :

- Production anticipée : service "se prémunir contre le risque"
- Consommation effective : service "versement d'indemnités compensatrices"

Cette vision qui considère le service d'assurance comme conditionnel et incertain ne peut nous satisfaire, dans la mesure où le service d'assurance assure le passage d'un statut de non assuré à celui d'assuré : le besoin de sécurité est "satisfait".

Quelles sont les différences formelles qui existent entre le service d'assurance « standard » et le service d'assurance « sur mesure »?

Pour répondre à cette question nous allons analyser l'offre du service d'assurance au moyen du système de servuction (Eiglier & Langeard [1987]). Le système de servuction modélise la production d'un service. Ce modèle est différent des modèles de marketing de production classique en raison des particularités mêmes du service que nous avons citées précédemment. La servuction représente donc la transaction de service de la façon suivante :



Entreprise de service

Le personnel en contact est celui face auquel le consommateur est directement confronté au cours de la transaction. C'est l'image de l'entreprise. Cela concerne le personnel qui « vend » le service, qui donne des informations, des conseils. Aux yeux du client, le personnel en contact représente l'entreprise dans sa globalité dans la mesure où celui-ci ne voit que lui en tant qu'interlocuteur direct.

Le support physique représente tous les biens meubles et immeubles mobilisés au cours de la transaction. Il englobe le bâtiment, la salle, le meuble de bureau, l'ordinateur, le téléphone au moyen duquel a lieu la transaction...

Le Back Office est le lieu de traitement des dossiers. Il assure leur gestion, leur suivi et leur analyse. C'est en quelque sorte la « face cachée » du service. Il énonce les procédures à suivre en amont de la prestation et le traitement en aval des clients après la transaction.

Ce modèle de la servuction est bien un système dans la mesure où, - comme nous savons que la production, la distribution et la consommation ont lieu en même temps -, les trois éléments principaux (client, personnel en contact et support physique) interviennent simultanément lors de la prestation. Nous allons maintenant analyser les spécificités possibles de chacune des offres assurantielles suivant qu'elles sont « standard » ou « sur mesure » en observant la structure du modèle de servuction dans chacun de ces deux cas.

En ce qui concerne d'abord le pôle « standard », le personnel en contact a un rôle mineur proche de la distribution. Dans notre exemple de l'assurance de véhicule automobile et/ou l'assurance multirisques habitation, ce personnel a plutôt la tâche d'enregistrer les demandes et de fournir les informations nécessaires au client. Ces tâches sont largement répétitives et respectent le plus souvent des procédures préétablies. Le profil du personnel en contact dans une prestation standard est plutôt de type commercial. Pour ce genre de souscriptions, le personnel impliqué dans la transaction n'a pas besoin d'avoir une formation assez pointue aux techniques actuarielles de l'assurance et au management du risque dans la mesure où les différents types de contrats et d'options sont déjà préparés et dans la mesure où son activité est fortement routinière.

En ce qui concerne le support physique de la prestation « standard », celui-ci peut être clairement identifié. La transaction peut d'abord avoir lieu dans un bureau d'agence. Mais cette transaction se déploie systématiquement dans un cadre « impersonnel » même s'il reste marqué par la confidentialité (bureau à l'écart, séparé du reste de l'agence par des cloisons...). Mais surtout cette transaction peut avoir aussi comme cadre le domicile même du client, dans la mesure où certaines souscriptions ou modifications peuvent être enregistrées par téléphone quand le client est déjà répertorié par la société d'assurance. Dans tous les cas le support physique privilégie la rapidité et l'efficacité de la transaction. Dans bien des cas le choix du contrat est d'ailleurs déjà effectué et la transaction ne vient qu'officialiser ce choix.

Le Back Office mobilisé par une souscription « standard », abstraction faite de son degré de complexité interne du fait du réseau d'acteurs plus ou moins important qu'il peut nécessiter, est par contre clairement identifié car bien séparé du personnel en contact. Le traitement des dossiers en termes de statistique et de gestion du risque et de suivi commercial constitue une activité à part, effectuée par un personnel particulier. Cette séparation permet au personnel en contact, dans le cadre de souscription standards, de se consacrer pleinement à la production, à la distribution et à l'information en ce qui concerne les contrats d'assurance.

En ce qui concerne maintenant le pôle « sur mesure », le personnel en contact a un rôle stratégique évident. Pour le client, il est « l'expert ». La complexité de la transaction est perçue comme telle que seul un spécialiste est en mesure de la traiter. Cette complexité fait que, dans la transaction « sur mesure », l'expertise remplace la routinisation et la standardisation des procédures du pôle « standard ». Le client n'acceptera jamais que son cas soit traité par un opérationnel dont la formation se limite à celle de responsable commercial, et dont le savoir-faire est perçu par le client comme peu crédible. Le personnel en contact de la souscription « sur mesure » est en effet plus proche du profil de l'ingénieur. Son savoir-faire est plus technique que commercial, même si la transaction repose sur une variable relationnelle forte. D'ailleurs la personne qui assure la transaction est bien souvent clairement identifiée par son nom, alors que dans la souscription « standard » cette identification patronymique reste peu observable. La complexité de la souscription est telle que le statut du personnel en contact est une variable stratégique : c'est une ressource idiosyncrasique dans la mesure où elle est faiblement interchangeable et difficilement reproductible.

