

Déterminants de la satisfaction des assurés dans le contexte de l'assurance dommage au Bénin

Determinants of policyholder satisfaction in the context of damage insurance in Benin

ELEGBEDE Kenneth

Docteur en Sciences de Gestion
Ecole Supérieure Robert de Sorbon
Nancy- France
e.kenneth@yahoo.fr

NOUATIN Guy

Professeur Titulaire
Université de Parakou
Parakou - Bénin
gnouatin@gmail.com

Date de soumission : 27/10/2022

Date d'acceptation : 02/01/2023

Pour citer cet article :

ELEGBEDE.K & NOUATIN.G (2023) « Analyse du lien et de l'interaction entre performances sociale et financière des entreprises: une synthèse de la littérature », Revue Française d'Economie et de Gestion «Volume 4: Numéro 1 » pp : 274 – 296.

Author(s) agree that this article remain permanently open access under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 International License



Résumé

Le marché mondial de l'assurance est en constante progression. Cependant, l'Afrique demeure le parent pauvre de cette évolution. La présente recherche offre un nouveau prisme d'analyse basé sur la notion centrale du marketing selon laquelle, un client satisfait réitère son achat et devient fidèle à la marque et à l'entreprise. Par une approche mixte (qualitative et quantitative), des questionnaires ont été administrés à un échantillon de 2035 enquêtés. Compte tenu de la spécificité de notre étude, le modèle tétra classe de Llosa a été utilisé et permet d'obtenir des informations basées sur des données factuelles et de capter par là même les spécificités expérientielles de la satisfaction. L'étude révèle la présence d'éléments « Basiques », « Plus », « Secondaires » et « CLE » contribuant diversement à la satisfaction des assurés. Il convient de noter que les « éléments Basiques », participent fortement au niveau de la non-satisfaction globale du client lorsqu'ils sont évalués de façon défavorable. Quand ils sont évalués de façon favorable, ils concourent faiblement à la satisfaction du client. La capacité des compagnies d'assurance à satisfaire aux exigences de ce système de management demeure une préoccupation.

Mots clés : Assurance-Dommage ; Satisfaction ; Assurés ; Déterminants ; Bénin

Abstract

The global insurance market is constantly growing. However, Africa remains the poor relation of this evolution. This research offers a new prism of analysis based on the central concept of marketing according to which, a satisfied customer repeats his purchase and becomes loyal to the brand and the company. Using a mixed approach (qualitative and quantitative), questionnaires were administered to a sample of 2,035 respondents. Given the specificity of our study, the tetra-class model of Llosa was used and makes it possible to obtain information based on factual data and thereby capture the experiential specificities of satisfaction. The study reveals the presence of "Basic", "Plus", "Secondary" and "CLE" elements contributing in various ways to the satisfaction of policyholders. It should be noted that the "Basic elements", strongly contribute to the level of overall customer dissatisfaction when they are evaluated unfavorably. When evaluated favorably, they contribute little to customer satisfaction. The ability of insurance companies to meet the requirements of this management system remains a concern.

Keywords: Damage Insurance; Satisfaction; Insured; Determinants; Benin

Introduction

Bien que le secteur de l'assurance en général marche sur des bases universelles tout en faisant usage des mêmes techniques, le marché africain de l'assurance quant à lui, présente quelques spécificités. Les facteurs socio-culturels comme la solidarité traditionnelle et le principe de proximité sont en effet à la base des structures sociales qui déterminent les échanges économiques. Différentes stratégies communautaires de prévention et de gestion du risque comme les tontines ou les dons réciproques ont été mises en place par une partie des populations, notamment celles à faibles revenus. Ces systèmes traditionnels d'entraide qui permettent de faire face aux aléas de la vie constituent des freins objectifs au recours à l'assurance moderne.

Le marché mondial de l'assurance ne cesse de progresser et les primes collectées ont atteint 5 193 milliards USD en 2018 contre 4 957 milliards USD en 2017, dépassant ainsi pour la première fois la barre des 5000 milliards USD (Atlas magazine, 2019). La progression sur la période s'établit à 4,8% contre 2,6% entre 2017 et 2016 (Atlas magazine, 2019).

À l'échelle mondiale, l'Afrique ne représente que 1,5 % du marché global des assurances, alors qu'elle pèse pour 13 % de la population mondiale (Etude FANAF/ Brochure-2006_N°06). A titre illustratif, sur les 5 193 milliards de dollars de primes émises en 2018 (en hausse de 4,8 % en glissement annuel), les primes émises en Afrique ne représentent que 1,8 %, d'après les données de Swiss Re. En 2020, selon la même source, la part de marché de l'Afrique toutes branches confondues était de 0,96% contre 1,07% en 2019. En effet, les sommes payées pour garantir les risques restent, en général, extrêmement faibles par rapport à la richesse produite par les pays africains. Il en ressort que le continent africain ne pèse pas lourd sur le marché mondial de l'assurance. L'assurance africaine se présente donc comme le parent pauvre de la finance dans cette partie du globe. La situation pourrait sembler totalement paradoxale, sur un continent où se prémunir contre les risques sanitaires, économiques ou liés à l'instabilité politique devrait être perçu comme une absolue priorité, aussi bien par les particuliers que les entreprises.

Moult facteurs ont été évoqués par la littérature pour expliciter le retard du développement de l'assurance en Afrique en général et particulièrement en Afrique subsaharienne. Certains auteurs ont analysé le phénomène sous le prisme socio-culturel. D'autres l'ont analysé sous l'angle économique. En effet, avec une moyenne d'environ 45% de sa population vivant avec moins de 1,25 dollars par jour, l'Afrique subsaharienne se présente comme une poche d'extrême pauvreté (Banque Mondiale, 2020). En retour, beaucoup de compagnies d'assurance,

et les produits qu'elles proposent, sont encore très souvent considérés comme élitistes, difficilement accessibles et non adaptés aux réalités de la vie quotidienne de la population. Par ailleurs, du point de vue social culturel, la solidarité familiale dite de proximité concurrence fortement les produits « non vie ». De même, la place fondamentale de la religion dans la vie de tous les jours dont le leitmotiv est « Dieu s'en charge » revient souvent comme un argument pour ne pas souscrire une police d'assurance. Certains professionnels plus avertis analysent le phénomène plutôt sous le prisme de la carence des autorités publiques. Au Bénin, on note une avancée notable en matière de législation, mais l'application des lois reste limitée. Cependant, peut-on dire pour autant des constats sus-évoqués, que l'assurance en Afrique noire est vouée à disparaître ou, dans le meilleur des cas, à connaître un développement sinueux ?

Le présent article vise à offrir un nouveau paradigme d'analyse basé sur la notion centrale du marketing selon laquelle, un client satisfait réitère son achat et devient fidèle à la marque et à l'entreprise. Existe-t-il des éléments dont le poids est fluctuant parmi les déterminants qui contribuent à la satisfaction des assurés ? Ce travail envisage apporter plus de clarifications sur les déterminants de la satisfaction des clients comme outil stratégique et durable de pilotage de l'entreprise d'assurance au Bénin.

Il est organisé autour de trois éléments structurants ainsi qu'il suit : (i) d'abord, la zone d'étude et la méthodologie utilisée ont fait l'objet d'attention, (ii) ensuite, les résultats obtenus au terme de l'analyse des données ont été présentés et (iii) les implications théoriques et pratiques ont été mises en exergue à travers la discussion pour finir.

