



PRÉSIDENTE
DE LA RÉPUBLIQUE
DU BÉNIN

**PROGRAMME
D'ASSURANCE POUR
LE RENFORCEMENT DU
CAPITAL HUMAIN (ARCH)**

Décembre 2017



SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	4
RESUME EXECUTIF	5
1. Contexte et justification	9
2. Stratégies et objectifs du projet	13
2.1. Stratégie nationale de la protection sociale	13
2.2. Stratégie du projet	15
2.3. Objectifs du projet	25
3. Bénéficiaires du projet, principaux résultats et impacts attendus	26
3.1. Bénéficiaires de l'ARCH	26
3.2. Résultats attendus (Effets directs)	28
3.3. Impact social	28
4. Description et coût du projet	29
4.1. Présentation du modèle ARCH	29
4.2. Description des composantes	31
4.3. Coût estimatif du projet	36
5. Structure du financement	38
5.1. Situation des financements extérieurs disponibles	38
5.2. Mécanismes de financement durable à partir des ressources propres de l'Etat	39
6. Conditions de succès	43
7. Principaux risques et mesures de mitigation	45
8. Arrangements institutionnels	46

AVANT PROPOS

Titre du Projet	Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH)
Coût du Projet	313,326 milliards CFA, soit 522,210 millions USD
Secteur d'intervention	Protection Sociale
Durée d'exécution du projet	2017 - 2021
Partenaire de mise en œuvre	• Agence Nationale de Protection Sociale (ANPS)

* soit 1USD = 600 FCFA

RESUME EXECUTIF

Le présent projet s'inscrit dans la volonté du Gouvernement d'offrir un paquet minimum de services sociaux de base aux plus démunis. Il se fonde sur l'hypothèse que l'offre intégrée de services d'assurance maladie, de formation, de crédit et de retraite complétés par les filets de sécurité sociale à la population béninoise, notamment les plus démunis, est l'un des moyens efficaces pour opérationnaliser le document de politique holistique de la protection sociale. Le projet ARCH s'inscrit également dans le cadre institutionnel national et entend développer des synergies avec les autres projets et initiatives en cours. Dans ses quatre (04) domaines d'intervention (assurance maladie, formation, crédit et assurance retraite) auxquels s'ajoutent les projets spécifiques de filets sociaux, le projet ARCH capitalise les expériences existantes, renforce certains programmes qui ont fait leur preuve et améliore les pratiques dans une synergie d'action pour de meilleurs résultats.

Le financement durable des services de ARCH par les ressources propres de l'Etat sera assuré par la mise en place de mécanismes spécifiques et appropriés, notamment l'affectation de produits des redevances perçues sur l'exploitation des fréquences par les sociétés de téléphonie mobile et la contribution de solidarité des assurés sociaux non pauvres. Les rendements du dispositif de financement seront améliorés avec les mesures de relance de l'activité économique et de renforcement du système de gestion des finances publiques. Le projet ARCH vise à accroître la capacité et l'accès aux services sociaux de base ainsi qu'aux opportunités économiques de façon durable et équitable aux Béninois, notamment les plus démunis. De manière spécifique, il vise à :

- Améliorer l'accès aux services de santé pour toute la population ;
- Fournir aux acteurs démunis du secteur informel (agriculteurs, commerçants, transporteurs, artisans et artistes) des formations opérationnelles ;
- Faciliter ou améliorer l'accès aux crédits aux acteurs démunis du secteur informel (agriculteurs, commerçants, transporteurs, artisans et artistes);
- Assurer une pension de retraite aux agriculteurs, commerçants, transporteurs, artisans et artistes du secteur informel.

L'ARCH est essentiellement destiné aux couches les plus démunies des secteurs de l'agriculture, du commerce, du transport, de l'artisanat, de l'art et de la culture ainsi qu'aux personnes démunies sans activité. C'est-à-dire toute la population non couverte actuellement par un dispositif d'assurance maladie, en particulier les pauvres extrêmes **(2 468 254 bénéficiaires)** et les pauvres non extrêmes **(1 895 810 bénéficiaires)**.

Description du projet et ses composantes

Il constitue un paquet de quatre (4) services de protection sociale (Assurance Maladie, Formation, Micro-crédit et Assurance retraite) qui seront offerts à un guichet unique. L'assurance maladie en est le volet principal. L'Etat assure la prise en charge totale de l'assurance maladie des pauvres extrêmes et la prise en charge partielle des pauvres non extrêmes de nationalité béninoise. L'assurance maladie sera rendue obligatoire par la loi pour toute personne résidant au Bénin.

Organisation de la gestion de l'ARCH

Une entreprise à capitaux publics dénommée Agence Nationale de Protection Sociale (ANPS) sera en charge de la mise en œuvre de l'ARCH. Les services de l'ARCH sont offerts sur toute l'étendue du territoire béninois, à travers des antennes départementales et communales.

Détermination du paquet de soins pour l'assurance maladie

Le paquet de soins de base retenu pour l'assurance maladie sera disponible dans toutes les formations sanitaires agréées dans le cadre de la mise en œuvre de l'ARCH. D'autres paquets optionnels de services seront également proposés aux adhérents.

Subvention des primes d'assurance maladie des plus démunis

L'Etat subventionne les primes des plus démunis de nationalité béninoise afin de leur permettre d'accéder au paquet de soins de base :

- 100% des primes pour les pauvres extrêmes ;
- 40% des primes pour les pauvres non extrêmes.

L'identification de la population pauvre sera faite avec l'appui technique de l'Institut National des Statistiques et de l'Analyse Economique (INSAE) et des structures ayant en charge le ciblage des plus pauvres au Bénin et la gestion de leur assistance.

Paiement des primes d'assurance maladie des non-pauvres

Les employeurs du secteur privé et les non-pauvres du secteur informel souscrivent à leur assurance maladie et à celle de leur personnel auprès des compagnies d'assurance de leur choix et paient les primes correspondantes. L'Etat souscrit à l'assurance maladie pour les fonctionnaires, les élus, les membres des institutions de la République et les retraités de la fonction publique auprès

des assureurs recrutés par appel à concurrence. Le seul mode de prise en charge sanitaire des ayants-droit de l'Etat sera désormais l'assurance maladie.

Fourniture du service de formation

Les prestations de formation sont subventionnées par l'Etat et permettent d'améliorer les compétences professionnelles de la population cible.

Fourniture du service de micro-crédit

Les services de micro-crédit à taux bonifié sont offerts conformément à la réglementation en vigueur aux bénéficiaires selon leur profil socio-professionnel renseigné dans la base de données biométriques des adhérents de ARCH.

Fourniture du service de l'assurance retraite

Les prestations de l'assurance retraite sont destinées aux acteurs non pauvres du secteur informel qui ne bénéficient pas d'une subvention pour l'assurance maladie.

Composantes et enveloppe financière

Le projet est structuré autour de trois (03) composantes ci-après :

- **Composante 1 : Système d'information et de gestion (21 466 millions F.CFA, soit 7% du coût global) ;**
- **Composante 2 : Fourniture des services (267 017 millions F.CFA, soit 85% du coût global) ;**
- **Composante 3 : Coordination, suivi et évaluation et renforcement des capacités institutionnelles (24 843 millions F.CFA, soit 8% du coût global).**

Résultats attendus

- Accès au système de santé à moindre coût assuré aux populations pauvres, environ **4,3 millions de Béninois** ;
- Disponibilité et accessibilité financière des médicaments génériques/essentiels garanties pour **tous les assurés** ;
- Amélioration du niveau de compétence d'environ **1,8 millions de Béninois** acteurs du secteur informel par des formations opérationnelles ;
- Accès au crédit d'environ **1,8 millions de Béninois** acteurs du secteur informel ;
- Souscription à une pension de retraite par environ **2 millions de Béninois** acteurs du secteur informel.

Impact social

- Augmentation du taux de fréquentation des structures sanitaires ;
- Réduction de la consommation des médicaments de contrefaçon à travers l'accès de la population à des médicaments essentiels à bon prix ;
- Baisse des taux de mortalité et de morbidité ;
- Augmentation de l'espérance de vie ;
- Formalisation progressive des acteurs du secteur informel ;
- Amélioration de la croissance économique du fait de l'accès au crédit d'un capital humain en meilleure santé et bien formé ;
- Amélioration de la qualité des services de santé grâce au mécanisme de certification et d'accréditation des structures sanitaires ;
- Accroissement et stabilisation des ressources des formations sanitaires grâce au système du tiers-payant ;
- Amélioration du niveau de compétence des travailleurs du secteur informel ;
- Amélioration de l'accès des populations pauvres à des services financiers durables et viables à travers l'octroi de micro-crédit. Ainsi, ils participeront au processus de création de richesse à travers les activités génératrices de revenus ;
- Augmentation de la capacité de financement des compagnies d'assurance ;
- Développement de la culture de souscription à la pension de retraite aux travailleurs du secteur informel. Ceci réduira leur précarité en leur assurant un revenu minimum lorsqu'ils quitteront la vie active.

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Situé en Afrique de l'Ouest, le Bénin a une population estimée à environ 10 882 953 habitants en 2016 (RGPH 4). Sur les dix (10) dernières années, le pays a enregistré des taux de croissance économique modestes et erratiques tournant autour de 4,5% l'an et un taux de croissance démographique de l'ordre de 3,6% (DGAE, 2016). Avec une exposition de plus en plus forte aux chocs économiques et biophysiques, le Bénin connaît une pauvreté ascendante marquée par de fortes disparités tant au niveau des zones de résidence qu'au niveau de certaines catégories de la population. L'incidence de la pauvreté monétaire au Bénin est passée successivement de 33,3% en 2006 à 36,2% en 2011, puis à 40,1% en 2015. Le taux de pauvreté alimentaire ou la proportion de ménages en insécurité alimentaire chronique est passé de 14,55% de la population en 2011 à 22,68% en 2015. Cette évolution est concomitante avec une aggravation des inégalités. En effet, l'indice de Gini qui mesure le degré d'inégalité de revenus entre ménages est passé de 0,463 en 2011 à 0,499 en 2015 (INSAE, 2016).

Le taux d'alphabétisation¹ est de 43,1%, le taux de mortalité infantile de 67% et l'espérance de vie à la naissance de 63,84 ans (INSAE, 2016), loin des cibles fixées pour les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Ces éléments renvoient à l'idée que les politiques publiques mises en œuvre au Bénin ces dernières décennies, pour améliorer le bien-être de la population, demeurent globalement inefficaces et inadaptées.