Le support physique de la souscription « sur mesure » est difficilement identifiable de façon formelle. Dans tous les cas ce support n'est certainement pas impersonnel comme dans la transaction précédente. Il reflète le secret, la confidentialité mais aussi la compréhension et une sorte d'intimité qui existe entre l'offreur et le demandeur. Il existe un processus de compréhension mutuelle, une expérience commune sur laquelle est bâtie la relation : « *On se connaît, on parle le même langage, on est entre spécialiste* ». De ce fait la transaction a lieu matériellement dans un bureau personnalisé, qu'il soit celui de l'offreur ou celui du client. Le temps est aussi plus long. Plusieurs rendez-vous peuvent être pris, la négociation se fait en communication verbale directe.

En ce qui concerne le Back Office d'une transaction « sur mesure », celui-ci est difficilement discernable. Quand ce n'est pas le personnel en contact - du fait de son expertise - qui assure directement cette activité de Back Office, bien souvent la frontière entre ces deux entités reste très floue dans la mesure où les contacts restent très nombreux. Seul le phénomène de réassurance peut être ici clairement identifié et donc séparé du reste du système. Ainsi Back Office et personnel en contact sont bien souvent confondus au cours de la transaction « sur mesure ».

Les pôles « sur mesure » et « standard » sont donc bien différenciés quand on analyse la structure de l'offre assurantielle en utilisant le modèle de la servuction.

2.1.2 - Les structures de la demande

Quel que soit le pôle auquel nous faisons référence, nous reconnaissons les attributs classiques du demandeur de service. En effet, que la souscription assurantielle soit « standard » ou « sur mesure », le client est toujours coproducteur du service. Sa présence doit toujours participer à la prestation et à la production assurantielle. Pour différencier la demande suivant les deux pôles, nous allons plus particulièrement nous attacher au statut socio-économique du client « en situation » (Boltanski & Thévenot [1991]), et à l'enjeu de cette situation vis-à-vis de lui-même suivant son statut.

Pour la transaction assurantielle « standard », généralement, le client a un statut socio-économique systématiquement privé ou plutôt individualisé. Dans ce cas, celui-ci vient pour son compte. Cependant ce statut doit être élargi à la nature de l'objet à assurer. Dans le pôle « standard », les enjeux économique et financier attachés à cet

objet sont relativement faibles, et la complexité du cas à traiter est plutôt limitée. Ainsi, la plupart du temps, le demandeur privilégie la rapidité et tient souvent à choisir son contrat d'assurance parmi une liste déjà préétablie. La souscription se fait ainsi avec un minimum de discussion et pas ou peu de négociation. Dans la transaction « standard », le statut de la demande est donc privée, à enjeu économique restreint et à complexité faible.

Pour la transaction assurantielle « sur mesure », les enjeux économiques et financiers attachés à l'objet à assurer sont perçus par les individus comme élevés. Dans tous les cas, cet objet ne relève pas d'une solution standard dans la mesure où il implique des exceptions, des procédures particulières et des expertises à mobiliser. L'objet peut encore nécessiter un traitement particulier du fait qu'il cristallise en lui - au delà de son utilité économique - une valeur subjective particulière venant de son unicité : l'œuvre d'art constitue un exemple parfait. Le demandeur préférera donc la précision et la réflexion plutôt que la rapidité. Son cas est tel qu'aucune liste préétablie de contrats ne peut le satisfaire. Il attend les propositions de l'offreur suivant ce qui se fait habituellement dans les cas proches du sien. Les propositions seront discutées, étudiées et négociées. Autant dans la transaction précédente le statut du demandeur est privé, en tant que personne, autant dans la transaction « sur mesure » il peut être privé et public (une personne morale). Ainsi, raisonner en termes de « marketing de grande consommation » et de « marketing industriel ou interorganisationnel » reviendrait ici à biaiser une partie de la réalité des pratiques assurantielles. En effet un individu fortuné peut aussi bien faire assurer une œuvre d'art qu'un musée ou une institution culturelle. Cependant, il convient de remarquer que la transaction assurantielle « sur mesure » constitue par excellence le monde des entreprises et des personnes morales (assurer un satellite ou un pétrolier par exemple...). A ce titre le demandeur, pas sa personne, représente une entreprise sinon une association. Dans tous les cas, dans la transaction assurantielle « sur mesure », les enjeux économiques et la complexité technique de l'objet à assurer sont jugés importants, et perçus comme exceptionnels dans la mesure où ils ne peuvent être traités de manière routinière. De plus les demandeurs sont presque exclusivement des entreprises ou des organisations - c'est-à-dire des personnes morales - et, dans une moindre mesure, des clients privés.