1. Revue de littérature

Face aux nombreux risques qui menacent toute entreprise humaine, nous sommes plus forts si nous acceptons de mettre ensemble les aléas qui peuvent nous toucher individuellement. Ce partage du risque est au cœur du fonctionnement de l'assurance. On peut donc considérer que l'assurance est le digne héritier des mécanismes informels et naturels de solidarité qui existaient dans les sociétés ancestrales : celui qui est touché par le malheur est aidé par les autres et la force de la collectivité fait qu'un risque considérable au niveau d'un individu et qui peut compromettre définitivement son bien-être devient tout à fait maîtrisable et supportable quand il est reparté sur un grand nombre. La complexité des risques à couvrir et les mécanismes naturels de l'économie développée ont fait que cette activité d'assurance est devenue un métier complexe pris en charge par des assureurs professionnels qui jouent le rôle à la fois d'experts pour évaluer les risques et de rassembleurs collectifs des risques individuels. On peut à ce titre affirmer que de toutes les professions de la sphère financière, l'assurance est par essence la plus

solidaire et la plus sociale. Pourtant à l'évidence, l'assurance souffre d'un déficit d'image aux yeux du grand public. Elle est souvent considérée comme inutilement complexe, source de soupçons, de discussions infinies voire de déceptions. L'assurance est pourtant devenue un compagnon indispensable de nos sociétés. Pourrait-on imaginer un monde sans assurance ? Pour le particulier, elle est la protectrice de la cellule familiale dans les événements de la vie de tous les jours. Pour l'entrepreneur, elle est le vecteur qui permet le développement de son activité et de ses initiatives.

On pourrait distinguer différents types d'assurance selon les domaines d'intervention. D'une part, on distingue les assurances privées des assurances sociales et des assurances publiques à partir des règles de sélection, qui sont nécessaires pour préserver les garanties des assurés et la solvabilité des intervenants ; d'autre part, on parle des assurances de répartition et des assurances de capitalisation. Les assurances indemnitaires dites de répartition, correspondent à une forme élémentaire de répartition des risques au sein d'une mutualité d'assurés : au cours d'une année d'exercice, l'assureur répartit entre les assurés sinistrés la masse des primes payées par l'ensemble des membres de la mutualité, la probabilité de réalisation du risque étant constante au cours du contrat ; c'est-à-dire qu'elles ont une durée annuelle, et les sinistres de l'année sont couverts par les primes encaissées au cours de cette année.

Les assurances de dommages (les assurances des choses), les assurances de responsabilité, et les deux assurances de personnes : les assurances maladie et les assurances accidents sont gérées en répartition. L'avantage de la gestion en répartition est de doter la société d'un fonds de roulement préalable et d'un flux de trésorerie dès le paiement de la prime annuelle. Le paiement d'une prime annuelle constitue en quelque sorte une avance de trésorerie qui protège l'assureur contre les inflations et les fluctuations conjoncturelles en attendant la survenance de sinistre. Cette prime payée au début de chaque exercice d'assurance est destinée à couvrir le risque de l'année.

Les assurances de capitalisation sont des assurances souscrites à long terme et dont les primes sont capitalisées selon la méthode des intérêts composés. Le risque couvert n'est pas constant contrairement aux assurances de répartition, il augmente ou diminue au cours du contrat (ex : risque de décès). Les branches gérées en capitalisation sont : vie-décès, nuptialité-natalité, assurances liées à des fonds d'investissement, opérations tontinières, capitalisation, gestion des fonds collectifs, prévoyance collective. Ces assurances ont pour objet de garantir contre des risques dont la gravité croît généralement avec le temps et ce, d'une façon continue. Leur couverture au moyen d'une prime périodique constante nécessite la formation de réserves

spéciales constituées par la capitalisation de la différence entre la prime nivelée perçue au cours des premières années d'assurance et la valeur réelle du risque à cette époque. L'assurance est au centre de plusieurs disciplines : l'économie, les finances, les mathématiques, les statistiques, la sociologie, le droit etc... (Devolder, 2006). En partant de la définition du contrat d'assurance, il se dégage trois faits qui distinguent l'assurance privée moderne d'un simple pari. En effet, l'assureur gère une mutualité, et non un contrat, il s'intéresse à son compte d'exploitation et à son bilan et seul le résultat global de la masse des contrats en portefeuille lui importe (les bénéfiques ou les pertes des contrats composants peuvent se compenser) ; il doit faire face à des frais généraux, à des dépenses de commercialisation et il doit dégager un excédent. C'est un exercice complexe auquel doit se livrer tout assureur privé. Pour y parvenir, l'assureur se sert des techniques actuarielles. Ces dernières mettent en évidence des règles particulières de gestion des risques, qui distinguent les techniques d'assurances privées des techniques de couverture des risques en assurances sociales ou régime de responsabilité publique.

En accord avec (Denuit & Charpentier, 2004), rappelons que l'assureur est un producteur et un vendeur de sécurité, et que comme tel, il doit évaluer le prix de revient de son produit, afin d'établir son prix de vente. Ne pouvant pas connaître son prix de vente d'avance comme dans le secteur secondaire de l'industrie, l'assureur vend la sécurité sous forme de contrats d'assurance moyennant un prix appelé « prime ou cotisation » suivant qu'il s'agisse d'une société commerciale ou d'une mutuelle. Cette prime est déterminée sur base de statistiques historiques et rien ne garantit qu'elle soit conforme aux affaires auxquelles elle est appliquée. La conformité ne sera vérifiée qu'au moment de règlement de l'ensemble des sinistres d'un exercice et les frais que ceux-ci auront occasionné.

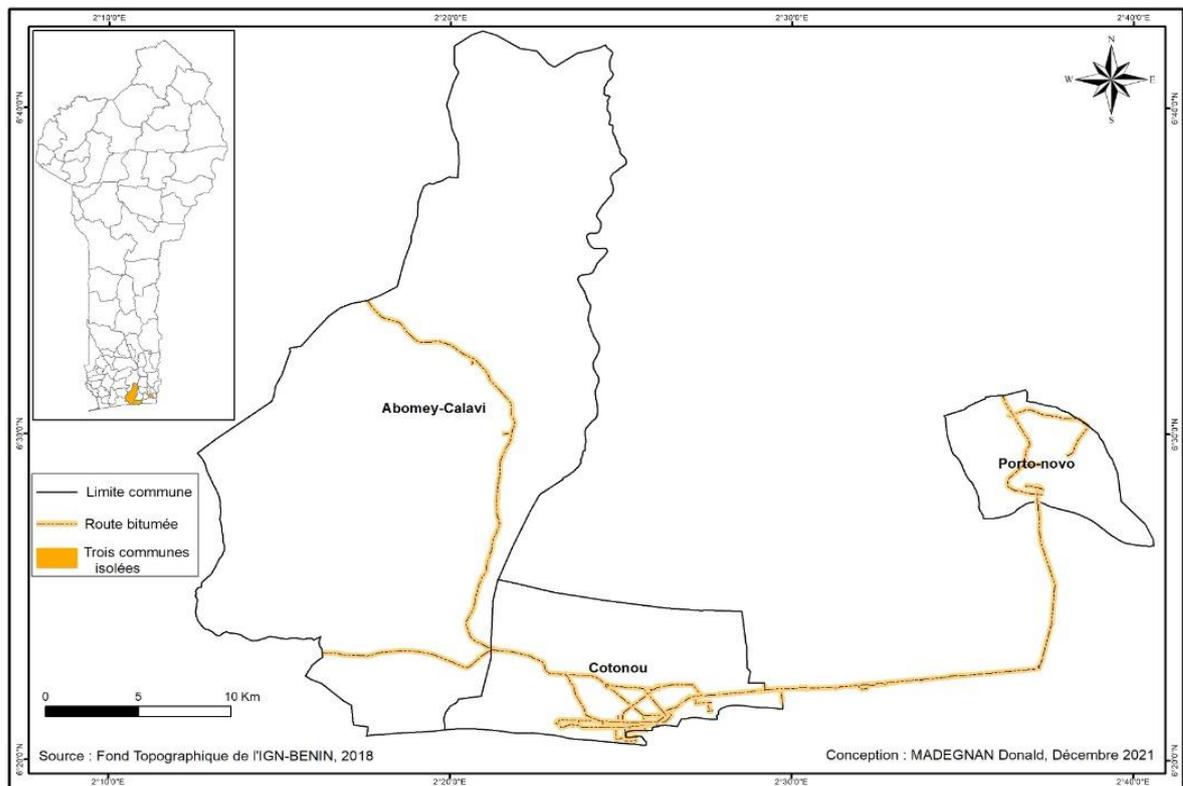
2. Matériel et Méthode

2.1.Zone d'étude

L'étude est réalisée au Bénin, plus précisément dans les villes de Cotonou, Porto-Novo et Abomey-Calavi, constituant l'agglomération Sud du Bénin. Le Bénin est indépendant depuis le 1er août 1960. Initialement dénommé Dahomey, il a pris le nom de République Populaire du Bénin le 30 novembre 1975 puis celui de République du Bénin en février 1990. Depuis 1990, le Bénin dispose d'une Constitution qui prévoit un régime présidentiel et des institutions garantes de l'état de droit. La démocratie n'a cessé de s'enraciner et de se consolider avec la tenue effective de trois élections municipales, communales et locales, de huit élections législatives et de six élections présidentielles organisées conformément au calendrier électoral

tel que prévu par la Loi électorale. La zone d'étude est représentée à travers la figure ci-dessous (figure 1).