Le diagnostic du dispositif actuel de protection sociale montre une diversité de situations suivant les diverses couches de la population. En effet, on relève une quasi-absence de mécanismes de protection sociale organisés à l'échelle nationale au profit des travailleurs du secteur informel (agriculteurs, commerçants, transporteurs, artisans, artistes, etc.) qui représentent environ 94,3% de la population active (INSAE, 2016). S'agissant spécifiquement des couches les plus pauvres de la population, le taux de couverture des programmes sociaux avoisine 5% (Banque Mondiale, 2011). Il apparaît que les programmes développés par l'Etat pour réduire la vulnérabilité des populations sont fragmentés, non intégrés et de couverture très limitée : ils profitent majoritairement aux acteurs du secteur formel² (privé et public) qui représentent seulement 8,8% de la population active en 2013 (INSAE, 2016).

¹ Taux d'alphabétisation des adultes (15 ans et +)

² Proportion d'actifs occupés dans le secteur formel de l'Etat (10 ans et +) : 1,9% ;
Proportion d'actifs occupés dans le secteur formel privé (10 ans et +) : 6,9%

Dans le domaine de la couverture des risques sanitaires, les mécanismes de prise en charge du risque maladie dont dispose le Bénin ne fonctionnent pas en synergie et enregistrent des résultats très mitigés. Seulement 8,4% de la population est couverte actuellement par l'assurance maladie. Ce nombre réduit comprend les fonctionnaires du secteur public dont le système d'assurance maladie est géré par l'Etat de manière inefficace mais avec des coûts de transactions souvent exorbitants, notamment en ce qui concerne les évacuations sanitaires. L'assurance maladie n'est pas obligatoire pour les acteurs du secteur privé et très peu d'entreprises y recourent au profit de leurs employés. En ce qui concerne les acteurs du secteur informel, aucun mécanisme de protection sociale de grande ampleur véritablement opérationnel n'est mis en place. Bien que le secteur informel contribue à environ 68% à la formation du produit intérieur brut (PIB), il regroupe beaucoup de démunis qui accèdent difficilement aux services sociaux de base. Ce secteur reste aussi caractérisé notamment par le manque de qualification des acteurs, la précarité des emplois offerts et la prévalence de l'auto-emploi, la faible capitalisation du secteur et le manque de ressources pour le financement des activités. Or un accès approprié et durable à ces services (santé, éducation, services financiers, etc.) est un moyen d'assurer un minimum de renforcement du capital humain et une amélioration substantielle du bien-être des populations.

Le niveau de formation des acteurs du secteur informel est relativement bas, corrélativement au taux d'alphabétisation des adultes, ainsi qu'à la faiblesse et l'insuffisance du dispositif de formation professionnelle qui devrait être orienté vers les besoins spécifiques des bénéficiaires, pour leur permettre de maîtriser de nouvelles technologies de production afin d'améliorer la qualité de leurs produits et leur propre productivité, et par conséquent leur niveau de revenu. En 2015, dans le secteur informel, le taux de sous-emplois lié à la productivité³ est de 66,3% dans le secteur informel contre 14,65% dans le formel.

Quant à l'accès au système financier, le Recensement Général des Entreprises (RGE) effectué en 2010 par l'INSAE indique que plus de 98% des entreprises recensées évoluent dans le secteur informel et ont un accès très limité au financement. Il en résulte qu'en dépit de toutes les interventions publiques et privées de financement des activités génératrices de revenu, les populations actives du secteur informel ont toujours des difficultés d'accès aux crédits offerts par les banques. Les opportunités qui leur sont offertes restent, pour une grande part, limitées aux interventions du Système de Financement Décentralisé (SFD). Mais les taux d'intérêt élevés pratiqués par les SFD conduisent à des taux d'impayés de plus en plus importants en raison de la mauvaise gestion ou du détournement d'objets des crédits.

³ Revenu faible (inférieur au SMIG)

Enfin, dans le domaine de la retraite, on constate une inégalité de chance et d'accès entre travailleurs du secteur formel et ceux du secteur informel, ces derniers n'ayant quasiment pas accès aux systèmes de retraite, en dehors de quelques initiatives de mutuelles sociales qui fonctionnent à une échelle réduite. En conséquence, dans leurs vieux jours, les travailleurs du secteur informel ne disposent presque pas de sources de revenu (pension de retraite) et vivent dans une précarité totale.

En réponse à ces constats et à partir des leçons apprises de la mise en œuvre du dispositif actuel de protection sociale, le Gouvernement a adopté une nouvelle stratégie intégrée et plus inclusive d'extension de la protection sociale, dans une perspective de renforcement du capital humain et de réduction de la pauvreté. La nouvelle stratégie rendra obligatoire l'assurance maladie pour toute la population ; ce qui entraînera la souscription de polices d'assurance pour tous les travailleurs du secteur privé, formel et informel.

En ce qui concerne les fonctionnaires, l'Etat fera recours à une ou des compagnies privées d'assurance maladie pour les assurer de manière efficace et à des coûts raisonnables. Les acteurs du secteur formel peu nantis, les populations pauvres et vulnérables du secteur informel et les inactifs démunis sont les principales cibles du nouveau dispositif de sécurité sociale qui sera mis en œuvre à travers le projet « Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH) ».

Ce projet vise à fournir un paquet de quatre (04) services de protection sociale (assurance maladie, formation, crédit et retraite) à tous les Béninois en général et en particulier aux plus démunis de l'informel que sont prioritairement les agriculteurs, les commerçants, les transporteurs, les artisans et les artistes. En effet, globalement environ 96% de la population pauvre extrême se trouve dans l'informel et les cibles retenues représentent au moins 96,2% de la population des pauvres extrêmes actifs dans ce secteur. Les agriculteurs sont les plus nombreux (environ 67,7%), suivis des artisans (environ 13%) et des commerçants (environ 12,6%). Pour la frange de la population pauvre extrême exerçant dans le formel (environ 4,3%), ils sont occupés notamment dans l'éducation, les industries manufacturières et le transport.

L'approche de « paquet de services » est basée sur une logique de rationalisation aux plans opérationnel et institutionnel pour améliorer l'impact des programmes financés. Elle a vocation à créer plus de synergies d'actions et d'effets entre les différentes interventions visant la réduction de la pauvreté et la vulnérabilité des populations. Elle améliore l'équité dans l'accès aux services de base pour l'ensemble de la population, facilite l'accès aux opportunités et permet d'accroître la résilience des populations les plus démunies par rapport aux chocs et situations adverses.

Encadré 1 : La pauvreté

Pauvreté extrême : Elle caractérise les ménages dont les dépenses totales de consommation par tête sont inférieures au seuil de pauvreté alimentaire. Ce dernier fait référence à la dépense minimale nécessaire à un individu ou à un ménage pour qu'il puisse se procurer un panier de biens alimentaires qui respecte à la fois les normes nutritionnelles d'un régime alimentaire équilibré et les habitudes de consommation de sa communauté d'appartenance (Aho et al, 1997). Ce type de ménage, déjà incapable de satisfaire l'un des principaux besoins vitaux, ne peut prétendre satisfaire les autres besoins sans assistance externe.

Pauvreté non extrême : Elle caractérise les ménages dont les dépenses totales de consommation par tête sont supérieures au seuil de pauvreté alimentaire mais inférieures au seuil de pauvreté global (dépense minimale pour faire face aux besoins fondamentaux). Ces ménages présentent une forte probabilité de tomber sous le seuil de pauvreté alimentaire en cas de choc de grande ampleur.

2. STRATÉGIES ET OBJECTIFS DU PROJET

2.1. Stratégie nationale de la protection sociale

Le Gouvernement du Bénin a adopté une politique holistique de protection sociale dont l'objectif est de réduire la vulnérabilité des populations face aux risques. Elle vise à renforcer l'équité d'accès aux services sociaux de base, le bien-être social de la population, notamment les couches sociales les plus vulnérables. De même, elle définit les stratégies de protection des populations contre les risques économiques et sociaux à travers le renforcement de capacité de résilience aux chocs adverses et la participation efficace au processus de développement.

La politique nationale de protection sociale a mis l'accent, entre autres, sur les principes ci-après : (i) la **Prévention** : réduction des risques et de leurs impacts néfastes ; (ii) la **Protection** : appuis aux ménages affectés par des chocs, partage des risques par des filets sociaux, des mécanismes assurantiels et de prise en charge des personnes victimes de violences, de maltraitance ou d'exploitation ; et (iii) la **Promotion** : promotion de l'investissement dans le capital humain (notamment des enfants), de l'autonomisation économique des ménages les plus vulnérables, de réadaptation des personnes handicapées et de promotion de la réinsertion familiale et sociale, en vue du renforcement des capacités et de réduction de la vulnérabilité sur une base durable.

Recommandé par les instances internationales, comme le Système des Nations Unies, l'Union Africaine, etc., un « socle de protection sociale » a été défini dans le souci d'assurer une protection visant à prévenir ou à réduire la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale. Il s'agit d'un paquet minimal de prestations de protection sociale pour les couches les plus vulnérables et pour assurer l'accès des populations aux services essentiels tels que l'eau, l'assainissement, la santé et l'enseignement. Le socle de protection sociale adopté par le Bénin comprend :

- L'accès universel aux soins de santé,
- La prise en charge des enfants,
- L'amélioration de la consommation des ménages,
- La contribution au financement des activités génératrices de revenus,
- La prise en charge et la promotion de groupes spécifiques en situation de vulnérabilité extrême.