Les pratiques assurantielles sont donc duales. En effet, une transaction « standard » et une transaction « sur mesure » sont deux situations possibles de la souscription d'un contrat. La théorie économique classique, du fait qu'elle ignore cette dichotomie, est peut-être efficace en termes de modélisation de la réalité, mais comporte néanmoins des insuffisances évidentes en ce qui concerne les prescriptions managériales qu'elle devrait proposer.

2.2 - Pour un nouveau modèle théorique des pratiques assurantielles

2.2.1 - Les mondes de production de Salais et Storper

Le modèle de Salais et Storper [1993] sépare quatre grandes situations économiques de transaction que les auteurs appellent des « mondes de production ». Cette différenciation s'opère suivant la façon dont est traitée la demande, et la façon dont est caractérisée l'offre.

[Le traitement de la demande : Consolidation vs Irréductibilité]

La demande peut être traitée par l'offre de deux manières différentes. L'offreur peut d'abord considérer sa demande comme une classe, c'est-à-dire un ensemble homogène et indifférencié. Dans ce cas l'offreur propose un produit générique sur « un marché général et non sous l'ordre direct d'un consommateur » (Knight [1921]) et le client est réduit « à une pure multitude où toute individualité se perd » (idem). Les produits génériques sont anonymes quant à leur destination et définis indépendamment des parties prenantes de la transaction.

La consolidation de la demande s'oppose en cela au cas où l'offreur considère son client comme irréductible. Chaque demande est unique et comparable à aucune autre. Nous sommes dans le cas où la formation de classes est difficile à établir. A chaque demande correspond donc un produit, qui est qualifié de produit dédié.

[Les caractéristiques de l'offre : Standardisation vs Spécialisation]

L'offre peut d'abord être standardisée. Dans ce cas les ressources productives sont interchangeables et reproductibles. Le travail est découpé en tâches élémentaires et rationalisables dans un processus productif séquentiel. Dans cette perspective, la théorie taylorienne de la standardisation constitue un exemple explicite.

L'offre peut encore être spécialisée. Dans ce cas le travail, le processus productif et le produit sont hautement personnels, c'est-à-dire attachés à un individu ou un groupe de personnes que l'on peut qualifier de « spécialistes ». Les ressources sont idiosyncrasiques, c'est-à-dire spécialisées et orientées vers un marché où l'expertise est un facteur clé de succès.

[Les mondes de production]

En croisant l'offre et la demande, selon que celles-ci sont standardisée ou spécialisées, et consolidées ou irréductibles, nous obtenons quatre mondes possibles de production (Salais & Storper [1993]), c'est-à-dire quatre situations différentes de coordination et de régulation.

		Caractéristiques de l'offre	
		Spécialisée	Standardisée
Traitement de la demande	Irréductible	Monde de production interpersonnel	Monde de production marchand
	Consolidée	Monde de production immatériel	Monde de production industriel

L'intérêt de ce modèle est de montrer en quoi chaque monde de production constitue une situation d'échange particulière et, surtout, un mode de coordination particulier entre l'offreur et le demandeur. En effet, chacun de ces mondes est régulé par un schème de coordination spécifique. Cette régulation est le fait de l'existence de conventions propres à chacun de ces mondes (Dupuy [1989], Eymard-Duvernay [1989], Salais [1989], Thévenot [1989]). Ces conventions sont des savoirs partagés par les personnes situées dans un monde, à un instant t, concernant les compétences légitimes et les comportements à adopter pour soi et pour les autres. Ces savoirs communs permettent la coordination des anticipations qui rend possible la coordination des individus. Ce sont des « systèmes d'attentes réciproques concernant les compétences et

les comportements des autres » (Salais & Storper [1993], p. 31). Changer de monde revient donc à changer de conventions, c'est-à-dire d'attentes réciproques.

La coordination des acteurs dans un monde de production est donc rendue possible grâce au fait qu'ils savent se comporter normalement en situation en tant qu'offreur ou demandeur, et grâce au fait qu'ils savent comment l'autre doit se comporter pour respecter cette normalité et donc être « qualifié » pour évoluer dans ce monde. Intuitivement nous pouvons comprendre qu'un individu, implicitement, ne suivra pas le même comportement et la même exigence vis-à-vis de l'autre, suivant qu'il se trouve dans une transaction marchande ou interpersonnelle.

2.2.2 - L'intégration des pratiques assurantielles

Il convient maintenant de situer nos deux pôles transactionnels concernant les pratiques assurantielles, à l'intérieur de ce modèle. Cette intégration se fait à la vue de ce que nous avons énoncé dans notre partie précédente concernant les structures des offres et des demandes.