Figure N°1 : Carte de la zone d'étude



Source : Auteurs, Fond Topographique de l'IGN-Benin, 2018

2.2. Unités de recherche et techniques d'échantillonnage

La population d'étude est constituée par l'ensemble des personnes assurées résidant dans les trois villes à savoir : Cotonou, Porto-Novo et Abomey-Calavi, constituant l'agglomération sud du Bénin. La difficulté de disposer d'une base de données pour cette population d'étude a conduit au choix de la méthode des quotas pour construire l'échantillon. Par ailleurs, l'échantillon a été construit sous l'hypothèse que le nombre d'assurés de chaque ville est proportionnel à l'importance démographique de la ville. L'échantillon grand public (population mère), a été construit de façon à être représentatif de l'ensemble des clients des assureurs de l'agglomération sud du Bénin. La taille de l'échantillon a été fixée à 1 600 individus. Ceci a permis d'obtenir une précision maximale de $\pm 2,5$ points de pourcentage sur les indicateurs nationaux. La répartition proportionnelle est présentée dans le tableau suivant.

Tableau N°1 : Répartition de l'échantillon

	Population Mère	Echantillon proportionnel	Marge d'erreur (précision)
Cotonou	678 874	679	3,8%
Abomey-Calavi	655 965	657	3,9%
Porto-Novo	263 616	264	6,2%
Total	1 598 455	1 600	2,5%

Source : Auteurs, 2021

Le plan d'échantillonnage devrait veiller à ce que le nombre d'interviews par ville soit assez élevé pour que les indicateurs puissent être estimés de façon précise pour chaque ville, une marge d'erreur de 5 points de pourcentage ayant été fixée dans chaque ville. L'échantillon représentatif présente donc la lacune d'être trop faible dans la ville de Porto-Novo pour permettre que les indicateurs mesurés dans cette ville soient assez précis (moins de 5% de marge d'erreur). Il a donc été effectué une légère déformation, permettant de remédier à ce fait.

Tableau N°2 : Répartition corrigée de l'échantillon

	Population Mère	Echantillon final	Marge d'erreur (précision)
Cotonou	679	625	4,0%
Abomey-Calavi	657	575	4,2%
Porto-Novo	264	400	5,0%
Total	1 600	1 600	2,5%

Source : Auteurs, 2021

Des redressements ont donc été nécessaires du fait de la déformation de l'échantillon proportionnel. Cette déformation provient de la volonté d'estimer de façon plus précise les différents indicateurs

2.3.Méthodes, techniques et outils de collecte des données

Différentes méthodes ont été proposées pour l'analyse des déterminants parmi lesquelles nous pouvons citer la méthode des incidents critiques (Flanagan, 1954), le modèle de KANO (Kano, 1984), l'analyse de Brandt (Brandt, 1988), la carte des deux importances de Venkitaraman et Jaworski (Bartikowski & Llosa, 2001), ou encore le modèle tétra classe (Llosa, 1996). Compte tenu des caractéristiques et contraintes de chacune de ces méthodes, l'approche que nous avons

retenue pour notre recherche est la méthode d'analyse factorielle des correspondances proposée par Llosa (Llosa, 1997). Les raisons qui ont motivé notre choix sont les suivantes :

- La méthode des deux importances est éliminée dans la mesure où la catégorisation des éléments se fonde sur l'importance déclarée et non sur la performance perçue des éléments et la détermination des frontières entre catégories n'est pas clairement précisée par la méthode.
- La méthode de Brandt est éliminée car elle suppose l'utilisation d'échelles à intervalles égaux pour mesurer la performance perçue des éléments de la satisfaction, ce qui demande à être vérifié.
- Nous éliminons la méthode de Kano, car elle est fondée sur des simulations, ce qui risque de mesurer davantage la contribution des éléments à l'attitude vis-à-vis du service que la satisfaction et surtout en raison de la lourdeur de sa mise en application (deux questions pour chaque élément).

La collecte des données a été réalisée d'avril à octobre 2021, en deux phases, avec une pause de 30 jours entre les deux phases. La collecte de données s'est faite à l'aide des tablettes Android. Comme précisé plus haut, la collecte des données s'est effectuée en deux phases : une phase qualitative et une phase quantitative. La phase qualitative a consisté en la réalisation des entretiens auprès de 25 assurés de l'Africaine des Assurances au regard de éléments obtenus dans les boîtes à suggestions de ladite structure. Une première série de 20 entretiens exploratoires non directifs, et menés à différentes étapes du processus conduisant à l'obtention du contrat d'assurance, a été effectuée en vue d'identifier les éléments pris en compte par l'assuré pour évaluer son expérience. Une deuxième série de cinq entretiens semi directifs conduits au moment de la déclaration de sinistre pour trois cas et au moment de la réception des chèques d'indemnisation pour deux cas, a permis de valider et de compléter la liste des éléments identifiés. La phase quantitative a consisté en l'élaboration d'un questionnaire administré aux assurés. La satisfaction a été mesurée par 5 mesures, permettant de capter les différentes dimensions cognitive, affective et conative, en adoptant une échelle de LIKERT en 5 points. Une échelle de performance en 4 points auxquels s'ajoute la possibilité d'une réponse « neutre », recueillant le degré d'accord des répondants avec une formulation affirmative et positive relative à chaque élément, a permis d'évaluer ces derniers.

2.4.Méthodes, techniques et outils d'analyse des données

Parallèlement aux travaux de collecte des données sur le terrain, la qualité des données recueillies a fait l'objet d'une attention particulière. L'utilisation des tablettes comme outils de

collecte a permis une saisie automatique au moyen du logiciel CsPro incorporé dans les tablettes. Les données n'ont été exploitées qu'après leur apurement final. Toutes les variables identifiées et qui ont été reconnues comme influençant la satisfaction des assurés ont été retenues pour l'analyse. Tous les éléments ont donc été testés. La contribution des éléments à la satisfaction a été calculée par une Analyse Factorielle des Correspondances sur un tableau de contingence construit de la façon suivante :

- En colonne se trouvent les modalités d'un indice global de satisfaction (SAT) réduit à deux classes. SAT varie de 1 à 10.
- En abscisse, les éléments susceptibles d'influencer la satisfaction de l'assuré. Chaque élément est décomposé en deux sous éléments selon que sa performance est évaluée positivement ou négativement.

Portant sur deux variables, l'Analyse Factorielle des Correspondances produit un axe factoriel unique, expliquant 100% de la variance. Cet axe est par construction un axe de satisfaction sur lequel nous pouvons reporter les deux modalités de l'indice global de satisfaction et celles de chaque élément (évaluation positive et négative de la performance de l'élément). La schématisation des éléments sur une carte permettant leur catégorisation en classes est réalisée par pliage de cet axe de satisfaction. Chacun des éléments est alors représenté par le biais de ces coordonnées (l'abscisse correspondant à la contribution de l'élément à la satisfaction lorsqu'il est évalué négativement et de l'ordonnée étant sa participation à la satisfaction lorsqu'il est évalué positivement. Les frontières entre les classes d'éléments sont précisées par les coordonnées de l'indice global de la satisfaction.