Globalement, les défis majeurs à relever sont principalement :

- **L'amélioration de l'accès aux services sociaux de base** : la priorité est donnée au renforcement et à l'élargissement des mesures de protection sociale en place pour assurer l'accessibilité des ménages aux services les plus essentiels, notamment pour réduire les risques de mortalité.
- **L'amélioration du niveau de vie des ménages les plus pauvres** : les mesures de protection sociale non contributive ou les filets sociaux pour hausser le niveau de vie des ménages les plus pauvres ont été privilégiés avec une orientation sur les évidences internationales les plus efficaces à savoir les programmes de transferts sociaux monétaires et des travaux à haute intensité de main d'œuvre ciblant les ménages les plus pauvres.
- **La consolidation des régimes de sécurité sociale** : l'assurance maladie n'est pas couverte dans les prestations de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), tandis que dans le cas du Fonds National de Retraite du Bénin (FNRB), qui couvre les agents de l'Etat, l'assurance maladie est partielle, couvrant 80% des coûts des frais des consultations, hospitalisations et soins médicaux dans les formations sanitaires publiques : le régime est dit de « quatre cinquièmes »⁴. En moyenne, les évacuations sanitaires⁵ sont évaluées à 12,1 milliards de FCFA par an (dont 7,1 milliards de FCFA pour les frais de soins et d'hospitalisation et 5 milliards pour les frais de transport) et le coût de prises en charge pour la maladie des fonctionnaires est évalué à 4 milliards de FCFA par an. Le régime des quatre cinquièmes est caractérisé par plusieurs dysfonctionnements, notamment la lourdeur administrative et le rejet des attestations de prise en charge, ainsi que la mauvaise qualité des soins des prestataires publics de services sanitaires. L'emphase a été mise sur l'institution du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) qui peine à devenir véritablement opérationnel.
- **L'extension de la sécurité sociale, notamment par le développement de la branche Assurance maladie et la couverture des acteurs du secteur informel et du monde rural** : elle vise à élargir la couverture de l'assurance maladie, des pensions de retraite et des risques professionnels (maladies/accidents de travail) à une large frange de la population.
- **Renforcement du cadre législatif et réglementaire, des capacités institutionnelles et du financement de la protection sociale** : il est ici question de (i) combler les insuffisances dans la réglementation, pour assurer une protection sociale adéquate des groupes vulnérables, (ii) construire des mécanismes efficaces de coordination plurisectorielle et de renforcer les capacités institutionnelles, (iii) accroître la part de la protection sociale

⁴ Une exception est faite au personnel public de santé qui bénéficie d'une prise en charge totale à 100% des frais des soins.

⁵ Estimation obtenue de la Direction Générale du Budget (MEF).

dans les dépenses publiques et réorienter ces dépenses en priorité vers les couches les plus vulnérables et (iv) mettre en place de forts systèmes de suivi et évaluation.

Le projet ARCH prend en considération ces orientations et propose une approche de mise en œuvre plus rationalisée et intégrée qui couvre adéquatement les aspects liés à la Prévention (Assurance, Retraite) et la Promotion (Micro-crédit et Formation) dans le but d'une part, de faire face aux défis les plus importants et récurrents en termes d'accès aux besoins de base essentiels et d'autre part, d'accroître durablement la productivité et le revenu des bénéficiaires particulièrement les plus démunis du secteur informel.

Le financement de la fonction de protection contre la misère et la perte de capital humain n'est pas directement pris en compte dans le projet ARCH, mais sera mis en œuvre à travers des projets spécifiques de filets sociaux en s'appuyant sur le système d'informations du dispositif de l'ARCH. En effet, les projets de filets sociaux sont des programmes qui transfèrent directement des ressources aux ménages de manière « prévisible », à savoir les transferts sociaux réguliers (monétaires, quasi monétaires et en nature), incluant les transferts effectués en contrepartie d'une obligation de participation dans des travaux publics à haute intensité de main-d'œuvre (HIMO). Ils visent à accroître et à stabiliser la consommation, et par conséquent à garantir aux individus et aux ménages un niveau minimum de bien-être de manière à empêcher que des pertes irréversibles et catastrophiques en capital humain ne se produisent.

Dans le cadre de la sécurité alimentaire (à l'endroit des ménages en insécurité alimentaire), les transferts sociaux sont principalement utilisés pour assurer l'accès à l'alimentation. Ils peuvent être utilisés directement comme instrument d'assistance alimentaire pour assurer un accès immédiat à la nourriture. Dans le moyen terme, ils peuvent également servir à améliorer les revenus des ménages (et ainsi, indirectement, leur accès à l'alimentation) à travers, comme mentionné plus haut, de petits transferts réguliers d'allocations forfaitaires ponctuelles, de transferts d'intrants ou de biens, ou encore de travaux publics. Enfin, dans le long terme, les transferts sociaux peuvent permettre de développer le capital humain des ménages en assurant un meilleur niveau d'éducation et un meilleur état de santé ; ce qui accroît la capacité des ménages à gagner plus et ainsi à assurer un meilleur accès à l'alimentation. La mise en œuvre des programmes de filets sociaux concourt à l'atteinte des ODD axés sur la réduction de la pauvreté extrême, de la faim et des inégalités.

2.2. Stratégie du projet

Le présent projet s'inscrit dans la volonté du Gouvernement d'offrir un paquet minimum de services sociaux de base aux plus démunis. Il se fonde



sur l'hypothèse que l'offre intégrée de services d'assurance maladie, de formation, de crédit et de retraite complétés par les filets de sécurité sociale à la population béninoise, notamment les plus démunis, est l'un des moyens efficaces pour opérationnaliser le document de politique holistique de la protection sociale. En effet, l'assurance maladie améliore l'accès financier aux services de santé en cas de besoin pour les populations, notamment les plus démunis. Ainsi, les plus démunis n'arbitreront plus entre dépenses de santé et celles d'autres besoins fondamentaux tels que se nourrir, et l'état de santé global de la population s'améliorera. Une fois que ces populations ont atteint un niveau minimum de consommation et peuvent bénéficier de services de santé à leur portée, elles pourront être incluses de façon productive dans l'économie du pays, à travers l'amélioration de leur niveau de compétence (par des formations adaptées) et l'accès au capital (à travers l'accès au crédit). Les formations continues augmentent le niveau de compétence des bénéficiaires, accroissent leur productivité et donc la capacité des pauvres à gagner des revenus et à s'insérer de façon efficace dans l'appareil de production du pays. En réduisant la contrainte financière à laquelle le secteur informel fait face, on assistera au développement du niveau des activités du secteur informel qui pourra progressivement se formaliser. La souscription d'une assurance retraite limite les risques à long terme de manque de revenu minimum de survie et réduirait à terme le taux de pauvreté des adultes. Donc, offrir un paquet de services à chaque bénéficiaire limite considérablement le risque de demeurer dans la pauvreté grâce à l'effet multiplicateur de la combinaison du paquet des quatre services.

Le projet ARCH s'inscrit également dans le cadre institutionnel national et entend développer des synergies avec les autres projets et initiatives en cours, notamment : (i) la réforme de construction, équipement et mise aux normes des formations sanitaires, dont l'objectif principal est de renforcer le plateau technique et de relever la qualité des soins offerts aux populations ; (ii) les différents programmes de prise en charge du risque maladie ; (iii) les différents programmes de formation à l'endroit des acteurs du secteur informel ; (iv) les programmes et fonds de microfinance et les dispositifs similaires ; (v) les dispositifs publics et parapublics en matière de retraite.

Dans ses quatre (04) domaines d'intervention auxquels s'ajoutent les projets spécifiques de filets sociaux à l'endroit des ménages pauvres extrêmes ou souffrant d'insécurité alimentaire chronique, le projet ARCH capitalise les expériences existantes, renforce certains programmes qui ont fait leurs preuves et améliore les pratiques dans une synergie d'action pour de meilleurs résultats. Ainsi, dans les domaines de la santé, de la formation, du crédit et de la retraite,

⁶ Commission Européenne (2012), Les transferts sociaux dans la lutte contre, Direction Générale du Développement et de la Coopération, EuropeAid.

les ressources financières et humaines encore disponibles dans certains projets et programmes seront identifiées et reversées au projet ARCH. En ce qui concerne les filets sociaux qui se justifient par la proportion relativement élevée des pauvres extrêmes au Bénin (22,68% de la population), les expériences sont pratiquement inexistantes. Actuellement au Bénin, un seul programme de ce type est mis en œuvre. Il s'agit de l'expérience pilote des filets sociaux financés par la Banque Mondiale à travers le Projet des Services Décentralisés Conduits par les Communautés (PSDCC) orienté sur la sécurité alimentaire. Il convient de noter que les transferts directs et prévisibles aux ménages pauvres ou vulnérables sont relativement nouveaux en Afrique de l'Ouest, ce qui justifie par exemple l'initiative de la CEDEAO de mettre en place un dispositif de renforcement des connaissances pour la conception et la gestion de ces types de programme en particulier. Des évaluations d'impact menées sur ces expériences, il ressort qu'elles ont permis notamment aux ménages bénéficiaires de satisfaire leurs besoins essentiels, de préserver leurs actifs générateurs de revenus, comme le bétail, et d'investir dans l'éducation et la santé de leurs enfants.

Le financement durable des services de l'ARCH par les ressources propres de l'Etat sera assuré par la mise en place de mécanismes spécifiques et appropriés, notamment l'affectation de produits des redevances perçues sur l'exploitation des fréquences par les sociétés de téléphonie mobile et la contribution de solidarité des assurés sociaux non pauvres. Les rendements du dispositif de financement seront améliorés avec les mesures de relance de l'activité économique et de renforcement du système de gestion des finances publiques.

2.2.1. Service assurance maladie

Le volet Assurance maladie de l'ARCH est régi par huit (8) principes de base et sept (7) orientations stratégiques.

