

L'Assurance maladie du programme ARCH au Bénin : conception, gouvernance et défis de pérennisation

Jacob GNAMMOU

Doctorant à l'Université de Liège, Belgique

N'Koué Emmanuel SAMBIENI

Maître de Conférences, Université de Parakou, Bénin

Marc BOURGEOIS

Professeur ordinaire à l'Université de Liège, Belgique

RÉSUMÉ

Pour répondre aux enjeux d'inégalité d'accès aux soins et de consolidation d'une protection sociale intégrée, le Bénin est en train de concrétiser le volet « assurance maladie » du programme gouvernemental dénommé « ARCH ». La présente étude analyse sa conception, sa gouvernance et ses défis de pérennisation, s'appuyant sur des données législatives, des entretiens avec des acteurs clés et des rapports d'évaluation. Le dispositif se distingue par deux innovations : (1) un ciblage des vulnérabilités via le Registre Social Unique (RSU), et (2) un modèle contributif différencié (ticket modérateur de 0 à 50 % selon le niveau de pauvreté) combiné à des partenariats public-privé pour élargir la couverture, y compris aux travailleurs informels. Les résultats de terrain identifient des axes d'amélioration, dont notamment la méconnaissance des prestations couvertes par la plupart des bénéficiaires ruraux interrogés, ce qui montre un besoin de campagnes de communication adaptées. Le financement, encore largement dépendant de l'aide extérieure, doit être diversifié (taxes sanitaires, subventions ciblées) pour assurer la viabilité du dispositif face à son extension prévue. De ce fait, l'étude recommande un renforcement des capacités des acteurs locaux (municipalités, OSC) et une intégration optimisée des outils numériques (suivi en temps réel via le RSU) pour améliorer l'efficacité opérationnelle. Ces ajustements, alignés sur les objectifs de l'Agenda 2030, pourraient positionner l'ARCH comme un modèle reproductible de couverture santé

inclusive en Afrique subsaharienne, combinant mutualisation des risques, équité et adaptation aux réalités des économies informelles.

ABSTRACT

Health insurance under the ARCH program in Benin: Design, governance, and sustainability challenges

To meet the challenges relating to unequal access to healthcare and the consolidation of integrated social protection, Benin is currently implementing the “health insurance” component of the government’s ARCH program. This study analyzes challenges regarding its design, governance, and sustainability, drawing on legislative data, interviews with key players, and evaluation reports. The scheme stands out for two innovations: (1) a targeting of vulnerabilities via the Single Social Register (RSU), and (2) a differentiated contributory model (co-payment from 0 to 50 percent depending on the level of poverty) combined with public-private partnerships to extend coverage, including to informal workers. Results from the field identify areas for improvement, including a lack of awareness among most of the rural beneficiaries surveyed about the benefits covered, which points to the need for appropriate communication campaigns. Funding, still largely dependent on external aid, needs to be diversified (health taxes, targeted subsidies, etc.) to ensure the viability of the scheme in the face of its planned expansion. The study therefore recommends strengthening the capacities of local players (municipalities, CSOs) and the optimized integration of digital tools (real-time monitoring via the RSU) to improve operational efficiency. These adjustments, aligned with the 2030 Agenda objectives, could position ARCH as a replicable model of inclusive health coverage in sub-Saharan Africa, combining risk pooling, equity, and adaptation to the realities of informal economies.

Au Bénin, l'accès aux soins de santé demeure l'un des enjeux sociaux les plus critiques, dans un contexte où les inégalités sont exacerbées par la prédominance du secteur informel. Plus de 94,3 % de la population active travaille dans des conditions échappant aux régulations sociales formelles (Présidence de la République du Bénin, 2017a, p. 2), ce qui limite considérablement leur accès à des dispositifs de sécurité sociale. Les deux régimes institutionnels existants – le Fonds National des Retraites du Bénin (FNRB) et la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) – ne couvraient que 6,4 % des travailleurs formels (UNICEF, 2013, p. 7), laissant une majorité écrasante de la population sans protection contre les risques de santé, pourtant omniprésents.