3. Résultats

3.1. Indicateurs de la satisfaction des clients

3.1.1. Qualité du portefeuille des offres (produits et services) de votre compagnie d'assurance

Concernant le niveau de satisfaction sur les points suivants du portefeuille des offres (produits et services) des compagnies auxquelles sont affiliés les 2010 enquêtés, les résultats rapportés dans le cadre de notre étude montrent que 98,6% sont satisfaits de la diversité des produits à eux proposés. Le reste des enquêtés varient respectivement entre 0,8% « neutres » et 0,5% « Peu satisfaits ».

S'agissant de l'adaptabilité des produits (par rapport à l'activité ou aux besoins particuliers des assurés), on note que 5,7% sont peu ou pas satisfaits contre 94,2% de réponses positives.

Pour ce qui concerne le caractère innovant des produits moins de 8% ont réagi négativement contre plus de 92% de réponses positives.

3.1.2. Prise en charge commerciale par votre assureur

L'accessibilité des locaux (siège, bureaux directs, agences) et la courtoisie des agents (producteurs, rédacteurs, sinistre, commerciaux) sont très appréciées par tous les enquêtés (99,6%). Les compétences techniques du chargé de clientèle (producteur, commercial, etc) sont appréciées par tous les enquêtés.

3.1.3. Qualité du processus de cotation et de mise en place du contrat

98,6% des enquêtés sont unanimes sur leur satisfaction quant à la rapidité de la prise en charge de leur demande par leurs assureurs. Concernant les questions de conformité des garanties demandées, 94,2% déclarent en être satisfaits contre (5,8%) qui n'expriment pas de satisfaction. 99,6 % des enquêtés ont un réel sentiment d'être pris en charge lorsqu'ils font des requêtes. L'explication sur le fonctionnement du contrat y compris ce qu'il faut faire en cas de sinistre est bien fournie par les assureurs selon 99,5% des personnes enquêtés. Tous les 2010 enquêtés à l'exception de 13 ont exprimé leur satisfaction quant à l'accessibilité du canal de dépôt de la réclamation. Le délai de traitement de la réclamation est fort apprécié par 99,2% des enquêtés. Par ailleurs, l'information sur l'avancement du traitement de la requête est fournie en temps réel selon 99,8% des acteurs rencontrés.

3.1.4. Qualité de la tarification

Concernant la transparence de la cotation, les données collectées confirment la satisfaction totale des enquêtés. Il en est de même pour la compréhension de la cotation ainsi que le coût de l'assurance.

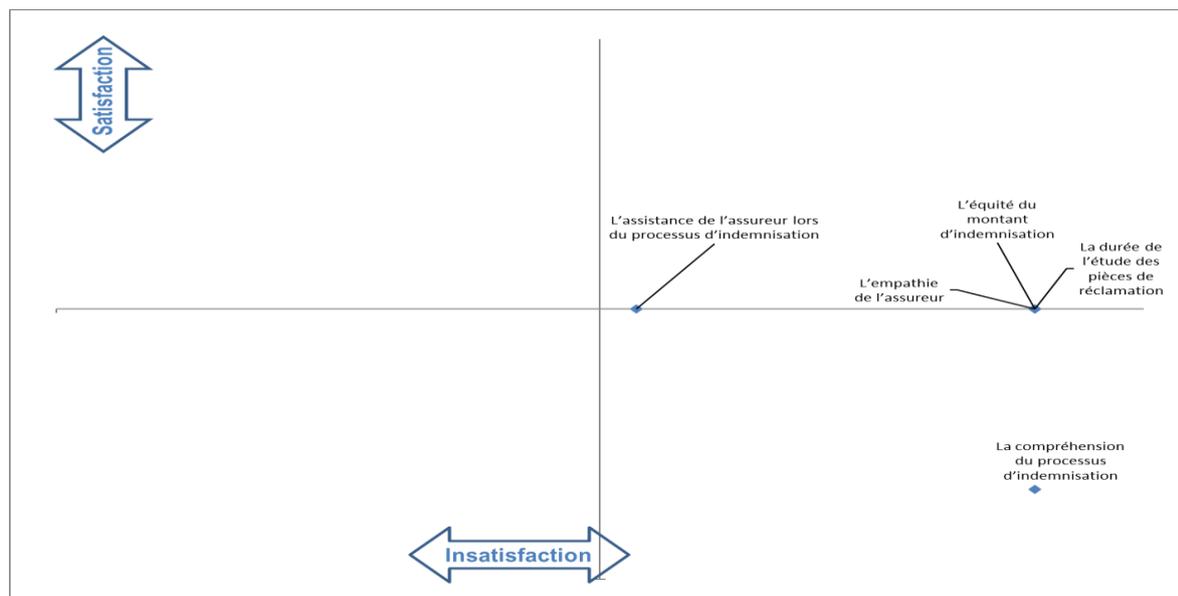
3.1.5. Qualité du processus d'indemnisation

La compréhension du processus d'indemnisation est satisfaisante dans la globalité chez 99,7% des enquêtés. L'assistance de l'assureur lors du processus d'indemnisation est dépréciée par près de 8% des enquêtés. Quant à la durée de l'étude des pièces de réclamation, elle est jugée bonne par l'ensemble des enquêtés. Il en est de même pour l'équité du montant d'indemnisation et l'empathie de l'assureur.

3.2.Présence d'éléments « basiques »

Lorsque le client n'a pas compris le processus d'indemnisation, cela crée à son niveau de l'insatisfaction. Ce critère est le seul critère basique relatif au processus d'indemnisation. Les autres critères de cette thématique se retrouvent à la frontière entre les éléments clés et les éléments basiques.

Figure N°2 : Matrice du processus d'indemnisation



Source : Auteurs

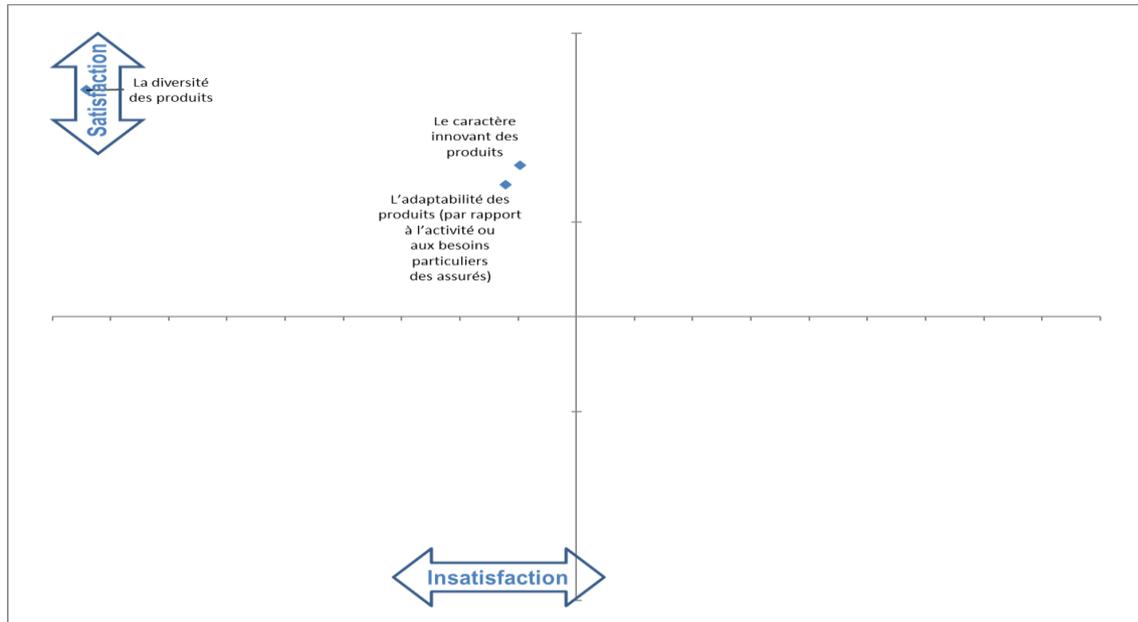
A la lecture de cette figure, on note que certains critères notamment l'assistance de l'assureur dans le processus d'indemnisation, de l'équité (perçue) du montant d'indemnisation, de l'empathie de l'assureur et de la durée de l'étude des pièces de réclamation. Cela signifie que ces critères, lorsqu'ils sont perçus négativement, contribue à la non satisfaction, mais ne contribuent pas forcément (ou alors très peu) à la satisfaction lorsqu'ils sont perçus positivement.