2.2.1.1. Les principes de base

Les huit principes de base du service d'assurance maladie de l'ARCH sont les suivants :

- **la couverture universelle** : une couverture efficace pour toutes les couches de la population béninoise, sans distinction aucune. L'universalité est ici appréciée en termes de prise en compte de l'ensemble de la population béninoise pour un panier de base, à moindre coût ;
- **l'approche contributive** : Ce principe vise à bâtir principalement le service assurance maladie de l'ARCH sur la contribution des bénéficiaires. Il s'agit de concevoir des fourchettes de primes en rapport avec les capacités contributives des diverses couches sociales et d'asseoir un dispositif pour

subventionner les cotisations des couches sociales les plus démunies (gage de pérennisation du système) ;

- **la solidarité nationale** : Ce principe tend à assurer la mise en commun des risques et un large partage des coûts avec un soutien accru aux couches sociales les plus défavorisées. Il s'agit de promouvoir une solidarité entre « riches et pauvres », entre « vieux et jeunes », entre « travailleurs et sans-emplois », entre « citadins et ruraux », entre « bien portants et moins bien portants » ;
- **la responsabilité générale de l'Etat** : Ce principe part de l'idée que la santé est non seulement un bien individuel, mais également un bien collectif, un bien public. C'est aussi un droit humain consacré par la Constitution et garanti par l'Etat, d'où le rôle régulateur du dispositif de l'ARCH par les pouvoirs publics qui doivent l'appuyer en tant que dispositif d'assurance sociale et veiller à son fonctionnement harmonieux ;
- **l'équité** : Dans le cadre de la mise en place du service d'assurance maladie de l'ARCH, l'équité est appréciée sous deux aspects : (i) l'équité d'accès qui consiste à faciliter l'accès de tous les citoyens béninois au panier des prestations de base, selon les besoins en santé de chacun et (ii) l'équité contributive qui vise à faire participer chaque couche sociale au fonctionnement du dispositif de l'ARCH en fonction de sa capacité contributive ;
- **la gestion participative** : Elle recouvre dans le cadre de l'ARCH le contrôle social (enquête de satisfaction, contrôle de l'effectivité des soins...) auquel sont associées les organisations de la société civile et d'autres structures impliquées dans la promotion de la santé des communautés ;
- **l'efficience** : Il s'agit de réaliser de meilleurs résultats aux moindres coûts possibles. Ainsi, les dispositions seront prises pour éliminer les lourdeurs et lenteurs administratives et pour sécuriser au maximum le système, en vue d'une minimisation des fraudes et abus. Il est prévu dans ce cadre, un enrôlement biométrique des affiliés, l'informatisation de l'ensemble du dispositif, la confection de divers outils de mise en œuvre et de gestion aux plans de la législation et du conventionnement, de la fourniture des prestations, de la gestion du produit d'assurance, de la communication, de la mobilisation et de la gestion des ressources ;
- **le dialogue inclusif** : Il s'agit d'échanger en continu avec tous les acteurs du système de protection sociale, en particulier ceux du secteur informel et les communautés à la base aux fins d'obtenir leur adhésion et leur participation et de faire les choix stratégiques de manière consensuelle.

2.2.1.2. Les orientations stratégiques

Les sept (07) orientations stratégiques du service assurance maladie de l'ARCH sont les suivantes :

- la construction d'un système de couverture sanitaire universelle qui prend en compte les mécanismes de couverture du risque maladie déjà opérationnels dans le pays ;
- l'option des adhésions familiales et de groupes, plutôt que les adhésions individuelles ;
- l'option d'une identification biométrique des adhérents, afin de limiter les fraudes et abus ;
- la définition d'un panier de soins accordant la priorité aux affections les plus courantes ainsi que celles affectant le plus grand nombre ;
- la promotion du partenariat Public/Privé dans la fourniture des prestations et le remboursement des prestataires ainsi que la gestion du dispositif ;
- l'établissement d'une liste de médicaments remboursables basée en priorité sur les médicaments essentiels ;
- l'institutionnalisation de la bonne gouvernance et de la gestion participative comme règles d'or de la mise en œuvre de l'ARCH.

Le service « Assurance Maladie » sera délivré sur la base d'un panier de soins, d'une liste de médicaments préalablement établie, d'une nomenclature des actes ainsi que de procédures claires d'accès, de délivrance et de remboursement des prestations.

Certains dispositifs publics de couverture de risque maladie seront intégrés dans le projet ARCH pour des raisons d'efficacité, d'économie d'échelle et d'équité. Il s'agit notamment de :

- Régime d'Assurance Maladie Universelle ;
- Fonds Sanitaire des Indigents ;
- Fonds dédié à la protection sociale des artistes ;
- Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale pour les acteurs du secteur informel ;
- Programme de la gratuité de Prise en Charge du paludisme des femmes enceinte et des enfants de 0 à 5 ans ;
- Programme National de Lutte contre le Paludisme ;
- Programme National de la Gratuité de la Césarienne ;
- Vaccinations obligatoires ;
- Etc.

Les programmes spéciaux, dont le financement et le mode d'intervention correspondent à des logiques spécifiques d'intervention suivants seront maintenus parallèlement à l'ARCH :

- Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) ;
- Programme National de Lutte contre la Tuberculose ;
- Programme Elargi de Vaccination (PEV) ;
- Programme National de Planning Familial ;
- Mécanisme de prise en charge des dialysés ;
- Etc.

2.2.2. Service de formation

Les plans et politiques de développement du secteur de l'éducation insistent aujourd'hui sur la formation professionnelle qualifiante. Dans le cas de l'ARCH, des formations opérationnelles, de reconversion ou de renforcement de capacités seront données aux bénéficiaires. Il s'agit de valoriser les ressources humaines par des formations au profit des travailleurs du secteur privé moderne et informel (agriculteurs, commerçants, transporteurs, artisans et artistes) en vue d'accroître la compétitivité des petites entreprises et lutter contre la pauvreté. L'éducation à la gestion financière des postulants au crédit, à l'alphabétisation fonctionnelle (en langue maternelle ou en français fondamental), etc., seront exigées avant l'accès au crédit. Les leçons apprises de l'expérience du Fonds de Développement de la Formation Professionnelle Continue et de l'Apprentissage (FODEFCA) ainsi que des organismes professionnels ou syndicaux seront prises en compte dans le développement du modèle de formation à offrir par l'ARCH. Tous les programmes de formation destinés à la population cible seront intégrés dans les dispositifs de l'ARCH pour rationaliser les moyens financiers et humains. Le Bénin se retrouvera alors dans une situation qui favorise l'institution d'un système de formation professionnelle capable de dynamiser l'ensemble du secteur économique. Cependant, la réussite de cette initiative exige des moyens qui permettront aux différents certificats (Certificats de Qualification Professionnelle, Certificat de Qualification aux Métiers, Attestation de Qualification Professionnelle-AQP) de s'étendre à tous les métiers du secteur informel.

Des modules de formation à la carte seront organisés avec leur modalité d'accès. De même, des modules de formation de courte durée appropriés à chaque secteur d'activités, des modules de formation continue duale (pour les apprentis) et des modules de formation identifiés par les faïtières du secteur d'activités seront développés. L'accès aux modules de formation est subordonné à la possession d'une carte d'assurance ARCH à jour des cotisations.

2.2.3. Service de crédit

L'ARCH fournira également à la population cible des produits financiers tels que le microcrédit, la garantie de crédit et des lignes de crédit. L'assurance-maladie obligatoire permettra aux bénéficiaires d'utiliser effectivement les crédits reçus aux fins pour lesquelles ils ont été octroyés. Mieux, grâce aux formations prévues, une bonne gestion des crédits permettra d'assurer la viabilité des activités génératrices de revenus financés et partant, des emplois ainsi créés. Tous les programmes de crédit et microcrédit existants, seront intégrés dans le département crédit de l'ARCH. Ainsi, les ressources des Fonds suivants seront centralisées :

- Fonds National de la Microfinance (FNM) ;
- Fonds National de Promotion de l'Entrepreneuriat et de l'Emploi des Jeunes (FNPEEJ) ;
- Fonds d'Aide à la Culture (FAC) ;
- Fonds National de Développement de l'Agriculture (FNDA) ;
- Etc.

De même, les expériences accumulées en matière de « faire-faire » par ces structures seront mobilisées sur les différents maillons de la chaîne de financement, depuis l'identification des bénéficiaires jusqu'au suivi des promoteurs et au recouvrement des crédits, en passant par l'élaboration des plans d'affaires, la sélection des dossiers et la mise en place desdits crédits. En attendant leur restructuration éventuelle, le FNM et le FNPEEJ pourront mettre à disposition de l'ARCH, en tant que partenaires, leur expertise en contribuant à la définition de la politique de crédit de l'ARCH et à l'identification des SFD crédibles qui intégreront le dispositif du projet ARCH en qualité de prestataires.

2.2.4. Service d'assurance retraite

Les populations du secteur informel et du milieu rural sont exclues des dispositifs formels de couverture sociale. Le projet fera la promotion de la souscription à une assurance retraite pour les travailleurs du secteur informel. L'Etat les accompagnera dans cette initiative. Les acquis et les expériences développées par la Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale (CMPS) en direction du secteur informel seront capitalisés en y intégrant le mode de retraite par capitalisation. Les dotations allouées par l'Etat et encore disponibles à la CMPS seront reversées à l'ARCH. Il est envisagé la création d'un fonds de pension en partenariat avec les compagnies d'assurance, la Caisse Nationale de Sécurité Sociale et le Fonds National de Retraite du Bénin. Les modalités de montage de ce fonds de pension seront définies en tenant compte des expériences

acquises par le Fonds National des Retraites du Bénin (FNRB) et aussi la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS).

2.2.5. Filets sociaux

En complément des quatre services décrits précédemment, les programmes spécifiques de filets sociaux existants et non financés par l'ARCH seront poursuivis et d'autres seront progressivement initiés en cohérence avec la stratégie gouvernementale. Les systèmes de gestion des projets de filets sociaux seront mis en cohérence avec le système d'informations de l'ARCH pour assurer une synergie dans l'ensemble des prestations. Les projets de filets sociaux privilégieront les transferts conditionnels aux ménages pauvres extrêmes. Ces conditionnalités porteront sur la participation aux activités de formation, de sensibilisation, à l'accès aux services de base (santé et éducation), notamment pour les enfants. Elles concerneront aussi les emplois dans le cadre de programmes publics de travaux à haute intensité de main-d'œuvre ou les travaux d'intérêt communautaire.

Pour les cibles inéligibles aux conditionnalités, c'est-à-dire les invalides, il leur sera accordé des transferts monétaires non conditionnels. Les programmes ciblés de transferts en espèces ont pour objectif de soutenir la consommation des ménages éligibles jusqu'à leur passage à la phase de promotion tout en favorisant l'accroissement de leur productivité. Ces transferts obéissent aux principes de prévisibilité, de garantie, de régularité et de ponctualité.

Encadré 2 : Caractéristiques des transferts en espèces

- **Prévisibilité** : les montants des transferts et leur paiement devraient être prévisibles et connus par avance par les ménages bénéficiaires. Pour un nombre croissant d'acteurs du développement, les transferts sociaux doivent être payés ou distribués régulièrement ou d'une manière prévisible (par exemple, chaque fois que les conditions climatiques empêchent d'avoir de bonnes productions agricoles), et non comme une réaction opportuniste à une crise. En tant qu'initiative préventive, ce type de transfert social permet aux bénéficiaires de se préparer et de se protéger efficacement contre les catastrophes imprévisibles. Ainsi, au-delà de simples transferts d'aide sociale permettant aux pauvres d'atténuer les pires effets des chocs, les filets sociaux se distinguent des projets sociaux individuels, par l'intégration de plusieurs activités dans un système de protection sociale prévisible, institutionnalisé et capable de répondre à la vulnérabilité aux risques, en s'appuyant sur une approche basée sur les droits (BM, 2009).