Pour pallier ce déficit, les ménages béninois, en particulier ceux du secteur informel, s'appuient depuis longtemps sur des mécanismes informels de protection sociale, notamment les tontines, les

groupes d'entraide, les associations professionnelles ou les petites corporations de métiers (Hodges *et al.*, 2010, p. 7). Si ces systèmes communautaires jouent un rôle d'amortisseur face aux chocs économiques et sociaux, ils restent limités dans leur capacité à répondre aux besoins de santé plus complexes ou à couvrir des dépenses médicales importantes. En outre, la faible allocation budgétaire aux programmes sociaux – estimée à seulement 0,05 % du PIB (Groupe de la Banque Mondiale, 2023) – illustre l'insuffisance structurelle des efforts publics en matière de protection sociale.

L'assurance maladie, sous sa forme actuelle, est relativement récente au Bénin. Dans les années quatre-vingt-dix du siècle dernier, en réponse aux recommandations des institutions internationales, le pays avait adopté une approche axée sur la participation communautaire et la décentralisation des services de santé (Sarrasin, 1999). Cette conception a évolué dans les années deux mille avec la création de mécanismes de protection sociale via des mutuelles de santé, principalement fondés sur la solidarité communautaire. Bien que novatrices, ces expériences se sont heurtées à plusieurs écueils, notamment en matière de gouvernance, de viabilité financière et d'adhésion des populations cibles (Mutualités Libres *et al.*, 2017). Malgré ces difficultés, l'idée d'un système d'assurance maladie national a continué de progresser. Un tournant législatif majeur est intervenu en 2015 avec l'adoption de la loi n° 2015-42 du 17 mars 2016 portant institution du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) (Présidence de la République du Bénin, 2016). Cette loi visait à établir une couverture santé nationale incluant à la fois les travailleurs formels, informels et les personnes économiquement faibles. Cependant, sa mise en œuvre a été retardée en raison de problèmes de financement, d'obstacles institutionnels et d'une volonté politique fluctuante (Vigan-Médji, 2017). En conséquence, bien que juridiquement établie, l'assurance maladie universelle n'a pas bénéficié d'une application effective à grande échelle.

C'est dans cette dynamique qu'est né le Projet d'Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ci-après : « ARCH »), en 2016. L'ARCH se fonde sur l'hypothèse qu'une offre intégrée de services d'assurance-maladie, de formation, de crédit et de retraite, complétés par les filets de sécurité sociale notamment envers les plus démunis, est le moyen le plus efficace pour opérationnaliser le document de Politique holistique de protection sociale. De ce fait, le programme capitalise les expériences existantes et tente de renforcer certains programmes dans une perspective de synergie pour de meilleurs résultats. Dès lors, le projet ARCH s'inscrit dans le cadre institutionnel national et entend développer des convergences avec les autres

projets et initiatives en cours (construction, équipement et mise en normes des formations sanitaires, prise en charge du risque maladie, formation des acteurs du secteur informel, microcrédits, dispositifs publics et parapublics de retraite, etc.), et ce à travers le Registre social unique (RSU) (Présidence de la République du Bénin, 2017b, p. 4-5). Il puise de l’inspiration dans les expériences existantes et renforce les programmes qui ont déjà fait leurs preuves.

Le programme ARCH intègre l’assurance maladie comme l’un de ses quatre piliers principaux, en en faisant un élément central de la nouvelle stratégie de protection sociale au Bénin (Présidence de la République du Bénin, 2016). Son ambition est de remédier aux lacunes historiques en introduisant un système hybride combinant contributions des bénéficiaires, subventions publiques et appuis extérieurs, tout en ciblant spécifiquement les populations vulnérables (Ministère du Plan et du Développement du Bénin, 2016). Justement, rappelons que le Bénin a consacré, sur le plan légal, l’obligation d’assurance maladie pour tous les résidents, instituant ainsi un système d’Assurance Maladie Obligatoire (AMO) à travers le décret n° 2023-327 du 21 juin 2023, portant modalités de mise en œuvre de l’assurance maladie au Bénin. Le volet assurance maladie de l’ARCH (ci-après : « AM-ARCH ») se distingue par une approche novatrice et une structuration institutionnelle ambitieuse. L’adoption du décret n° 2016-711, qui définit les bases opérationnelles de ce dispositif, témoigne de la volonté politique du gouvernement béninois de replacer l’accès à la santé au centre de ses priorités sociales. Ce volet vise non seulement à renforcer l’accès aux soins primaires pour les populations les plus défavorisées, mais également à poser les fondations d’un système de santé durable et inclusif, répondant aux besoins des travailleurs du secteur informel.