3.3.Présence d'éléments « plus »

Le quadrant des éléments Plus est celui des facteurs d'excellence : il regroupe les critères dont l'évaluation positive contribue fortement à la satisfaction globale et dont l'évaluation négative ne contribue que faiblement à la non-satisfaction globale. Autrement dit, lorsque ces critères sont perçus positivement par les clients, cela contribue fortement à la satisfaction globale, mais lorsqu'ils sont perçus négativement, cela n'impacte que faiblement sinon presque pas la satisfaction globale.

Un assureur qui diversifie ses produits (ou qui arrive à se faire percevoir comme ayant un bon portefeuille d'offres) verra ce fait contribuer à plus de satisfaction de la part du public. Il faut également que les offres soient vues comme s'adaptant aux réalités particulières de chaque secteur, sous-secteur, entreprise et particulier souscrivant l'un ou l'autre des produits et services de cet assureur.

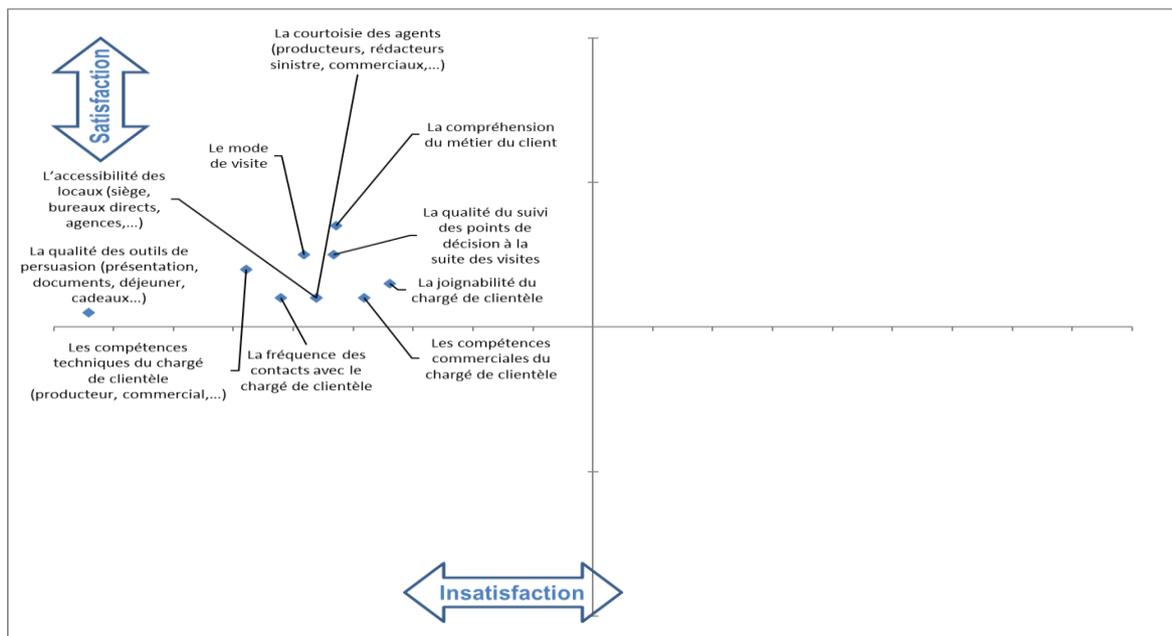
Figure N°3 : Matrice du portefeuille d'offres de produits et services



Source : Auteurs

La matrice du portefeuille des offres (produits et services) de la compagnie d'assurance permet de constater que tous les critères retenus au niveau de cette thématique sont en réalité des éléments « Plus ». Un portefeuille bien diversifié en produits et services entraîne ainsi un fort impact sur la satisfaction du client. Il en est de même pour le caractère innovant des produits et services de même que l'adaptabilité par rapport à l'activité et aux besoins.

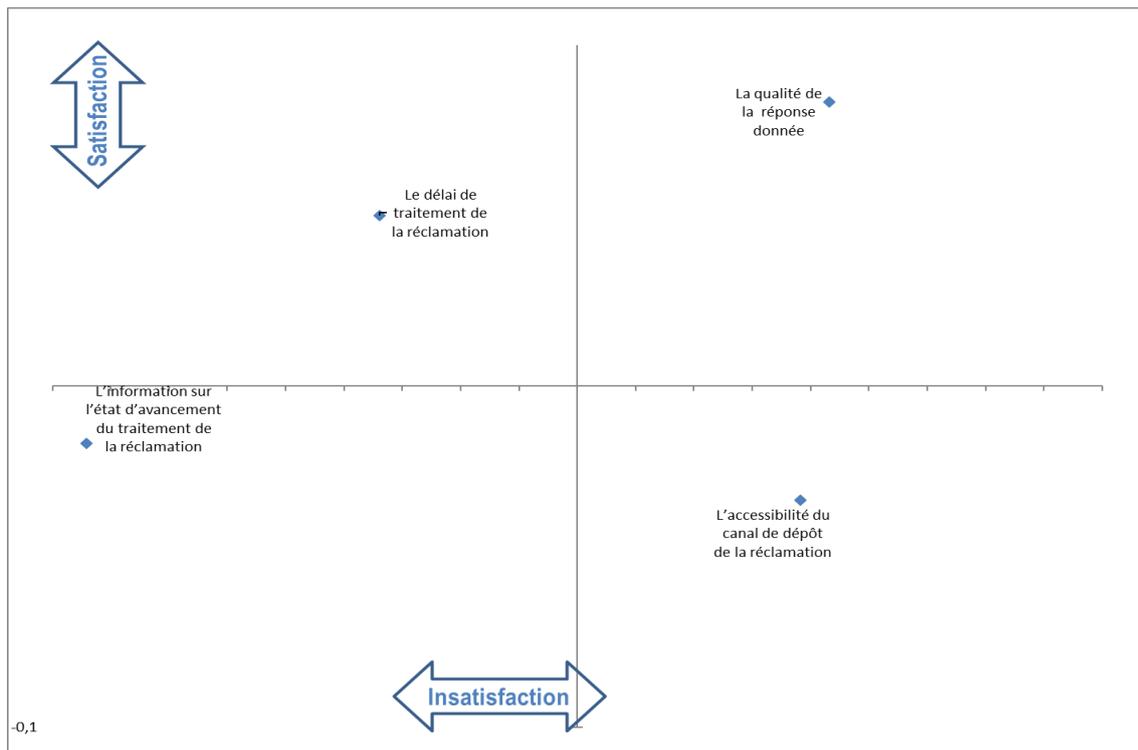
Figure N°4 : Matrice de la prise en charge commerciale



Source : Auteurs

Tout comme le portefeuille des offres, les éléments relatifs à la prise en charge commerciale apparaissent tous dans le quadrant des éléments plus. Ainsi, qu'il s'agisse de l'accessibilité des locaux (siège, agences, bureaux directs, etc.) de l'assureur par le public, de la joignabilité des chargés de clientèle, du mode de visite (physique, téléphonique, etc.), de la courtoisie des agents ou des autres critères, une bonne perception contribue à la satisfaction globale du client, mais une perception négative ne conduit pas forcément à l'insatisfaction.