- **Garantie** : les transferts pour les ménages dûment enregistrés dans le programme seraient garantis pour les périodes et dans les conditions annoncées aux bénéficiaires.
- **Régularité et ponctualité** : les paiements devraient être faits de façon régulière et ponctuelle sur la base de mécanismes de paiement qui assurent qu'ils soient effectués sans retard. Une telle logique de régularité et prévisibilité des transferts monétaires effectués vise à renforcer la capacité des populations pauvres à subvenir à leurs besoins essentiels. En outre, les principes de régularité et de prévisibilité protègent aussi les individus les plus démunis, qui sont dès lors moins tentés d'adopter des stratégies d'adaptation néfastes (retirer leurs enfants de l'école, migrer pour trouver du travail, vendre leurs biens ou contracter des prêts à des conditions défavorables) lorsqu'un choc se produit.

L'efficacité des méthodes de ciblage des populations cibles constitue une condition nécessaire de réussite de ces dispositifs. Avec l'appui technique et financier de la Banque Mondiale, les acquis suivants pourront être capitalisés dans le mécanisme de l'ARCH :

- **Elaboration d'un mécanisme unique de ciblage des plus pauvres** : Une méthode unique d'identification des plus pauvres pour les programmes de protection sociale a été adoptée en Conseil des Ministres, le 23 novembre 2014. Il s'agit d'une approche mixte qui combine à la fois la pré-identification des ménages les plus pauvres par les communautés et l'application des tests multidimensionnels des moyens d'existence (PMT) avec des variables les plus objectives possibles pour établir par village, arrondissement ou commune, une liste des plus pauvres, classés par leur degré d'indigence. Elle est complétée par un mécanisme d'identification de personnes additionnelles qui tombent par la suite dans une situation temporaire de précarité extrême en raison de chocs graves tels que les incendies et les inondations. Réalisée par l'assistant social, l'identification de ces bénéficiaires additionnels combine à la fois l'enquête sociale du Ministère en charge de la Famille et l'outil PMT. Le ciblage de la population « pauvres extrêmes » pour l'ensemble du territoire est en cours de finalisation. Les données y afférentes pourront servir de base pour l'identification et la catégorisation de la population cible de l'ARCH.
- **Mise en place d'un registre de bénéficiaires multiprogrammes** : un Système de Gestion de l'Information (SGI) est en cours d'élaboration au Bénin. Il vise une meilleure efficacité par l'établissement de mécanismes conjoints d'enregistrement des bénéficiaires, suite au ciblage, et de gestion des

données pour les programmes qui ciblent les plus pauvres. Cette opération est réalisée à travers deux projets financés par la Banque Mondiale au Bénin (le Projet des Services Décentralisés Conduits par les Communautés-PSDCC et le Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé -PRSS).

2.3. Objectifs du projet

2.3.1. Objectif général

Le projet ARCH vise à accroître la capacité et l'accès aux services sociaux de base ainsi qu'aux opportunités économiques de façon durable et équitable aux Béninois, notamment les plus démunis.

2.3.2. Objectifs spécifiques

- Améliorer l'accès aux services de santé pour toute la population ;
- Fournir aux acteurs démunis du secteur informel (agriculteurs, commerçants, transporteurs, artisans et artistes) des formations opérationnelles ;
- Faciliter ou améliorer l'accès aux crédits aux acteurs démunis du secteur informel (agriculteurs, commerçants, transporteurs, artisans et artistes) ;
- Assurer une pension de retraite aux agriculteurs, commerçants, transporteurs, artisans et artistes du secteur informel.

3. BÉNÉFICIAIRES DU PROJET, PRINCIPAUX RÉSULTATS ET IMPACTS ATTENDUS

3.1. Bénéficiaires de l'ARCH

Les bénéficiaires de l'ARCH seront toute la population non couverte actuellement par un dispositif d'assurance maladie, en particulier les pauvres extrêmes et les pauvres non extrêmes pour les services d'assurance maladie, les acteurs démunis du secteur informel pour les services de formation et les services de crédit et les acteurs du secteur informel pour les services d'assurance retraite.

Tableau n°1 : Effectif des bénéficiaires potentiels de l'ARCH par service offert

Services proposés	Bénéficiaires	Nombre de bénéficiaires	Nombre de ménages
Service assurance maladie	Toute la population	Population totale : 10 882 953	1 960 615
		Population non pauvre : 6 518 889	1 263 420
		Population pauvre : 4 364 064	697 195
		Pauvres extrêmes : 2 468 254	375 458
		Pauvres non extrêmes : 1 895 810	321 737
Service de formation	Les acteurs du secteur informel	3 270 010	
Service de crédit	Les professionnels ayant une activité génératrice de revenus	2 949 549	
Service d'assurance retraite	Les acteurs du secteur informel	3 270 010	

Source : Estimation faite pour 2016 à partir des données de l'enquête EMICoV (2015) et du RGPH (2013)



3.2. Résultats attendus (Effets directs)

- Accès au système de santé à moindre coût assuré aux populations pauvres, environ 4,3 millions de Béninois ;
- Disponibilité et accessibilité financière des médicaments génériques/essentiels garanties pour tous les assurés ;
- Amélioration du niveau de compétence d'environ 1,8 millions de Béninois acteurs du secteur informel par des formations opérationnelles ;
- Accès au crédit d'environ 1,8 millions de béninois acteurs du secteur informel ;
- Souscription à une pension de retraite par environ 2 millions de Béninois, acteurs du secteur informel.

3.3. Impact social

La mise en œuvre du projet aura un impact significatif sur la vie socio-économique des bénéficiaires :

- Augmentation du taux de fréquentation des structures sanitaires ;
- Réduction de la consommation des médicaments de contrefaçon à travers l'accès de la population à des médicaments essentiels à bon marché ;
- Baisse des taux de mortalité et de morbidité ;
- Augmentation de l'espérance de vie ;
- Formalisation progressive des acteurs du secteur informel ;
- Amélioration de la croissance économique du fait de l'accès au crédit d'un capital humain en meilleure santé et bien formé ;
- Amélioration de la qualité des services de santé grâce au mécanisme de certification et d'accréditation des structures sanitaires ;
- Accroissement et stabilisation des ressources des formations sanitaires grâce au système du tiers-payant ;
- Amélioration du niveau de compétence des travailleurs du secteur informel ;
- Amélioration de l'accès des populations pauvres à des services financiers durables et viables à travers l'octroi de microcrédits. Ainsi ils participeront au processus de création de richesse à travers les activités génératrices de revenu ;
- Augmentation de la capacité de financement des compagnies d'assurances ;
- Développement de la culture de souscription à la pension de retraite aux travailleurs du secteur informel. Ceci réduira leur précarité en leur assurant un revenu minimum lorsqu'ils quitteront la vie active.

Au total, le projet ARCH contribuera à la réduction de la pauvreté, de la disparité dans l'accès aux services sociaux de base et à l'atteinte des objectifs du développement durable.

4. DESCRIPTION ET COÛT DU PROJET

4.1. Présentation du modèle ARCH

➤ **Descriptif du dispositif**

Le dispositif d'ARCH est le principal outil de mise en œuvre de la stratégie de protection sociale au Bénin.

Il constitue un paquet de quatre (4) services de protection sociale (Assurance Maladie, Formation, Micro-Crédit et Assurance Retraite) qui seront offerts à un guichet unique.

L'ARCH est essentiellement destiné aux couches les plus démunies des secteurs de l'agriculture, du commerce, du transport, de l'artisanat, de l'art et de la culture ainsi qu'aux personnes démunies sans activité.

L'assurance maladie en est le volet principal.

L'Etat assure la prise en charge totale de l'assurance maladie des pauvres extrêmes et la prise en charge partielle des pauvres non extrêmes.

Il est à souligner que de manière générale, l'assurance maladie sera rendue obligatoire par la loi pour toute personne résidant au Bénin. En conséquence, l'Etat, les employeurs du secteur privé, les professionnels individuels seront tenus de souscrire au minimum pour leurs employés une assurance maladie de base. Il en sera de même pour toutes les personnes du secteur informel n'entrant pas dans la catégorie de population prise en charge par l'Etat.

➤ **Organisation de la gestion de l'ARCH**

Une entreprise à capitaux publics dénommée Agence Nationale de Protection Sociale (ANPS) sera en charge de la mise en œuvre de l'ARCH.

Les services de l'ARCH sont offerts sur toute l'étendue du territoire béninois, à travers des antennes départementales et communales.

Compte tenu de la réglementation en vigueur, l'ANPS disposera d'un agrément de la CIPRES pour l'exercice de l'activité d'assurance maladie.

L'ANPS sera habilitée à fournir l'assurance maladie de base à tous ceux qui le désirent.

Un mandat de gestion de l'ANPS sera donné à une compagnie d'assurance du secteur privé.

➤ **Détermination du paquet de soins pour l'assurance maladie**

Le paquet de soins de base retenu pour l'assurance maladie sera disponible dans toutes les formations sanitaires agréées dans le cadre de la mise en œuvre de l'ARCH. D'autres paquets optionnels de services seront également proposés aux adhérents.

➤ **Subvention des primes d'assurance des plus démunis**

L'Etat subventionne les primes des plus démunis afin de leur permettre d'accéder au paquet de soins de base :

- 100% des primes pour les pauvres extrêmes ;
- 40% des primes pour les pauvres non extrêmes.

L'identification de la population pauvre sera faite avec l'appui technique de l'Institut National des Statistiques et de l'Analyse Economique (INSAE) et des structures ayant en charge le ciblage des plus pauvres au Bénin et la gestion de leur assistance.

➤ **Paiement des primes d'assurance des non-pauvres**

Les employeurs du secteur privé et les non-pauvres du secteur informel souscrivent à leur assurance maladie et à celle de leur personnel auprès des compagnies d'assurance de leur choix et paient les primes correspondantes.

L'Etat souscrit à l'assurance maladie pour les fonctionnaires, les élus, les membres des institutions de la République et les retraités de la fonction publique auprès des assureurs recrutés par appel à concurrence.