Concernant la souscription « standard », la structure de l'offre nous a montré que celle-ci est plutôt standardisée du fait de l'existence de procédures et de routines. La demande, quant à elle, se trouve largement consolidée. Les clients sont considérés dans leur masse et choisissent parmi une liste de contrats d'assurance génériques : les contrats d'adhésion. Nous nous trouvons donc dans un monde de production industriel.

Concernant le pôle « sur mesure », l'offre est spécialisée et idiosyncrasique. Nous avons montré que le personnel en contact était constitué d'individus investis d'une compétence et d'une expérience professionnelle fortes, et donc difficilement interchangeables et reproductibles. La demande, quant à elle, s'avère être irréductible. Chaque client est un cas à part qu'il convient de traiter de manière individuelle au moyen d'un contrat personnalisé. La transaction assurantielle « sur mesure » correspond au monde de production interpersonnel.

2.2.3 - Les enjeux

Les implications de notre réflexion concernent deux champs particuliers : la coordination économique des acteurs suivant le monde dans lequel ceux-ci évoluent, et la construction du produit, c'est-à-dire du contrat d'assurance.

[La coordination des acteurs]

Suivant le monde dans lequel l'offreur et le demandeur évoluent, ceux-ci ne se coordonneront pas de la même manière. L'offreur comme le demandeur n'auront pas le même comportement ni les mêmes exigences vis-à-vis des autres.

Dans une transaction « standard », nous avons vu que les assureurs proposent de manière conventionnelle une liste préétablie de contrats avec, pour chacun d'eux, un système d'options plus ou moins développé (assurance automobile, assurance étudiante...). L'assureur se doit de respecter cette règle de consolidation car les clients auxquels il se trouve confronté l'anticipent. Il suffit d'imaginer une situation dans laquelle un étudiant est reçu par un professionnel de l'assurance, dans un bureau personnalisé, en vue de l'établissement d'un contrat sur mesure. Au minimum cet étudiant prend conscience de l'incongruité de la situation dans laquelle il se trouve ou, au pire, il change d'assureur, impressionné par cette situation et préférant être reçu de façon ordinaire. Il est à noter que même le demandeur se doit de respecter son rôle « en situation » pour ne pas se faire mettre à l'écart par le marché (Gomez [1994]). Celui-ci

ne doit pas exiger plus que ce que la convention propose dans la transaction « standard », sous peine de se faire refuser par les assureurs. Le demandeur doit en effet respecter la standardisation de l'offre d'assurance qui est un élément de la convention propre au monde industriel. Ainsi il peut difficilement exiger un contrat personnalisé pour assurer son propre véhicule, sauf s'il accepte de payer un surcoût.

Dans une transaction « sur mesure », les offreurs et les demandeurs doivent aussi respecter un certain nombre de règles socioéconomiques pour intégrer le monde interpersonnel et accéder à l'échange. Ils doivent être des spécialistes dans leur domaine respectif. Le client est d'ailleurs bien souvent aussi un professionnel et n'agit pas forcément en son nom. Ils doivent respecter un langage commun (le langage des experts) et doivent obéir à des attentes réciproques. Un client fortuné venant assurer une œuvre d'art n'acceptera jamais de se faire recevoir dans une agence par un opérationnel incompetent en matière d'art, et de choisir parmi une liste de contrats préétablis. Ce client aura même rarement le choix de l'expert. En effet, s'il a déjà souscrit un contrat par le passé, il poursuivra ses transactions avec la même personne du fait des relations privilégiées qui ont été tissées ou, en cas de première assurance, il sera « traité » par l'expert qu'on lui proposera. Libre à ce client, ensuite, de le considérer comme compétent ou non, et donc de poursuivre ou d'arrêter la relation. Le client a ainsi difficilement le choix de l'expert car, bien souvent, il possède une information limitée concernant le personnel de la société d'assurance. A priori il n'a donc pas les moyens de connaître de manière exhaustive le nombre et la qualité des experts de cette société, et donc de choisir celui qui lui conviendrait le mieux.

De même le client doit respecter la spécialisation de l'offre qui est aussi un élément de la convention du monde interpersonnel, et ne peut pas exiger la rapidité et l'immédiateté propre au monde industriel ou marchand. L'assureur, du fait de l'enjeu, doit analyser chaque cas pour mesurer les risques propres à l'objet à traiter, ceci afin d'évaluer les primes d'assurance.

Et quand bien même celui-ci mobiliserait des outils de modélisation tirés de la méthode standard, l'assureur se doit de respecter un rôle en situation c'est-à-dire un registre d'actions en tant qu'assureur, afin d'aboutir à la réalisation de la transaction. Ce rôle correspond à des règles socioéconomiques dont la finalité est justement de faire émerger l'échange.