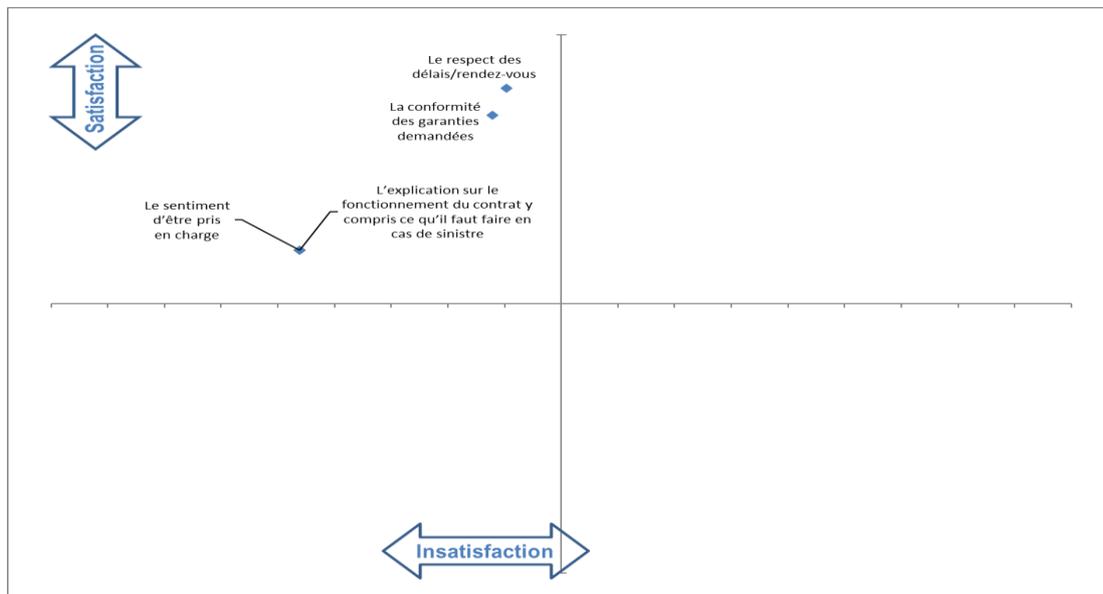
Figure N°5 : La matrice de la cotation et de la mise en place du contrat



Source : Auteurs

Tous les critères du processus de cotation et de mise en place du contrat s'affichent dans le quadrant des éléments plus. Ainsi, le respect des délais et des rendez-vous, la conformité des garanties demandées, l'explication sur le fonctionnement du contrat (incluant les démarches en cas de sinistre) sont autant de facteurs impactant la satisfaction globale, mais pas l'insatisfaction.

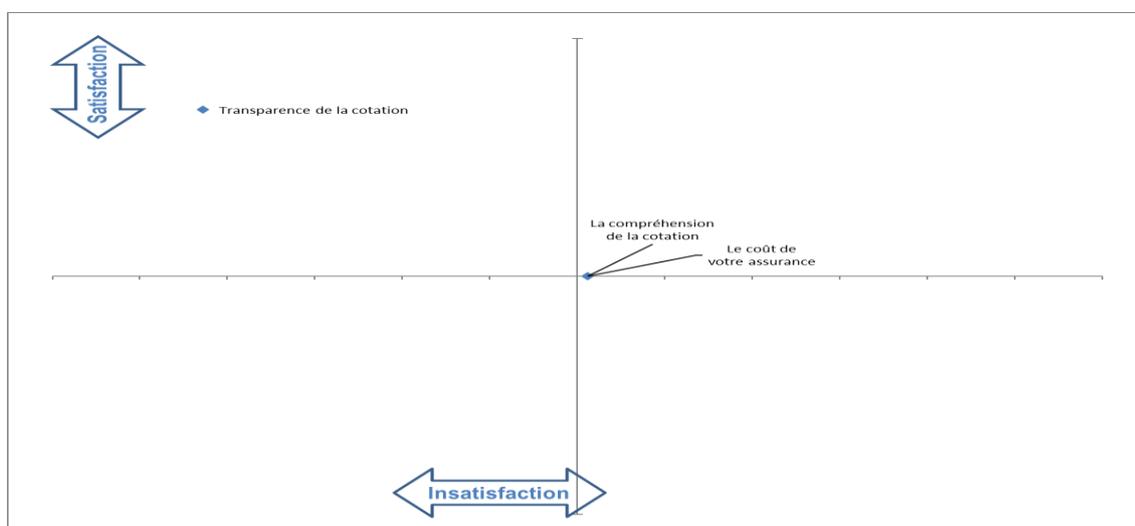
Figure N°6 : Matrice du traitement des réclamations



Source : Auteurs

La qualité de la réponse donnée suite au traitement d'une réclamation est un critère clé (Matrice du traitement des réclamations). Ce critère impacte donc autant la satisfaction (quand il est perçu positivement) que l'insatisfaction (quand il est perçu négativement). Le délai de traitement des réclamations est le seul élément plus de la liste des critères relatifs à la thématique du traitement des réclamations. Les assureurs ont donc intérêt à traiter avec diligence les réclamations de leurs clients car un bon délai de traitement des réclamations contribue fortement à la satisfaction globale du client, peu importe si le problème du client a été résolu ou pas.

Figure N°7 : La matrice de la tarification



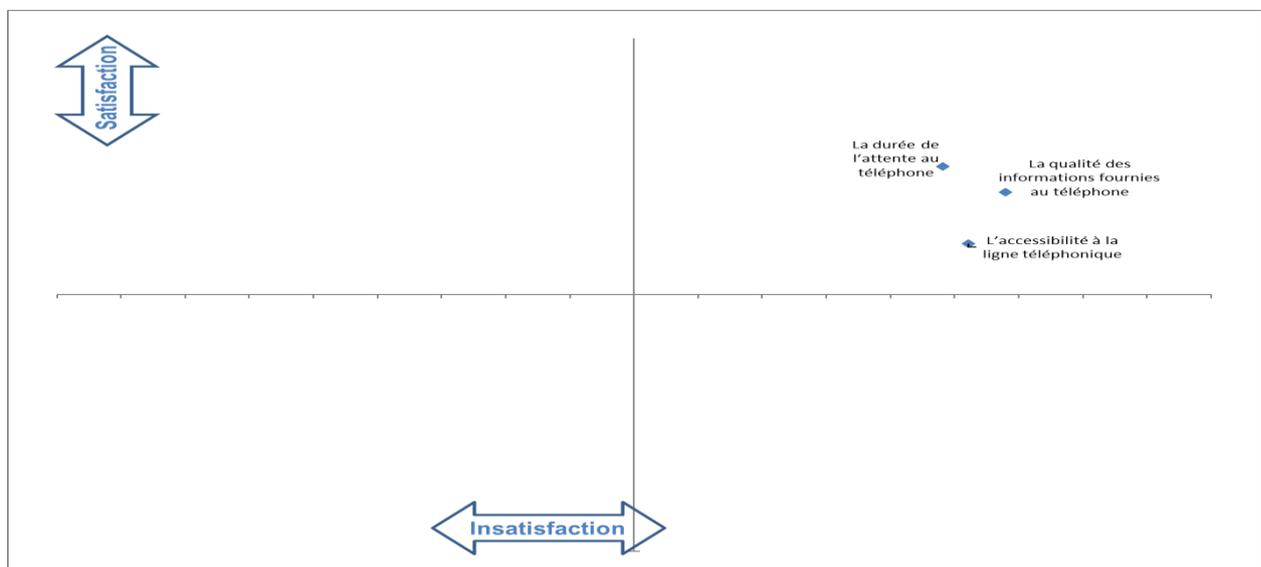
Source : Auteurs

Il ressort de cette figure qu'un délai mal noté n'incitera pas forcément à l'insatisfaction. La thématique de la tarification affiche un seul critère en zone plus : il s'agit de la transparence de la cotation. Il est donc important d'expliquer au client le principe de la cotation car cette compréhension va générer de la satisfaction globale.

3.4.Présence d'éléments « clés »

L'accessibilité à la ligne téléphonique, la durée de l'attente au téléphone, la qualité des informations fournies au téléphone représentent tous des éléments clés, c'est-à-dire que leur perception positive contribue à la satisfaction globale tandis que leur perception négative contribue à l'insatisfaction globale.

Figure N°8 : Matrice du contact téléphonique (source enquête)



Le client ne s'attend pas en général à ce que son assureur l'appelle chaque jour pour lui dire où en est le traitement de son dossier.

Le contact téléphonique est donc à prendre très au sérieux par les compagnies d'assurance car tous les critères identifiés à ce niveau se révèlent être des critères clés : y travailler impactera fortement sur la bonne image de l'assureur et a contrario, les négliger dégraderait rapidement l'image.

3.5.Présence d'éléments « secondaires »

L'information sur l'évolution de la gestion de la réclamation (voir Figure 15, Matrice du traitement des réclamations) est un critère secondaire. Qu'une telle information soit mise en place ou pas, cela n'a pas trop d'effets sur la satisfaction ou l'insatisfaction globale.