Le seul mode de prise en charge sanitaire des ayants-droit de l'Etat sera désormais l'assurance maladie.

➤ **Fourniture du service de Formation**

Les prestations de formation sont subventionnées par l'Etat et permettent d'améliorer les compétences professionnelles de la population cible.

➤ **Fourniture du service de Micro-Crédit**

Les services de micro-crédit à taux bonifié sont offerts conformément à la réglementation en vigueur aux bénéficiaires selon leur profil socio-professionnel renseigné dans la base de données biométriques des adhérents de ARCH.

➤ **Fourniture du service de l'Assurance Retraite**

Les prestations de l'Assurance retraite sont destinées aux acteurs non pauvres du secteur informel qui ne bénéficient pas d'une subvention pour l'assurance maladie.

4.2. Description des composantes

Le projet est structuré autour de trois (03) composantes ci-après :

- Composante 1 : Système d'information et de gestion,
- Composante 2 : Fourniture des services,
- Composante 3 : Coordination, suivi, évaluation et renforcement des capacités institutionnelles.

4.2.1. Système d'information et de gestion

Description de la composante

L'enrôlement des adhérents est le point de départ pour l'accès aux services de l'ARCH. Elle a pour finalité la distribution sur différents sites des cartes biométriques aux ménages ou aux bénéficiaires enrôlés. Le recensement biométrique général initié par le Gouvernement ne pourra servir de base pour la catégorisation des adhérents de l'ARCH, puisqu'il n'intègre pas les intrants permettant la détermination du statut de pauvreté des ménages. Le projet ARCH devra financer l'actualisation de la base de données existante sur les pauvres extrêmes et la constitution d'une base de données sur les pauvres non extrêmes pour compléter la base de données découlant du recensement biométrique. En effet, suivant une méthodologie retenue au plan national, les dernières expériences d'enquêtes de ciblage de la population pauvre datent de plus de deux ans et ont essentiellement porté plus sur les pauvres extrêmes. En définitive, ce processus en liaison avec le recensement biométrique permettra de disposer d'une base complète des cibles visées en vue de la délivrance de cartes biométriques comportant des informations sur le statut de pauvreté. La réussite de cette phase d'enrôlement et d'identification des adhérents nécessitera la mise en œuvre d'une stratégie adéquate de communication.

En somme, les ressources affectées à la Composante 1 serviront à financer i) des actions de communication et de sensibilisation sur l'ARCH, ii) l'actualisation de la liste des plus pauvres et la constitution de la liste des pauvres non extrêmes en vue de la mise au point du système de catégorisation des adhérents à partir de la base de données de recensement biométrique, iii) l'achat d'équipements et d'applications informatiques pour la mise en place d'un système intégré de gestion adapté aux besoins des prestations de l'ARCH, iv) l'achat des kits d'enregistrement, des terminaux de lecture de cartes, des serveurs, des logiciels, du matériel roulant, du mobilier et matériel de bureau, etc.

Coût de la composante

Le taux d'enrôlement pour la phase pilote du quatrième trimestre de 2017 est attendu autour de 5%. En raison du processus avancé de l'identification des pauvres extrêmes, sur toute l'étendue du territoire, dans le cadre du PRPSS, la

proportion de la population cible (pauvres extrêmes et pauvres non extrêmes) à enrôler dans le programme ARCH pourra atteindre les 75% dès 2018. Les 25% restants de la population cible seront progressivement enrôlés sur les trois (03) dernières années. La mise en place d'un système d'information et de gestion d'une agence départementale de l'ARCH coûtera environ 125 millions de FCFA sur 5 ans, pour un département d'environ 300 000 habitants, et celle d'une antenne communale est d'environ 95 millions de FCFA pour une commune de 50.000 habitants en moyenne. La mise en place du système central d'information et de gestion de la Direction Générale coûtera environ 12, 665 milliards sur 5 ans.

Sur la base de ces hypothèses, le coût de la composante 1 est estimé à 21,466 milliards de FCFA.

4.2.2. Fourniture des services

Description de la composante

Cette composante vise la constitution de ressources financières qui serviront :

- i) de fonds de subvention pour primes d'assurance maladie des pauvres extrêmes et pauvres non extrêmes, pour leur garantir un accès aux différents services de l'ARCH ;
- ii) de contribution à la constitution de fonds de pension pour le Volet Retraite de l'ARCH ;
- iii) de fonds de subventions pour les activités de programmes de formations pratiques et professionnelles ciblées en faveur des adhérents ;
- iv) de fonds de roulement pour les activités de micro-crédits (dons ou lignes de crédits à des taux concessionnels) destiné notamment au financement d'activités génératrices de revenus au profit des plus vulnérables.

Cette composante financera aussi le paiement des frais de gestion des différentes prestations par les partenaires de mise en œuvre durant les premières années.

Le fonctionnement ainsi que la mise en œuvre de ces différents fonds se feront en synergie avec les initiatives ou dispositifs existants en matière d'assurance maladie, de formation, de crédit, de retraite ou de protection sociale en général (programme des filets sociaux, programme de prise en charge des femmes victimes de violences conjugales, et autres programmes des ministères en charge des Affaires sociales et de la Santé). De même, les expériences des structures privées intervenant dans ces différents domaines seront mobilisées.

Encadré 3 : Cas particulier du mandat de gestion du volet Assurance

Un assureur ou un consortium d'assureurs sera sélectionné pour assurer la gestion professionnelle du Volet Assurance Maladie de ARCH. Le gestionnaire apportera le personnel spécialisé ainsi que son système d'exploitation et un contrat de performance annuelle sera conclu avec lui. Sa rémunération sera prise en charge par le projet durant les premières années.

Le choix de l'assureur ou du consortium d'assureurs sera fait par appel à compétition. Actuellement, le marché de l'assurance au Bénin est animé par quatorze (14) compagnies d'assurance dont sept (7) de la branche non-vie. Les principales compagnies d'assurance de la branche non-vie (IARD) sont l'Africaine des Assurances, NSIA Assurance, FEDAS, GAB, ALLIANZ Bénin, SAAAB et SAHAM Bénin. Le chiffre d'affaires de cette branche représente environ 71% du chiffre d'affaires du secteur. La branche est dominée par deux (02) compagnies leaders qui s'arrogent 60% de parts de marché, les 40% restants étant partagés par les cinq (05) autres sociétés de la branche. Chacune d'elles développe une prestation d'assurance maladie.

Coût de la composante

La prime d'assurance maladie est estimée en moyenne à 6 000 FCFA pour la prise en charge d'un enfant de 0 à 17 ans et à 16 000 FCFA pour un adulte par an. Une dotation de 19,494 milliards de FCFA pour la formation. Cette dotation permet d'offrir la formation à 30% de la population cible (adultes pauvres et non pauvres du secteur informel) par an. Une dotation forfaitaire de 100 milliards est également prévue pour alimenter le fonds de crédits. S'agissant de la retraite, l'Etat contribuera à hauteur de 6 000 FCFA par bénéficiaire, soit 20% de contribution annuelle par bénéficiaire estimée à 30 000 FCFA par an.

Le coût du contrat de gestion du Volet Assurance est estimé à 10% du montant des primes au regard de la pratique dans le secteur. Le coût de gestion des autres prestations est estimé à 5% des dotations correspondantes.

Le coût de la composante 2 est globalement estimé à 267,017 milliards de FCFA et se répartit comme suit : Dotation Assurance maladie : 119,961 milliards de FCFA ; Dotation Formation : 19,494 milliards de FCFA ; Dotation Micro-Crédit : 100 milliards de FCFA et Dotation Retraite : 9,135 milliards de FCFA ; et les contrats de fourniture des différents services : 18,428 milliards de FCFA.

Tableau n°2 : Dotations pour financements des prestations (en millions de FCFA)

DOTATION POUR FINANCEMENT DES PRESTATIONS	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Assurance maladie	1 607	25 655	28 190	30 855	33 654	119 961
Retraite	0	0	1 864	3 022	4 249	9 135
Formation	0	4 226	4 643	5 082	5 543	19 494
Micro-crédit	0	60 000	40 000	0	0	100 000
Coût de gestion des prestations	3 959	3 259	3 736	3 736	3 736	18 428
Total	1 607	93 140	78 434	42 696	47 182	267 017

4.2.3. Suivi-évaluation et renforcement des capacités institutionnelles

Description de la composante

Cette composante vise la mise en place d'un système de gestion et de suivi efficace pour le projet ARCH qui a vocation à faciliter et soutenir la création, la structuration et la mise en route de l'agence chargée de la fourniture du paquet de service de protection sociale pour la population béninoise. Elle financera le coût de fonctionnement de l'équipe d'appui à la gestion du Projet, les activités de supervision, la mise en place et le fonctionnement du système de suivi et d'évaluation du Projet.

Cette composante vise également le renforcement institutionnel de l'Agence Nationale de la Protection Sociale (ANPS) chargée de mettre en œuvre les activités du projet. A cet égard, les ressources affectées serviront à financer : i) la construction et la réhabilitation d'infrastructures d'accueil de la Direction Générale de l'ANPS, de ses agences départementales et communales, (ii) et le renforcement des capacités des acteurs de mise en œuvre et des bénéficiaires du Projet.

4.2.3.1. Construction et réhabilitation d'infrastructures

La création, l'installation et le déploiement de l'ANPS nécessiteront le financement d'infrastructures pour son siège ainsi que ses antennes départementales et communales. Les infrastructures abritant actuellement les institutions comme l'ANAM, le FNM, le FNPEEJ, la CMPS, etc., pourront être réhabilitées et

mises à la disposition de l'ANPS et de ses démembrements. Mais en plus des réhabilitations, la construction de nouveaux locaux sera nécessaire.

4.2.3.2. Renforcement des capacités des acteurs de mise en œuvre et bénéficiaires du Projet

Des sessions de formation seront organisées au profit du personnel des prestataires et de certains partenaires sur les procédures et outils mis en place pour la gestion des différents services. Les renforcements des capacités concerneront diverses cibles et incluront aussi des sensibilisations sur la nécessité de souscrire à une assurance retraite. Les centres de santé à agréer pour les prestations de l'Assurance Maladie seront notamment des centres de santé publics ou confessionnels qui bénéficieront aussi d'actions de renforcement de capacité pour mieux délivrer les prestations aux adhérents de l'ARCH.