Les acteurs doivent donc respecter un registre d'actions propre à chaque monde. Si l'un de ces acteurs ne suit pas ce registre, il plonge son vis-à-vis dans une situation d'incertitude qui peut être intolérable suivant l'enjeu économique dans lequel il se trouve. Toutes ces règles socioéconomiques peuvent relever du « bon sens » car elles sont suivies implicitement par les acteurs. Or c'est à ces règles implicites que l'économie conventionnaliste s'intéresse (Eymard-Duvernay [1989], Gomez [1994], Salais & Storper [1993]), dans la mesure où ce sont ces règles de normalité qui permettent la régulation des offres et des demandes et donc l'échange.

[La construction du produit]

Nous avons vu en quoi la convention propre à un monde de production permet aux offreurs et aux demandeurs de se réguler. Elle leur offre un registre d'action qui leur permet de s'insérer dans une transaction en leur fournissant les règles de conduites que chacun suit implicitement. Le respect générale de ces règles implicites les rend effectives, convaincantes et donc « normales » aux yeux de tous. Ce qui contribue à ce que, dans un monde, chacun anticipe le respect de ces règles par l'autre.

Cependant ces conventions ne permettent pas seulement la régulation des acteurs. Elles permettent aussi l'élaboration du produit en tant que tel, c'est-à-dire le contrat d'assurance. C'est grâce à l'influence de ces règles sociales qu'est rendue possible la définition commune du produit et de sa qualité. Faute d'un tel accord, la transaction est impossible.

En ce qui concerne la pratique assurantielle « standard », c'est-à-dire le monde de production industriel, le contrat est destiné à un marché général en vertu de la convention de consolidation de la demande, et est produit selon une convention de standardisation qui s'étend sur toute l'offre d'assurance. La qualité d'un contrat peut être rattachée à un standard général qui permet de pouvoir comparer les contrats les uns par rapport aux autres. Cette double convention de consolidation et de standardisation est connue de tous, offreurs et demandeurs. La concurrence entre les assureurs s'effectue par le prix, seul moyen de différenciation que retient la demande. Elle repose sur ce qui apparaît pour chaque acteur, à un instant t , comme une liste préexistante de contrats d'assurance. Ces contrats sont a priori considérés comme disponibles sur le marché. Le contrat d'assurance « standard » émerge donc naturellement de ces conditions socioéconomiques qui relèvent des usages et des habitudes, c'est-à-dire des conventions.

En ce qui concerne la pratique assurantielle « sur mesure », c'est-à-dire le monde de production interpersonnel, chaque contrat est dédié et spécialisé. L'incertitude sur la qualité du contrat est, a priori, très élevée : les acteurs ne disposent pas de critères d'évaluation (des standards) de cette qualité préexistants. Cette qualité s'établit en fait par un sentiment partagé des acteurs de la transaction. Ce sentiment partagé vient du fait que offreurs et demandeurs entrent dans un processus de compréhension mutuelle. La transaction se bâtit sur une relation plus « riche » entre l'assureur et le client dans une relation « sur mesure » que dans une relation « standard ». Il existe en effet un apprentissage. Offreurs et demandeurs se connaissent et donc anticipent les attentes mutuelles, les besoins, les exigences, les stratégies, les valeurs... « Ce processus de compréhension mutuelle engendre une expérience commune qui sert de référence partagée et constitue le langage qui, ultérieurement, facilitera l'intuition de telles situations lorsqu'elles se renouvelleront » (Salais & Storper [1993], p. 45). La qualité, in fine, doit paraître équitable et surtout légitime aux yeux des acteurs. Elle relève d'une coutume ou d'un usage et non de la référence à une convention de standardisation comme précédemment. La transaction ainsi effectuée pourra servir d'expérience à laquelle chacun pourra se référer lors d'un prochain échange. La concurrence, dans les pratiques assurantielles « sur mesure », se fonde donc sur la qualité ressentie comme légitime. Un demandeur satisfait par un offreur au cours de transactions délicates reviendra systématiquement chez lui parce qu'il le connaît et parce qu'il est connu de lui, et parce qu'ils « savent » implicitement comment se comporter. Un client insatisfait devra changer et surtout rebâtir une nouvelle relation avec un autre assureur. La qualité perçue et légitime construit en quelque sorte une clientèle captive, dans la mesure où cette qualité se fonde sur cette expérience commune qui permet la régulation des acteurs.

3. CONCLUSION :IMPLICATIONS ET DISCUSSIONS

Le modèle des mondes de production de Salais et Storper et, au delà, la théorie des conventions nous permettent d'enrichir et de compléter les fondements théoriques des pratiques assurantielles. Le modèle économique classique qui fonde à l'heure actuelle la majeure partie de ces fondements s'intéresse avant tout au problème de la tarification, donc de l'évaluation de l'incertitude et du risque. En d'autres termes, la théorie économique se limite à l'explication des conditions d'équilibre dans la transaction assurantielle.