L’AM-ARCH constitue une avancée majeure dans le paysage de la protection sociale au Bénin. Il marque une rupture avec les approches fragmentées et non pérennes du passé, tout en inscrivant le pays dans une dynamique de modernisation et d’inclusion sociale. La présente étude se propose d’analyser l’AM-ARCH à travers trois axes principaux. Tout d’abord, sa conception et sa mise en œuvre sont décrites, en mettant en lumière les mécanismes institutionnels, les modes de financement et les cibles prioritaires. Ensuite, nous examinons les opportunités offertes par cette initiative ainsi que les défis auxquels elle est confrontée, en tenant compte des contraintes spécifiques au contexte béninois. Enfin, les perspectives futures et les pistes d’amélioration sont envisagées, notamment pour ce qui a trait à la mobilisation des ressources domestiques, à la gouvernance et à l’implication des collectivités locales.

À travers cette analyse, l'objectif est d'évaluer le potentiel de l'AM-ARCH à transformer durablement le système de santé béninois, tout en proposant des orientations stratégiques pour renforcer son impact. Par la mise en lumière des innovations de ce programme, l'étude entend également contribuer au débat académique sur les politiques sociales au Bénin et ouvrir des perspectives pour d'autres pays confrontés à des enjeux similaires en Afrique subsaharienne.

I. Méthode de collecte et d'analyse des données

L'approche méthodologique adoptée implique d'analyser l'AM-ARCH en tant que réponse stratégique aux défis spécifiques d'accès aux soins de santé au Bénin. Cette méthodologie repose principalement sur une démarche qualitative, combinant une analyse systémique des politiques publiques à une exploration approfondie des dynamiques institutionnelles, opérationnelles et financières du programme. L'étude mobilise une analyse systémique des politiques publiques, en se focalisant sur trois dimensions clés – les trois I – (idées, intérêts, institutions)¹ du volet « assurance maladie » (Palier & Surel, 2005, p. 7). Cette approche permet d'examiner comment les politiques publiques sont façonnées par des facteurs institutionnels et sociaux tout en répondant aux besoins de couverture santé des populations vulnérables (Jacquot, 2014).

La méthodologie est essentiellement qualitative. Elle inclut trente entretiens semi-directifs menés entre mars et juin 2024 avec divers acteurs impliqués dans la conception et la mise en œuvre du programme (agences, ministères, bénéficiaires) comme indiqué dans le tableau I.

L'échantillonnage est raisonné et vise à inclure une diversité d'acteurs pour capturer des perspectives complémentaires sur

1. Il s'agit d'examiner d'abord les idées qui sous-tendent la conception de l'assurance maladie du programme ARCH, en mettant en lumière ses objectifs, ses principes directeurs et les innovations qui le caractérisent. Ensuite, l'on explore les intérêts des différents acteurs impliqués, qu'il s'agisse des priorités stratégiques du gouvernement, des attentes des bénéficiaires ou des engagements des partenaires techniques. Enfin, l'étude s'intéresse aux institutions qui encadrent la mise en œuvre du programme, notamment les dispositifs législatifs, les mécanismes de gouvernance et les structures opérationnelles mobilisées. La présente étude constitue un condensé de cette analyse, dont des développements plus conséquents figurent dans la dissertation doctorale actuellement rédigée par Jacob Gnammou.

l’AM-ARCH. Les données collectées ont été complétées par des observations directes réalisées lors de visites dans les centres opérationnels du dispositif, ainsi que dans les localités pilotes. Cette approche a permis de croiser les faits institutionnels et les réalités vécues par les bénéficiaires, renforçant ainsi la validité des résultats.

Tableau 1. Répartition des entretiens par catégorie d’acteurs impliqués dans l’AM-ARCH

Catégories d’acteurs	Nb. d’entretiens	Critères de sélection	Lieu des entretiens
Représentants des agences gouvernementales	5	Responsables des ministères et structures techniques impliqués dans la conception et la mise en œuvre du programme ARCH	Principalement à Cotonou
Bénéficiaires directs et indirects de l’AM-ARCH	15	Personnes issues du secteur informel (artisans, commerçants, etc.) ayant bénéficié de l’AM-ARCH et acteurs de la santé	Cotonou et localités rurales
Experts et consultants techniques	5	Spécialistes ayant contribué à l’élaboration des stratégies de l’ARCH	Cotonou
Membres des organisations non gouvernementales nationales et internationales	5	Représentants des partenaires techniques et financiers ayant soutenu le programme	Cotonou

Source : les auteurs, 2024.