Tableau N°3 : Représentation détaillée des éléments

Eléments plus	Eléments clés
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Au niveau du portefeuille des offres <ul style="list-style-type: none"> • La diversité des produits • L'adaptabilité des produits (par rapport à l'activité ou aux besoins particuliers des assurés) • Le caractère innovant des produits ➤ Au niveau de la prise en charge commerciale <ul style="list-style-type: none"> • L'accessibilité des locaux (siège, bureaux directs, agences, ...) • La courtoisie des agents (producteurs, rédacteurs sinistre, commerciaux, ...) • La fréquence des contacts avec le chargé de clientèle (producteur, commerciaux, ...) • Le mode de visite (visite physique, appel téléphonique, ...) • Les compétences techniques du chargé de clientèle (producteur, commercial, ...) • Les compétences commerciales du chargé de clientèle (producteur, commercial, ...) • La qualité du suivi des points de décision à la suite des visites • La joignabilité du chargé de clientèle par téléphone ou email • La qualité des outils de persuasion (présentation, documents, déjeuner, cadeaux...) • La compréhension du métier du client et la capacité à apporter des solutions adaptées ➤ Au niveau du processus de cotation et de mise en place du contrat <ul style="list-style-type: none"> • La rapidité de la prise en charge de la demande • La conformité des garanties demandées • Le respect des délais/rendez-vous 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Au niveau du contact téléphonique <ul style="list-style-type: none"> • L'accessibilité à la ligne téléphonique, • La durée de l'attente au téléphone, • La qualité des informations fournies au téléphone ➤ Au niveau du traitement des réclamations <ul style="list-style-type: none"> • La qualité de la réponse donnée

<ul style="list-style-type: none"> • Le sentiment d'être pris en charge • L'explication sur le fonctionnement du contrat y compris ce qu'il faut faire en cas de sinistre ➤ Au niveau du traitement des réclamations <ul style="list-style-type: none"> • Le délai de traitement de la réclamation ➤ Au niveau de la tarification <ul style="list-style-type: none"> • Transparence de la cotation 	
<p>Eléments secondaires</p>	<p>Eléments basiques</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Au niveau du traitement des réclamations <ul style="list-style-type: none"> • L'information sur l'évolution de la gestion de la réclamation 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Au niveau du processus d'indemnisation <ul style="list-style-type: none"> • La compréhension du processus d'indemnisation

Source : Auteurs

4. Discussion

Le récapitulatif panoramique permet de constater que l'élément de base de la satisfaction, c'est la compréhension du processus d'indemnisation. Lorsque le client n'a pas compris comment il pourrait être indemnisé en cas de sinistre, cela crée a priori une insatisfaction plus ou moins forte. Il faut absolument lui expliquer le processus, comment il serait éventuellement indemnisé en cas de sinistre. Cette explication faite ne conduira pas à la satisfaction. Il s'agit d'un élément basique. C'est un élément nécessaire pour empêcher l'insatisfaction, mais il n'est pas suffisant pour produire la satisfaction. L'information sur l'évolution de la gestion de la réclamation s'affiche comme critère secondaire. Que le client soit informé au fur et à mesure de la gestion de sa réclamation (ou pas) ne génère ni de la satisfaction, ni de l'insatisfaction. Les Sociétés d'assurance ne devraient donc pas encrer leur énergie à tenir leurs clients informés de l'état d'avancement de leurs réclamations. Ce qui importe, c'est d'une part l'accessibilité du canal de dépôt de la réclamation, critère basique dont la satisfaction est importante afin d'éviter toute insatisfaction au niveau global et d'autre part le délai de traitement de la réclamation, critère plus dont la bonne perception pourrait booster la satisfaction mais dont la perception négative n'entraîne pas forcément de l'insatisfaction au niveau global. Un autre aspect non moins important est la qualité de la réponse donnée. Elle impacte à la fois la satisfaction et l'insatisfaction selon qu'elle est bien ou mal perçue : c'est un critère clé ! Les autres éléments clés sont les critères relatifs au contact téléphonique. Il s'agit de l'accessibilité à la ligne

téléphonique, la durée de l'attente au téléphone, la qualité des informations fournies au téléphone. Le contact téléphonique et tous les critères qui y sont relatifs sont donc à prendre très au sérieux, touches permettant aux assurés de tirer le meilleur profit de leur souscription. La transparence de tarification agit en tant qu'élément plus. Elle n'impacte donc pas l'insatisfaction, mais bien plutôt la satisfaction. La compréhension de la cotation et le coût de l'assurance n'agissent ni sur la satisfaction, ni sur l'insatisfaction. Toutefois, ces deux critères qui se situent sur la "frontière" entre les éléments clés et les éléments basiques pourraient bien basculer dans l'un ou l'autre de ces deux quadrants. Ils sont donc à surveiller de près afin de pouvoir prendre les mesures idoines en cas de basculement. Nos travaux montrent l'existence concomitante d'éléments à contribution variable, dont le poids dans la satisfaction est tributaire du degré de performance, et d'autres à contribution fixe. Les compagnies d'assurance surtout celles de la branche dommage devront chercher à maintenir un niveau acceptable de performance sur les éléments basiques. De bonnes performances sur les « éléments clés et plus » sont indispensables pour engendrer la satisfaction du client et ainsi constituer un critère de démarcation. Nos résultats montrent que le métier d'assureur demeure d'offrir au client la solution de couverture appropriée, de prendre en charge le sinistre en toute transparence et équité et tout ceci, dans une relation d'échange permanente d'information. Ainsi, tous les items relatifs à la qualité du processus d'indemnisation sont-ils des éléments basiques pures ou des éléments à mi-chemin entre les éléments basiques et clés. Ces items exercent une influence exclusivement sur l'insatisfaction du client et ne sont pas de nature à faciliter une quelconque distinction de ses concurrents.

Ce sont les éléments « plus » considérés comme relevant du domaine de l'excellence qui permettront à la compagnie de se différencier sur le marché. Dans le cadre de la recherche, ces éléments sont relatifs à la qualité du portefeuille, à la prise en charge commerciale, au processus de cotation et de mise en place du contrat et à deux items relatifs au traitement des réclamations et à la qualité de la tarification. Tous les items relatifs au contact téléphonique et spécifiquement celui se rapportant à la qualité de la réponse donnée par l'assureur suite au traitement des réclamations sont des éléments purement clés. A cela, il faut rajouter les items mixtes basiques et clés évoqués supra. Ces items contribuent fortement au degré de non-satisfaction ou de satisfaction globale du client, quelle que soit leur évaluation par le client. Ils sont donc très déterminants dans la satisfaction globale du client. Ce qui fonde donc l'intérêt de nouveaux travaux de recherche dans ce domaine ainsi que la stratégie mise en place par certains assureurs. Les services, souvent évalués comme des éléments « plus », constituent des sources de

distinction et induisent exclusivement la satisfaction des clients. Pour une activité tertiaire, telle l'assurance, dans laquelle l'offre est de plus en plus banalisée, les éléments « plus » peuvent contribuer à créer un état « d'enchantement ». Ces performances dans de nombreux services sont souvent liées à l'aspect relationnel ou social de l'entreprise de service (Llosa, 1996).

En comparaison à notre étude, les travaux de Elbacha et Touili, (Elbacha & Touili, 2022) montrent qu'en matière de banque et assurance, les fonds propres sont la cause de la prise de risque entraînant ainsi son augmentation. Pour ces auteurs, la prise de risque peut être maîtrisée par une supervision bancaire rigoureuse en parallèle avec l'imposition de cette norme. Ainsi, soutiennent-ils que l'adoption d'un comportement risqué peut induire un résultat inverse de celui attendu par les banques. Ces résultats en matière de prise de risque sont similaires à ceux de nos travaux.

Pour Hazeb, (Hazeb, 2022), la relation fournisseur-distributeur a une grande importance dans la littérature et délit les plumes de moult chercheurs en marketing. Pour cet auteur, l'approche transactionnelle a été évincé par l'approche relationnelle, dont le rôle n'est plus à démontrer dans le développement des relations inter-organisationnelles avec des externalités positives sur leur développement.