Cependant pour expliquer de manière exhaustive les conditions d'équilibre et, in fine, les déterminants de la transaction assurantielle, il convient aussi de prendre en compte les variables et les règles socioéconomiques qui régissent ces pratiques assurantielles. C'est l'ambition du modèle que nous avons cherché à développer. Celui-ci n'a pas comme finalité de remplacer la théorie économique classique, mais vient la compléter par une sorte d'addition théorique. A la théorie classique standard (Favereau [1989]) qui se concentre sur les problèmes de tarification et d'évaluation du risque et de l'incertitude, nous ajoutons la théorie conventionnaliste dont la finalité est d'analyser les conditions socioéconomiques de l'émergence de la transaction. Cet ajout a comme intérêt de produire des prescriptions jusque dans les pratiques de gestion des entreprises d'assurance, chose que la théorie économique classique seule peut difficilement permettre.

Cet enrichissement théorique en matière de prescriptions managériales porte, selon nous, sur deux domaines : le marketing et la gestion des ressources humaines.

[Théorie des conventions et Marketing]

L'essentiel de l'apport de la théorie des conventions au marketing management réside dans l'enrichissement de la notion des besoins. A la question de l'origine des besoins, le modèle conventionnaliste propose les conventions comme outils d'analyse de la construction et la traduction de la demande. " *...c'est parce que le client n'est pas seul, qu'il peut obtenir des indications sur la manière d'agir seul* " Marion[1997]. En ce sens qu'un consommateur ne peut définir ses besoins, pris au sens large, sans tenir compte de ce qu'il observe " en moyenne" autour de lui, et en tenant compte des autres individus, des produits et des attributs.

Selon Gomez [1995], pour pouvoir décider, il "suffit" d'observer ce qui se pratique habituellement. La qualité d'une prestation de service d'une compagnie d'assurance, par exemple, en matière des délais de dédommagement suite à un sinistre survenu dans une usine, ne peut s'apprécier d'une analyse strictement objective, mais de ce qu'il est "normal" d'attendre en cas pareil, et par rapport auquel on pourra juger si la qualité est acceptable ou non.

Les choix du client ne résultent pas d'une traduction "rationnelle" à partir de ses besoins. En matière d'assurance, et d'une façon générale, les clients évaluent très mal leurs probabilité d'accident, et de sinistre ainsi que les conséquences éventuelles de ceux-ci. C'est la nous semble-t-il la raison principale de l'intervention publique : obligation d'assurance des véhicule automobile. Un autre élément important est la complexité des produits d'assurance, à la fois dans leur conception, leur tarification et leur diversité. Même si le client est "rationnel" il aura du mal à comparer tous les

produits qui lui sont proposés, et se "satisfera" probablement d'un contrat qui lui donne un niveau de satisfaction suffisant.

Donc, l'originalité de l'approche conventionnaliste consiste à déplacer le problème des besoins (Marion,[1997]), en tant que "given needs"(Levitt,[1960]) vers un modèle basé sur l'idée de la construction de la conviction et de la croyance : "*c'est ainsi que l'échange doit se dérouler normalement*".

"*Le marketing apparaît alors comme une convention de qualification particulière*"(Marion,[1997]), permettant aux individus en quête de repères de limiter leur incertitude, et d'assurer sa réalisation puisque acceptée par une population suffisante d'adopteurs.

En ce qui concerne la convention de qualification propre aux produits standards, elle décrit, avec "une faible complexité" (idem), l'origine des besoins des consommateurs. Le client est pris en tant qu'individu anonyme appartenant à une population segmentée dont l'effectif est assez important, ce qui permet l'application des lois des grands nombres.

La stratégie marketing en matière de communication et publicité, peut orienter les choix des consommateurs en agissant sur le choix des médias publicitaires, des argumentaires pour favoriser la construction des "bonnes pratiques": par exemple, des messages faciles à mémoriser...etc. En pratique, tous les acteurs de la convention savent qu'il est très difficile, à titre individuel, pour un client de négocier avec les producteurs. Tout le dispositif matériel mis en place renforce cette convention: vente par téléphone, accueil non personnalisé...

La faible complexité de la convention favorise largement sa vulgarisation (idem). Tout consommateur, dans le champ des produits standards, a l'expérience des échanges dans ce domaine grâce à un savoir commun (Dupuy,[1989]).

En revanche, la convention de qualification propre aux produits sur mesure, est plus complexe, puisqu'elle tient compte de l'importance des relations interorganisationnelles (fournisseur /client) plus singulières que dans le cas des produits standardisés.

L'ambition étant d'apporter les solutions au client, qui s'attend à un traitement particulier pour résoudre son problème et réduire ces risques perçus. Les obligations de part et d'autre sont fortement personnalisées et l'échange est négocié dans un cadre d'une relation singulière où chaque partie se voit attribuer un rôle actif dans la construction de l'échange. Le client et le fournisseur sont supposés agir en collaboration directe pour déterminer l'objet de l'échange. La qualité du client importe autant, voire plus, que la qualité de produit. L'inscription de la qualité du client dans le processus de la construction du produit n'est pas uniquement la tâche de la fonction marketing : d'autres fonctions de l'entreprise entrent en interaction avec le client.