Les données qualitatives issues des entretiens et des observations ont été traitées via une analyse de contenu systématique. Le logiciel QDA Miner a été utilisé pour identifier et interpréter les thèmes récurrents, les divergences entre acteurs et les implications opérationnelles du programme. Cette méthode garantit une exploitation rigoureuse des données, tout en permettant de relier les informations collectées aux objectifs de la recherche.

L’étude exploite également des sources secondaires comprenant les textes juridiques (lois, décrets et réglementations relatifs au volet « assurance maladie » du programme ARCH), les rapports officiels émanant des ministères, des agences techniques et des partenaires internationaux, ainsi que des données statistiques sur l’accès

aux soins, la couverture santé et les contributions des bénéficiaires. Ces documents ont été analysés dans une perspective fonctionnelle (Michaels, 2006), afin d'évaluer l'impact des normes juridiques et des cadres institutionnels sur l'amélioration effective de l'accès aux services de santé.

II. Analyse des résultats

Le programme ARCH s'inscrit dans une dynamique de renforcement du système de protection sociale au Bénin, visant à garantir un accès équitable aux soins de santé pour les populations vulnérables. Son élaboration repose sur un processus de conception structuré, intégrant une réflexion sur les besoins, les objectifs et les modalités de mise en œuvre (II.1.). En l'occurrence, le dispositif AM-ARCH combine intervention publique et implication du secteur privé, tout en s'appuyant sur un modèle contributif adapté aux capacités des bénéficiaires (II.2.). La gouvernance du programme mobilise plusieurs acteurs institutionnels et repose sur des mécanismes de gestion qui conditionnent son efficacité et son accessibilité (II.3.). Toutefois, la pérennité de l'AM-ARCH dépend largement de la soutenabilité de son financement et de sa capacité à s'adapter aux défis systémiques, notamment en matière d'extension de la couverture, de contrôle des coûts et de renforcement des infrastructures de santé. L'analyse de ces différentes dimensions permet d'évaluer la viabilité du dispositif et d'identifier les ajustements nécessaires pour en assurer la continuité et l'impact à long terme (II.4.).

Analyse du processus de conception du programme ARCH

Le processus de conception de l'ARCH au Bénin repose sur une démarche méthodique et structurée, visant à répondre aux défis de protection sociale et d'accès aux soins de santé pour les populations vulnérables. La volonté politique du président Patrice Talon, exprimée dès son accession au pouvoir en 2016, a marqué un tournant décisif dans la conception et la mise en place d'un système d'assurance maladie inclusif, adapté aux réalités socio-économiques du Bénin.

La première étape de ce processus a été l'instauration d'un cadre organisationnel *ad hoc*, incarné par le Comité technique de conception et d'élaboration du document du Projet ARCH, créé par le décret n° 2016-711 du 25 novembre 2016. Ce comité avait pour mission d'effectuer un diagnostic approfondi des systèmes existant et d'analyser

les meilleures pratiques internationales en matière d’assurance maladie, notamment en s’inspirant des modèles indien, mexicain, ghanéen et rwandais (Présidence de la République du Bénin, 2016). Cette démarche comparative était essentielle pour identifier les facteurs de succès et les défis propres à chaque expérience, en vue d’une adaptation pertinente au contexte béninois.