Coût de la composante

Le coût du suivi-évaluation du projet ARCH est estimé à 10% du montant de son coût de fonctionnement.

Sur la base de cette hypothèse, le coût total de la composante 3 est évalué à 24,843 milliards de FCFA.

Encadré 4 : Liens et interactions avec d'autres projets/programmes

Le projet ARCH répond à un impératif de protection sociale holistique de la couche la plus vulnérable de la population béninoise. Une protection sociale qui offre aux bénéficiaires une prévention, une protection et une promotion sur des bases durables. Il est donc en lien direct avec le recensement biométrique qui permettra d'identifier et de catégoriser les couches de la population en fonction de leurs conditions et niveau de vie.

Les interactions du projet ARCH avec des projets du PAG sont nombreuses. En effet, l'assurance maladie donnera droit aux bénéficiaires d'accéder à des soins de santé de qualité définie, des modules de formations spécialisées, etc. Les programmes de mise aux normes des hôpitaux et de réformes dans l'enseignement professionnel et technique sont en parfaite synergie avec le projet ARCH qui achètera leurs services avec toutes les exigences qui l'accompagnent.

De la même façon, la création d'un fonds de pension pour la retraite permettrait la mobilisation de l'épargne nationale pour le financement de l'économie nationale.

Au plan économique, les emplois directs et indirects induits par le projet ARCH, la consommation des soins de santé, la professionnalisation des acteurs du secteur informel, le financement des activités génératrices de revenu, conduiront à la réduction de la pauvreté, au renforcement du capital humain et à une formalisation progressive de l'informel.

Il faut aussi noter que les mécanismes institutionnels et financiers du programme induiront une amélioration de la gouvernance et des performances dans l'offre de services publics à caractère social.

In fine, la mise en œuvre de ce projet d'envergure nationale confortera les programmes de l'Etat dans les domaines suivants :

- Amélioration de l'offre de soins ;
- Viabilisation de la politique du médicament ;
- Amélioration de la gouvernance et de la viabilité des SFD crédibles ;
- Accroissement de la professionnalisation des agriculteurs, des commerçants, des transporteurs, des artisans et des artistes ;
- Amélioration de la gouvernance des organisations professionnelles des acteurs de l'informel.

4.3. Coût estimatif du projet

Le coût global de ce projet est estimé à trois cent treize milliards trois cent vingt-six millions de FCFA (313,326 milliards de FCFA), soit environ 522,210 millions de dollars USD. L'estimation des besoins financiers a été effectuée sur la base des résultats attendus au niveau de chaque composante. Ainsi, le coût de chaque composante est récapitulé dans le tableau suivant :

Tableau n°3 : Coûts par composante

COMPOSANTES	MONTANT (millions)	POURCENTAGE
COMPOSANTE 1 : Système d'information et de gestion	21 466	7%
COMPOSANTE 2 : Fourniture des services	267 017	85%
COMPOSANTE 3 : Coordination, suivi-évaluation et renforcement des capacités institutionnelles	24 843	8%
COUT GLOBAL	313 326	100%

Le tableau ci-dessous présente la ventilation des coûts sur la base d'une planification annuelle.

Tableau n°4 : Coûts annuels par composante (millions de FCFA)

COMPOSANTES	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
COMPOSANTE 1 : Système d'information et de gestion	6 440	6 440	2 147	4 293	2 147	21 467
COMPOSANTE 2 : Fourniture des services	5 566	73 140	78 434	62 695	47 182	267 017
COMPOSANTE 3 : Coordination, suivi-évaluation et renforcement des capacités institutionnelles	2 484	7 453	7 453	2 484	4 969	24 843
TOTAL	14 490	87 034	88 034	49 472	54 298	313 327

5. STRUCTURE DU FINANCEMENT

Le besoin de financement du programme sur les cinq (5) années évalué à trois cent treize (313) milliards de FCFA sera couvert à hauteur de 10% par des ressources propres de l'Etat et 90% grâce aux financements des partenaires. La répartition du besoin de financement se décline ainsi qu'il suit : i) l'Etat : 31,333 milliards de FCFA ; (ii) (BID, JICA, Fonds Mondial, Banque mondiale et autres partenaires intéressés) : 281,994 milliards de FCFA.

Modalités de mobilisation des ressources

Une grande flexibilité est offerte pour le financement du programme par les partenaires : contribution globale au programme, financements conjoints, financement d'un volet spécifique, etc. Suivant les options convenues, des accords seront signés entre les parties.

Pour assurer la durabilité du dispositif, des mécanismes de financement propres sont mis en place et permettront à l'Etat de faire face aux subventions annuelles requises par le dispositif après 2021, sans solliciter le concours des partenaires financiers.

5.1. Situation des financements extérieurs disponibles

L'examen des initiatives existantes qui seront intégrées dans l'ARCH a permis d'identifier des financements déjà acquis auprès des partenaires qui s'élèvent à 40 milliards de FCFA.

Le gap de financement à rechercher auprès des bailleurs s'élève donc à 242 milliards de FCFA.

Le tableau suivant présente les différents partenaires financiers et le montant de leur contribution.

Tableau n°5 : Montant des financements disponibles en milliards de FCFA

Services	BID	BADEA	BM/ IDA	Fonds Mon- dial	AFD	DDC/ Coop. Suisse	UNCDF	TOTAL
ASSURANCE MALADIE	-	-	-	8,0	-	-	-	8,0
FORMATION			4,0		0,235	0,85		5,085
MICRO CREDIT	24,155	2,4					0,378	26,933
RETRAITE	-	-	-	-	-	-	-	
TOTAL	24,155	2,4	4,0	8,0	0,235	0,85	0,378	40,018

5.2. Mécanismes de financement durable à partir des ressources propres de l'Etat

L'ensemble des prestations envisagées pour l'ARCH faisait précédemment l'objet de divers financements sur ressources propres de l'Etat éparpillés sur des projets isolés. Le mécanisme de l'ARCH permettra d'une part, de rationaliser la gestion des ressources affectables avec les capacités budgétaires actuelles de l'Etat, et d'autre part, donnera lieu à la mise en place de dispositifs novateurs devant contribuer à assurer le financement durable de la protection sociale à partir des ressources propres.

Tableau n°6 : Ressources mobilisables par l'Etat (en FCFA)

Nature des ressources	Montant	Affectation envisagée
1. Dotation microfinance <i>Reliquat disponible des dotations antérieures au Fonds National de la Microfinance</i>	10 milliards en 2017	Fonds de roulement pour le volet Micro-crédit de ARCH : contribution au financement de la quote-part de 10% de l'Etat dans le projet ARCH
2. Redevance spectrale <i>Redevance instituée à partir de 2017 qui est à collecter auprès des sociétés de téléphonie mobile installées au Bénin</i>	47 milliards de rendement annuel à partir de 2018	Financement des infrastructures sanitaires (hôpitaux et centres de santé) et mise aux normes des plateaux techniques Subvention des activités de l'ARCH à partir de 2022
3. Taxe de solidarité sur les primes d'assurance <i>A instituer dès le démarrage de l'ARCH</i>	6 milliards par année	Subvention des activités de l'ARCH à partir de 2022
4. Trois taxes créées en 2014 dans le cadre de la Loi sur le RAMU (Taxe à l'embarquement, taxe sur les redevances GSM et droits d'accises sur les véhicules à grosse cylindrée) <i>Taxes à reconduire pour le financement de l'ARCH avec la création d'un compte d'affectation spéciale du Trésor</i>	9 milliards de rendement annuel depuis 2016	Contribution au financement de la quote-part de 10% de l'Etat dans le projet ARCH Subvention des activités de l'ARCH à partir de 2022

Il en résulte que le rendement annuel des mécanismes de financement durable du dispositif ARCH est évalué à un montant de 62 milliards de FCFA.

Le schéma de financement est présenté ci-après en millions de FCFA :

Tableau n°7 : PLAN DE FINANCEMENT (EN MILLIONS DE FCFA)

	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Emplois						
Système d'information et de gestion	6 440	6 440	2 147	4 293	2 147	21 467
Dotation pour les prestations	5 566	73 140	78 434	62 695	47 182	267 017
Coordination	2 484	7 453	7 453	2 484	4 969	24 843
Total des emplois	14 490	87 033	88 034	69 472	54 298	313 327
Ressources						
Dotations Budget national						
FNM Reliquat	10 000					10 000
FNM		5 000	3 000	3 000	3 000	14 000
Formation des pauvres		3 000	2 000	2 000	1 000	8 000
Maladie des pauvres		0	0	0	0	0
	10 000	8 000	5 000	5 000	4 000	32 000
Financements disponibles / PTF						
Fonds mondial	5 000	3 000				8 000
Banque Mondiale		4 000				4 000
BID		24 155				24 155
BADEA		2 400				2 400
AFD		235				235
Coopération Suisse		850				850
UNCDF		378				378
	5 000	35 018	0	0	0	40 018
Financements à mobiliser / PTF						
	0	44 000	83 000	65 000	50 000	242 000
Total des ressources	15 000	87 018	88 000	70 000	54 000	314 018
Solde annuel	510	-15	-34	528	-298	691
Solde cumulé		495	461	989	691	1 382

La couverture des 10% de contribution de l'Etat dans le Programme est basée sur les habitudes de financement par les fonds propres de l'Etat des mécanismes existants de protection sociale en faveur des pauvres (voir tableau n° 8 ci-après). Les ressources dégagées par les mécanismes de financement durable retenus (redevance spectrale, taxe de solidarité et taxes sur le RAMU) seront aussi partiellement sollicitées.