Les contacts sont hautement sélectifs du fait de la position du client et du fournisseur : invitation personnelle aux manifestations commerciales et culturelles, suivi spécifique par un vendeur bien identifié. Cette situation donne lieu à une construction sociale particulière, et permet de juger la qualité " psychosociologique" de la relation.

Tous les acteurs de cette convention savent pertinemment que l'établissement de la relation se fait d'une manière sélective et qu'il faut un ensemble de dispositifs matériels pour renforcer cette convention (Marion [1997]).

[Les prescriptions en termes de structure organisationnelle, des conventions de travail]

Le modèle, tel que nous venons de le développer, nous fournit certaines prescriptions en ce qui concerne la structure organisationnelle et l'allocation et la coordination des ressources humaines.

Concernant le monde de production industriel, - « *stratégie de rationalisation industrielle* » selon Gadrey ([1996], p. 333)-, c'est-à-dire la transaction assurantielle « standard », nous savons que la coordination des offreurs et demandeurs suit une double convention de standardisation et de consolidation qui font abstraction de l'identité des personnes. Dans ce type de transaction, le travail est fondé sur des règles objectives, extérieures et indépendantes des personnes qui effectuent le travail dans la société d'assurance (Salais & Storper [1993], p. 84). Ces règles correspondent, de manière concrète, à des procédures standards à respecter, qui visent entre autre à réaliser des gains de productivité « *important et mesurables, en faisant jouer par ailleurs aux technologies nouvelles un rôle central* »(Gadrey [1996]), (suivre les indications des applications informatiques, respecter les procédures et règles imposées à toute souscription nouvelle...). Le travail et les tâches à effectuer sont dès lors circonscrits à une gamme préétablie et prescrite de façon routinisée. Leur traitement implique souvent des procédures hiérarchiques invariantes et de programmes très détaillés mis au point par la « technostructure ».

Le travail est donc fortement standardisé. La qualité des personnes disparaît pour être remplacée par une qualification des tâches et leur distribution selon une hiérarchie. Les tâches, même si le comportement des salariés reste par essence incertain, deviennent prévisibles. Elles correspondent à des régularités, des précédents et des routines. Dès lors l'ancienneté, dans les compagnies d'assurance délivrant des contrats « standards », exerce un effet bénéfique dans l'apprentissage des routines de travail. L'ancienneté devient un facteur de légitimité et une variable de propagation de la qualité du travail standardisé dans la transaction assurantielle.

Selon Gadrey [1996], la structure organisationnelle est caractérisée par: une organisation en lignes de produits, une division des tâches entre exécution et conception à tous les niveaux avec un accent particulier sur le contrôle des moyens et des tâches, sur les coûts.

En ce qui concerne le monde de production interpersonnel, - ou encore selon Gadrey [1996] la stratégie de rationalisation professionnelle- dans notre étude la transaction assurantielle « sur mesure », la qualité du travail correspond à une double convention de non-consolidation et d'idiosyncrasie de l'offre. La transaction se déroule dans un cadre de familiarité entre offreur et demandeur. La qualité du travail du salarié de la compagnie d'assurance est donc directement évaluée par la satisfaction du client.

Pour ce type de compagnie, ce qui est essentiel est le maintien du personnel dans son statut d'autonomie et dans sa responsabilité en matière de compétence. Chacun doit pouvoir gérer son travail comme il le veut, et chacun doit rester seul responsable de son travail. L'essentiel est aussi d'instituer entre les salariés une communauté de personnes. Leurs compétences et leur légitimité aux yeux des clients sont telles que chacun se connaît. Chaque salarié doit donc avoir un passé (les études supérieures) ou un enracinement commun avec les autres individus de la communauté. La fraternité et l'esprit de corps est un produit des conventions de ce monde de production.

[Les prescriptions en termes de management stratégique propres à l'activité d'assurance]

Ces prescriptions appellent une précision et un approfondissement que nous ne pouvons effectuer dans le cadre de cet article . Il est à noter que d'autres prescriptions, en dehors du marketing et de la GRH, peuvent être envisagées. En effet, le modèle conventionnaliste de Salais et Storper peut aussi nous guider en matière de management stratégique notamment en ce qui concerne la segmentation stratégique des activités, les stratégies de spécialisation et de diversification, et peut aussi nous conduire à une réinterprétation des portefeuilles d'activités.

Suite à ce que nous venons de développer, il convient de comprendre en quoi les sociétés d'assurance se doivent, dans leur gestion interne, de clairement identifier les ressources et les compétences. Cette identification peut déboucher sur des analyses « *Resource Based* » des sociétés d'assurance, et surtout sur des analyses en termes de dégagement de valeur c'est-à-dire en termes de force concurrentielle. La chaîne de valeur peut dès lors être un bon outil de prolongement de notre analyse. Quelle vont-être les structures des différentes chaînes de valeur à mettre en place suivant les formes de marché? Pour la société d'assurance, quelle sera la chaîne de valeur propre au marché « standard » ou au marché « sur mesure » ?