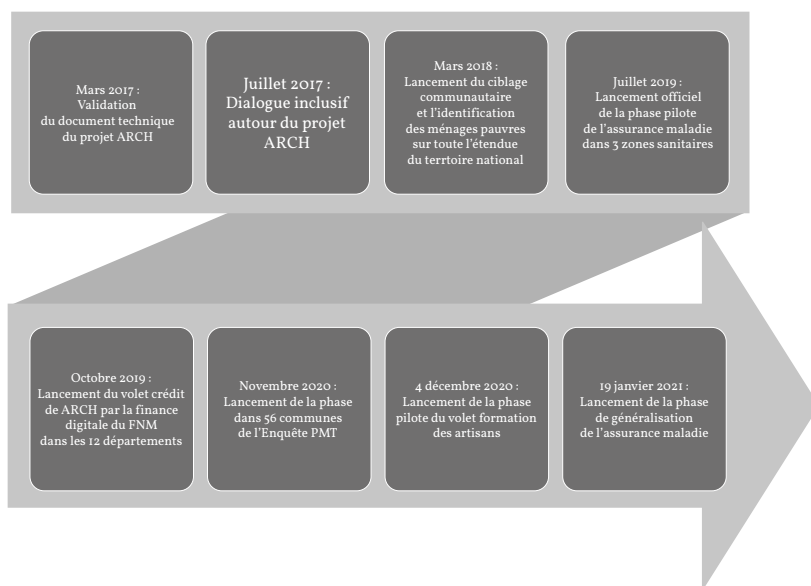
Du reste, la conception du programme ARCH s’est articulée autour de plusieurs axes stratégiques. Tout d’abord, une étude de faisabilité a été réalisée pour déterminer les modalités pratiques de mise en œuvre, en tenant compte des contraintes économiques et institutionnelles du pays. Cette étude a permis d’identifier les mécanismes de financement concevables, les critères d’éligibilité des bénéficiaires et les régulations nécessaires à l’opérationnalisation du système. Elle a également mis en exergue l’importance d’un partenariat public-privé pour assurer la viabilité financière du dispositif. En l’occurrence, l’analyse des dispositifs préexistants au Bénin a révélé une quasi-absence de protection sociale pour le secteur informel, qui représente 94,3 % de la population active (Présidence de la République du Bénin, 2017a, p. 2). En réponse à cette situation, le Comité technique a défini une architecture innovante, fondée sur l’interconnexion de quatre volets : assurance maladie, formation, crédit et retraite². Cette conception intégrée visait à garantir une couverture sociale globale et durable pour les travailleurs du secteur informel, tout en assurant une transition progressive vers un modèle de protection sociale plus institutionnalisé.

Ainsi, en mars 2017, le Conseil des ministres a validé les orientations stratégiques du projet ARCH, conduisant à la création de l’Unité de Coordination du Projet ARCH (UCP-ARCH) par le décret n° 2017-362 du 12 juillet 2017. Cette unité, composée de spécialistes en politiques sociales, assurance maladie et finance inclusive, était chargée de superviser la mise en œuvre des études techniques, de coordonner les dialogues inclusifs avec les parties prenantes et d’assurer la préparation opérationnelle du projet (Présidence de la République du Bénin, 2017). Le cadre institutionnel mis en place a ainsi permis d’assurer une gestion technique et stratégique efficace, tout en impliquant les acteurs clés du domaine.

2. Le programme ARCH vise à améliorer la protection sociale au Bénin à travers quatre axes principaux. Son volet central, l’assurance maladie, garantit une couverture médicale aux populations exclues des services de santé de qualité. Il inclut également un dispositif de formation professionnelle pour renforcer l’employabilité et les compétences des travailleurs, un système de microcrédit à faible taux destiné aux petits entrepreneurs et aux personnes exclues du système bancaire, ainsi qu’un mécanisme de pension de retraite visant à assurer une sécurité financière aux personnes âgées sans couverture sociale.

Le déroulement du calendrier de mise en œuvre de l'ARCH a également suivi une progression rigoureuse. Après la validation du document technique en mars 2017 et l'organisation d'un dialogue inclusif en juillet de la même année, la phase de ciblage communautaire et d'identification des ménages pauvres a été lancée en mars 2018. Cette phase a permis d'assurer une identification rigoureuse des bénéficiaires potentiels et de garantir une allocation efficace des ressources. En juillet 2019, la phase pilote de l'assurance maladie a été déployée dans trois zones sanitaires, marquant une étape cruciale dans la mise en application des dispositifs prévus. Cette phase a été suivie du lancement du volet « crédit » de l'ARCH en octobre 2019 et de l'extension du projet à l'ensemble des 56 communes du pays en novembre 2020.

Schéma 1. Calendrier de mise en œuvre de l'ARCH



Source : Les auteurs, à partir des documents programme de l'ARCH.