**Tableau n°8 : STATISTIQUES SUR LES NIVEAUX DE FINANCEMENTS
ANNUELS PAR LE BUDGET DE L'ETAT (FONDS PROPRES) DE
PROJETS OU PROGRAMMES DE PROTECTION SOCIALE
(EN MILLIONS DE FCFA)**

N°	PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE POUR LES PAUVRES	Moyenne d'exécution (2014-2016)	Montant des rubriques affectables au dispositif ARCH
1	Agence Nationale d'Assurance Maladie	525 000	525 000
2	Fonds sanitaire des indigents	1 182 455	1 182 455
3	Prise en charge gratuite du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes	403 141	403 141
4	Programme National de Lutte Contre le Paludisme	269 105	269 105
5	Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne	2 300 000	0
6	Agence Nationale pour la Vaccination et les Soins de Santé Primaires	1 366 250	0
7	Centre de prise en charge médicale intégrée du nourrisson et de la femme enceinte atteints de la drépanocytose	512 500	0
	Assistance aux hémodialysés	2 296 059	0
	TOTAL	8 854 510	2 379 701
N°	PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE POUR LES AGENTS DE L'ETAT ET AUTRES AYANTS-DROITS	Moyenne d'exécution (2014-2016)	
1	Régime de prise en charge des Agents Permanents de l'Etat qui couvre les 4/5ème des analyses médicales	2 082 075	0
2	Evacuations sanitaires à l'étranger	8 328 299	0
	TOTAL	10 410 374	0
N°	PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION DES PLUS PAUVRES / SECTEUR INFORMEL	Moyenne d'exécution (2014-2016)	
1	Fonds de Développement de la Formation Professionnelle Continue et de l'Apprentissage (FODEFCFA)	622 500	622 500
2	Programme de formation du Fonds d'Aide à la Culture	2 216 667	2 216 667
3	FNPEEJ	621 471	621 471
4	PEEJ	35 439	35 439
	TOTAL	3 496 076	3 496 076
N°	FONDS DE DOTATION DE L'ETAT POUR LA MICROFINANCE	Moyenne d'exécution (2014-2016)	
1	Fonds National de la Microfinance	5 050 990	5 050 990
	TOTAL	5 050 990	5 050 990
N°	PRISE EN CHARGE DE LA RETRAITE DES PAUVRES	Moyenne d'exécution (2014-2016)	
1	Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale (CMPS) qui offre les prestations de retraite pour les acteurs du secteur formel	198 333	198 333
	TOTAL	198 333	198 333
	TOTAL GENERAL	28 010 283	11 125 100

Après 2021, il n'est pas prévu de dotation additionnelle pour le Volet Crédit qui disposerait d'un fonds de roulement suffisant pour la poursuite des activités de crédit.

En somme, le programme ARCH sera mis en œuvre entre 2017 et 2021 avec la contribution des partenaires. Les modalités de mobilisation de cette contribution seront négociées avec ces derniers. Il sera privilégié pour ce programme social, les dons et les prêts à taux concessionnel. Au-delà de cette période, soit à partir de 2022, l'Etat béninois sera en mesure d'assurer sur fonds propres la couverture des financements requis (environ 50 milliards) grâce au rendement annuel de l'ensemble des ressources mobilisables (environ 62 milliards). Il convient de souligner que l'équilibre du modèle de financement du dispositif ARCH est davantage renforcé par ce qui suit :

- Les capacités de financement sur le budget national des mécanismes existants de protection sociale en faveur des pauvres qui seront intégrés dans le dispositif ARCH portent sur un montant annuel de 11 milliards de FCFA pris en compte partiellement dans le plan de financement ;
- A l'horizon 2021, les effets des investissements productifs et des réformes engagées par le Gouvernement commenceront à se faire sentir sur la situation économique du pays avec une réduction du taux de pauvreté et une amélioration des capacités de mobilisation de ressources propres.

6. CONDITIONS DE SUCCÈS

La réussite du projet ARCH requiert une totale adhésion des populations, une volonté politique et un leadership au plus haut niveau. C'est la condition pour assurer le succès des mécanismes à mettre en place en vue de la mobilisation des ressources propres spécifiques à affecter au projet. Par ailleurs, pour assurer la stabilité et la légalité du dispositif, il est prévu, avant la mise en œuvre de l'ARCH, la révision de la Loi sur le RAMU pour y inclure les particularités du projet ARCH. Les besoins de rationalisation et d'intégration des structures existantes pour la fourniture des différents services appelleront aussi des réformes institutionnelles adéquates qui faciliteront la réalisation des opérations et garantiront plus d'efficacité.

Les réformes à faire par l'Etat pour répondre à l'obligation de la souscription d'Assurance Maladie pour l'ensemble des fonctionnaires permettra de faire des économies sur les ressources actuellement utilisées pour les soins de santé et les évacuations sanitaires.

En ce qui concerne le service de crédit, l'octroi du crédit sur la base de la situation socio-professionnelle de l'adhérent et des mécanismes de la finance digitale sont de véritables facteurs de réduction de risque et de sécurisation du dispositif. La digitalisation des opérations sera donc privilégiée dans l'ARCH pour introduire plus de transparence et permettre de limiter les risques d'impayés. L'institution d'un guichet unique pour les prestations est aussi un gage de sécurité et de réduction des risques d'impayés. En effet, l'une des principales causes des impayés des programmes sociaux de microfinance développés jusque-là au Bénin réside dans le fait qu'en cas de maladie du bénéficiaire, de ses enfants ou de ses proches, le montant du crédit est utilisé pour faire face aux soins, ce qui, in fine, rend impossible le remboursement à temps ou pas du tout des échéances du crédit.

Le processus de préparation du projet sera participatif et inclura l'ensemble des acteurs à la base. Les besoins et les initiatives des bénéficiaires et de leurs organisations seront largement pris en compte.

L'adhésion massive des personnes non pauvres permettra de dégager des ressources nécessaires pour couvrir les besoins de financement liés à la prise en charge des pauvres extrêmes et des pauvres non extrêmes ; ce qui se traduira par une forme de solidarité nationale.

Enfin, dans la mesure où le nouveau Gouvernement travaille à l'amélioration de la situation économique et sociale, toute réduction de l'incidence de la pauvreté monétaire, grâce aux succès des politiques publiques envisagées, se traduirait

par le renforcement du système de protection sociale qui dégagerait des ressources supplémentaires dues à la réduction du nombre de pauvres et par conséquent à l'accroissement du nombre de personnes non pauvres, dont les contributions sont plus importantes. Le renforcement du capital humain améliorera la productivité des individus et permettra une augmentation du taux de croissance économique et une mobilisation plus accrue de ressources nationales au profit de l'ARCH.

7. PRINCIPAUX RISQUES ET MESURES DE MITIGATION

En raison de la complexité de la mise en œuvre du projet ARCH, il se dégage quelques risques, pour lesquels des mesures d'atténuation doivent être prévues pour garantir les conditions de succès du projet. Ces risques sont récapitulés dans le tableau ci-après avec les mesures de mitigation envisagées :

Description du risque	Gestion du risque
Risques liés aux parties prenantes	
La non appropriation et non adhésion au projet ARCH par les acteurs cibles	<p>Implication de toutes les parties prenantes au projet, depuis la phase d'élaboration jusqu'à celle de la mise en œuvre, à travers :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la collecte des aspirations des populations en rapport à l'objet du projet ; • la tenue des séances de sensibilisation à l'endroit des parties prenantes sur le projet ; • la tenue de fora avec les partenaires sociaux et la société civile
Risques externes au projet	
<p>(i) les aléas climatiques pouvant influencer négativement la mise en œuvre des activités agricoles notamment les intempéries;</p> <p>ii) l'implication excessive des hommes politiques dans l'exécution du projet</p>	<p>(i) Mettre en place un système d'alerte précoce pour surveiller l'environnement et anticiper sur les mesures d'adaptation.</p> <p>(ii) Donner une priorité absolue à la transparence dans la gestion du projet. Pour ce faire, il faut, entre autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> • élaborer un manuel de procédures administratives et financières du projet; • programmer des évaluations et audits externes automatiques à des fréquences régulières ; • créer au besoin un mécanisme de veille de l'environnement du projet
Risques liés à la gestion du projet	
Utilisation frauduleuse des cartes biométriques	<p>La sécurisation de la plateforme informatique du projet. Pour ce faire, il faut :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une évaluation récurrente de la capacité du système informatique à résister aux attaques ; • une prévision adéquate du remplacement et/ou de la mise à jour des équipements et/ou de la technologie de sécurisation du système informatique et de l'ensemble de la plateforme.

8. ARRANGEMENTS INSTITUTIONNELS ET PLAN D'ACTION DE MISE EN ŒUVRE

Le projet sera réalisé dans un contexte de synergie d'action, entre le Ministère en charge des Affaires Sociales, le Ministère en charge de la Santé, l'Agence Nationale de la Protection Sociale (ANPS, à créer), les bénéficiaires, les assureurs, les banques, l'Ordre des médecins, l'Ordre des pharmaciens, les partenaires sociaux, etc. Les conventions de partenariat entre les différents acteurs seront élaborées de manière inclusive. Il s'agit de repreciser le rôle des différentes institutions qui interviennent dans les domaines du projet, en insistant sur les séquences des partitions à jouer par chacune d'elles dans le sens d'optimiser l'ensemble du système de protection sociale.

Une équipe restreinte faisant office de comité de pilotage du projet sera mise en place et devra coordonner les activités de mise en route du projet. Elle sera composée d'experts dans les divers domaines de prestations couverts par le projet.

L'équipe sera soutenue par les experts du Bureau d'Analyse et d'Investigation de la Présidence de la République et pourra, au besoin, faire recours à toute compétence disponible dans les ministères sectoriels concernés par les activités du projet. En outre, le Gouvernement a sollicité le Système des Nations Unies et la Banque Mondiale pour apporter de l'assistance technique dans la phase de conception du projet. L'équipe de pilotage, selon les besoins, fera appel aux experts qui seront mis à sa disposition par les partenaires concernés. Dès que l'Agence Nationale de Protection Sociale (ANPS) sera pleinement opérationnelle, son organe de gestion prendra le relais du comité de pilotage dans la mise en œuvre du projet.

Le comité de pilotage ou Unité de Coordination du Projet (UCP) est placé sous l'autorité du Comité de Supervision du projet ARCH, présidé par le Chef de l'Etat. Ce Comité est composé du Ministre d'Etat, chargé du Plan et du Développement, du Ministre de la Justice et de la Législation, du Ministre de l'Economie et des Finances, du Ministre du Travail et de la Fonction Publique, du Ministre des Affaires Sociales, du Ministre de la Santé et du Coordonnateur du Bureau d'Analyse et d'Investigation de la Présidence de la République.

En tant que projet phare du Programme d'Action du Gouvernement 2016-2021 adopté en Conseil des Ministres le 26 octobre 2016, le Projet ARCH est aussi placé sous la supervision du Comité de Suivi des Projets Phares (CSPP), présidé mensuellement par le Chef de l'Etat.