Nous pouvons en effet comprendre en quoi certains éléments de cette chaîne peuvent varier suivant les types de marché : infrastructure de la firme, gestion des ressources humaines (concernant les activités de support); logistique interne, commercialisation et services (concernant les activités principales).

Suivant les mondes où nous nous trouvons, il convient d'envisager les différences en termes de chaîne de valeur en ce qui concerne la société d'assurance. Une même société d'assurance doit donc concevoir sa production de valeur sous deux formes différentes (et non une), suivant qu'elle effectue en même temps des transactions « standard » et/ou « sur mesure ».

Quoi qu'il en soit le modèle conventionnaliste, sans renier les apports de la théorie économique classique, nous permet de mieux coller à la diversité des marchés de l'assurance et laisse envisager des prescriptions que la seule théorie économique classique ne pouvait formuler. Ce modèle nous permet aussi de résoudre une incongruité théorique qui était l'opposition entre une vision modélisatrice unique de la transaction assurantielle et la réalité complexe et diversifiée de celle-ci « sur le terrain ».

REFERENCES

- ARNOTT R., STEGLITZ J. [1990], « The welfare economics of moral hazard » *Risk, Information and Insurance*, Edition Loubergé, Boston.
- AKERLOF, G. A. [1970], « The market for 'Lemons' ; Qualitative Uncertainty and the market Mechanism », *Quarterly Journal of Economics*, 84(3) p 498-500.
- ALLAIS M. [1953], « Le comportement de l'homme rationnel devant le risque, critique des postulats et axiomes de l'école américaine. » *Econometrica*, vol.21,
- ARROW K.J.[1978], « Risk Allocation and Information. Some Recent theoretical Developments » *Les cahiers de Genève*, n°8 Juin
- BOLTANSKI L., THEVENOT L. [1991], *De la justification - Les économies de la grandeur*, nrf essais, Gallimard.
- CHIAPPORI P.A [1996]. *Risque et assurance*, Dominos, Flammarion, Paris

CRESTA, J.P. [1984] *Théorie des marchés d'assurances*, Economica

DE BANDT J., GADREY J. [1994] *Relations de service, marché de services*, CNRS ed.

DUPUY J.P. [1989], « Convention et Common Knowledge », *Revue Economique*, Vol.40, n°2, mars.

EDGETT S., PARKINSON S. [1993], « Marketing for Services Industries - A Review », *The Service Industries Journal*, Vol. 13, n°3, July.

EIGLIER P. , LANGEARD E.[1975] « Une approche nouvelle du marketing des services » *Révue Française de Gestion*, Nov.

EWALD F. , LORENZI J.H., [1997], *Encyclopédie de l'assurance* Economica .

EYMARD-DUVERNAY F. [1989], « Conventions de qualité et formes de coordination », *Revue Economique*, Vol. 40, n°2, mars.

FAVEREAU O. [1989], « Marchés internes, marchés externes », *Revue Economique*, Vol. 40, n°2, mars.

GADREY J. [1996], *Services : la productivité en question*, Desclée de Brouwer.

GADREY J, [1993] « Le service n'est pas un produit : quelques implications pour l'analyse économique et pour la gestion » *Politique et management public*, vol 9, n°1

Gallouj C et Gallouj F.[1997] « L'innovation dans les services et le modèle du « cycle du produit inversé » *Revue Française de gestion* Mars-Avril -Mai

GOMEZ P.Y. [1994], *Qualité et théorie des conventions*, Economica.

GOMEZ P.Y. , MARION G. [1992], « Convention et marketing : j'en ai rêvé, Sony l'a fait », *Gérer et comprendre, Annales des Mines*, mars.

HENRIET D., ROCHET J.C. [1991] *Microéconomie de l'assurance* Economica

KNIGHT F. [1921], *Risk, Uncertainty and Profit*, New York, A.H. Kelly.

KNIGHT F. [1990], « Risques et incertitude », *Risques*, Décembre

LOUBERGE H.[1981] *Economie et finance de l'assurance et de la réassurance*, Dalloz Gestion

LOUBERGE, H.[1995], « *Insurance and Catastrophes : comment* » The Geneva Papers on Risk and Insurance Theory , 20 (2)

MARION G.[1997], « Une approche conventionnalistes du marketing », *Revue Française de Gestion*, n°112, janvier –février.

SALAI R. [1989], « L'analyse économique des conventions du travail », *Revue Economique*, Vol. 40, n°2, mars.

SALAI R., STORPER M. [1993], *Les mondes de production - Enquête sur l'identité économique de la France*, Editions de l'école des hautes études en sciences sociales.

THEVENOT L. [1989], « Equilibre et rationalité dans un univers complexe », *Revue Economique*, Vol. 40, n°2, mars.