Au regard des conflits qui peuvent naître entre assurés et compagnies d'assurance, selon Rosenberg et Stern, (Rosenberg & Stern, 1971), la conception des conflits est plus importante que le conflit lui-même. Quant à Lusch (Lusch, 1976), le conflit s'intensifie lorsque les fournisseurs sont vus comme utilisateurs des tactiques coercitives et que ces dernières sont plus courantes dans les relations de pouvoir asymétriques.

Cet article présente plusieurs contributions opérationnelles. D'abord, il permet aux assureurs de mieux rentabiliser leurs efforts budgétaires en accordant un maximum d'intérêt aux éléments clés et plus. Il faut ensuite, en tout état de cause, garder un seuil minimum sur les éléments basiques et clés, car le client s'attend à un certain niveau de performance sur ces éléments, qui sont donc considérés comme faisant partie du métier de l'assureur. En matière de communication, il paraît recommandable aux assureurs de mettre en avant un avantage concurrentiel appartenant aux éléments clés, et éventuellement aux éléments plus. Outre le fait de clarifier le concept de satisfaction, cette étude a choisi de s'ancrer sur une vision bidimensionnelle de la satisfaction, approche peu exploitée par les chercheurs pour finir.

D'un point de vue théorique, cette étude a permis de faire le lien entre plusieurs courants de recherche, ceux de la satisfaction, ceux des choix et des préférences, ceux de l'assurance, de la valeur, des services... Ce travail de recherche a aussi un intérêt méthodologique. Il a permis de

répliquer le modèle Tétraclasses de Sylvie LLOSA au domaine de l'assurance, ce qui n'avait pas été réalisé auparavant.

Comme le relèvent Bartikowski et Liossa (Bartikowski & Liossa, 2001), si l'importance des attributs et l'existence d'impacts différents sur la satisfaction des différents critères peuvent être résolues par l'introduction de la pondération des items, la déterminance des attributs apparaît davantage investie par des modèles déduisant le poids des calculs statistiques que de poids déclarés. En particulier, certains modèles supposent que les poids des éléments peuvent être fluctuants selon la direction, positive ou négative de l'évaluation qui en est faite, en se fondant sur l'existence des éléments jouant sur la satisfaction et ceux influant l'insatisfaction.

Les différentes contributions sus-évoquées peuvent être modérées par certaines contraintes qui ouvrent des voies de recherches futures. La contrainte phare porte sur les pondérations des éléments dont le calcul s'est appesanti sur la synthèse des données collectées. Les divergences entre clients sont donc ainsi éliminées. Alors que ce qui est « basique » pour un client peut être « clé » pour un autre et vis-versa. Il paraît utile d'apporter plus de clarifications sur les variations dans les cartes de contribution par des variables individuelles ou situationnelles. En outre, selon que l'assuré ou le bénéficiaire de contrat se rend dans un point de souscription d'une compagnie ou qu'il souscrive en ligne, n'est pas pris en compte dans cette recherche. Aussi manque-t-il la prise en compte d'éléments d'atmosphère et ses effets sur la satisfaction en lien avec l'expérience vécu par le client lorsqu'il se rend dans un point de souscription. A l'avenir, on pourra faire usage d'une approche plus globale ainsi qu'une approche qualitative.

Le modèle tétraclasses de Sylvie LLOSA aboutit à la carte factorielle permettant l'illustration de la contribution des éléments sur la satisfaction et sur l'insatisfaction des clients. En l'état, le modèle est une avancée notable aussi bien au plan scientifique qu'au plan managérial pour les professionnels. Il présente cependant une voie de recherche notable que nous ambitionnons d'engager. En effet, le modèle ne permet pas d'identifier, entreprise par entreprise ou encore situation d'étude par situation d'étude, les atouts et les critères d'actions prioritaires. Ceux-ci sont déterminés par l'analyse du croisement satisfaction/importance.

Conclusion

La présente recherche a tenté d'introduire les concepts développés dans le domaine du marketing dans la gestion des compagnies d'assurance. Nous avons pour cela élaboré un modèle cherchant à comprendre les déterminants de la satisfaction des assurés dans le contexte de l'assurance dommage. La méthode utilisée permet de calculer les frontières entre les catégories

d'éléments ce qui présente un intérêt managérial certain pour notre application empirique dans le secteur des prestations de service relatives aux assurances de la branche dommage.

Les différentes contributions sus-évoquées peuvent être modérés par certaines limites, qui ouvrent des voies de recherches futures. La principale limite porte sur les pondérations des éléments : elles sont calculées à partir d'une synthèse des réponses de l'échantillon. Les différences entre clients sont donc éliminées. Or, ce qui est « basique » pour un client peut être « clé » pour un autre. Il paraît important de s'intéresser ultérieurement aux variations dans les cartes de contribution par des variables individuelles ou situationnelles.

La méthodologie du modèle tétraclasse de Sylvie Kano aboutit à la carte factorielle permettant l'illustration de la contribution des éléments sur la satisfaction et sur l'insatisfaction des clients. En l'état, le modèle est une avancée notable aussi bien au plan scientifique qu'au plan managérial pour les professionnels.

Il présente cependant une voie de recherche notable qu'il convient d'engager. En effet, le modèle ne permet pas d'identifier, entreprise par entreprise ou encore situation d'étude par situation d'étude, les atouts et les critères d'actions prioritaires. Ceux-ci sont déterminés par l'analyse du croisement satisfaction/importance. Quelle plus-value scientifique apporterait un prisme d'analyse basé sur la satisfaction/importance ?

BIBLIOGRAPHIE

Banque Mondiale, (2020). Rapport 2018 sur la pauvreté et la prospérité partagée.

Bartikowski, B. & Llosa, S. (2004). Customer satisfaction measurement: comparing four methods of attribute categorisations. *The Service Industries Journal*, 24(4), 67-82.

Brandt, D. R. (1988). How service marketers can identify value-enhancing service elements. *Journal of Services Marketing*, 2(3): 35-41.

Denuit, M., Devolder, P., & Goderniaux, A. C. (2007). Securitization of Longevity Risk: Pricing Survivor Bonds With Wang Transform in the Lee-Carter Framework. *Journal of Risk and Insurance*, 74(1), 87-113.

Devolder, P., Princep, M. B., & Fabian, I. D. (2003). Stochastic optimal control of annuity contracts. *Insurance: Mathematics and Economics*, 33(2), 227-238.:

Elbacha. L & Touili. K. (2022). « Les exigences de fonds propres et le comportement des banques : entre la prise de risque et l'objectif masqué », *Revue Française d'Economie et de Gestion*, 3 (8), 312-330.

Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological bulletin*, 51(4), 327.

Hazeb. R. (2022). « L'évolution et les nouvelles orientations de la relation fournisseur-distributeur : Revue de la littérature », *Revue Française d'Économie et de Gestion*, 3 (8), 26-42.

Kano, N., Seraku, N., Takahashi, F. and Tsuji, S. 1984. Attractive quality and must-be quality. *Hinshitsu*, 14(2) : 39–48.

Llosa, S. (1996). Classification des éléments de service selon le modèle tétraclasse de Llosa : Application dans le service du transport aérien « Cas d'air Algérie ».

Llosa, S. 1997. Analysis of the contribution of the elements of the service to satisfaction: A model tetra-class. *Decisions Marketing*, 10: 81–88.

Lusch, R. F. (1976). Sources of power: their impact on intrachannel conflict. *Journal of Marketing Research*, 13, 382-390.

Rosenberg, L. J. & Stern, L. W. (1971). Conflict measurement in the distribution channel. *Journal of Marketing Research* 8, 437-442.

Valin, G. (1983). *Gestion des entreprises d'assurances : mécanismes économiques et financiers*. Dunod.

Venkitaraman, R. K. and Jaworski, C. Restructuring customer satisfaction measurement for better resource allocation decisions: An integrated approach. Fourth Annual Advanced Research Techniques Forum of the American Marketing Association. June 15. pp.428–441