Enfin, l'opérationnalisation de l'AM-ARCH a nécessité la définition d'un cadre juridique adapté, formalisé par le décret n° 2018-518 du 6 novembre 2018. Ce texte a instauré une phase pilote, dont la gestion a été confiée à une Unité de Gestion comprenant une coordination technique et une unité de gestion fiduciaire. Cette phase pilote était essentielle pour tester la pertinence des dispositifs proposés, ajuster les paramètres techniques et garantir un déploiement progressif du système. La mise en place de critères d'affiliation, l'identification des bénéficiaires, la définition des prestations couvertes et l'actualisation

des outils de gestion ont constitué les principales activités de cette phase d’expérimentation.

En conclusion, le processus de conception de l’assurance maladie ARCH repose sur une planification minutieuse, une analyse rigoureuse des modèles internationaux et une structuration institutionnelle adaptée. Cette démarche méthodique et structurée, qui a permis de poser les bases d’un système de protection sociale innovant, se concrétise aujourd’hui à travers les fondements, l’organisation et les mécanismes de ciblage de l’AM-ARCH, dont les principes et modalités opérationnelles reflètent une adaptation fine aux réalités socio-économiques du Bénin.

Fondements, organisation et ciblage de l’AM-ARCH

L’AM-ARCH vise à instaurer une couverture maladie universelle obligatoire pour tous les résidents du Bénin, en priorisant l’accès aux soins des populations vulnérables et des travailleurs informels. Son objectif central est de réduire les inégalités sanitaires via une prise en charge adaptée aux niveaux de pauvreté, tout en protégeant les bénéficiaires des risques financiers liés à la santé grâce à un système de cotisations et de financements équitables. La mise en place d’un régime obligatoire a pour finalité la mutualisation des risques et la solidarité nationale dans le financement des soins (Présidence de la République du Bénin, 2017b). De fait, l’assurance maladie de l’ARCH propose un financement basé sur un modèle contributif différencié.

Précisément, les employés des secteurs public et privé bénéficient d’une prise en charge partielle par leur employeur, qui assume 80 % de la prime, le reste étant prélevé sur le salaire. Les travailleurs indépendants souscrivent, quant à eux, à l’assurance de manière autonome. Pour les populations démunies, l’État prend en charge intégralement la prime des pauvres extrêmes et finance 50 % de celle des pauvres non extrêmes, ces derniers étant tenus d’acquitter la part restante. Afin de limiter les abus et de responsabiliser les assurés, un ticket modérateur de 20 % est appliqué aux bénéficiaires, sauf pour les pauvres extrêmes (Présidence de la République du Bénin, 2023).

Le ciblage des bénéficiaires repose sur le Registre Social Unique (RSU), un outil centralisé d’identification des populations vulnérables, combiné à un référentiel juridique défini par le décret n° 2023-491 (Présidence de la République du Bénin, 2023) du 26 septembre 2023. Le référentiel établit une catégorisation binaire des bénéficiaires : les ménages en extrême pauvreté ou pauvreté

alimentaire (définie comme l'incapacité à satisfaire les besoins nutritionnels de base sans assistance externe), d'une part, et les ménages en pauvreté non extrême ou pauvreté non alimentaire (qui se définit comme la capacité à couvrir les besoins alimentaires, mais l'insuffisance de ressources pour accéder aux autres biens et services essentiels [santé, éducation, logement]. Ce cadre permet non seulement une allocation différentielle des prestations en fonction du seuil de vulnérabilité socio-économique objectivé, mais aussi une modulation du financement public, avec une prise en charge intégrale [100 %] de la prime d'assurance pour les ménages en extrême pauvreté, contre une prise en charge partielle [50 %] pour ceux en pauvreté non extrême.

Sur le plan opérationnel, l'AM-ARCH est censé reposer sur un partenariat public-privé (PPP). Ce partenariat associera diverses entités étatiques, avec un recours prévu à un prestataire privé pour la gestion des adhésions, le suivi des prestations et le contrôle des services. Le cadre juridique de l'AM-ARCH est défini par la loi n° 2020-37 du 3 février 2021 portant protection de la santé des personnes en République du Bénin, modifiée par la loi n° 2022-17 du 19 octobre 2022, et le décret n° 2023-327 du 21 juin 2023, qui en précise les modalités d'application. L'administration de l'AM-ARCH est confiée à l'Agence Nationale de Protection Sociale [ANPS], qui pilote sa mise en œuvre. Le décret n° 2019-008 du 09 janvier 2019 portant approbation des statuts de l'Agence nationale de Protection sociale prévoit des structures déconcentrées de l'ANPS sous la forme d'agences départementales et locales ou communales.

L'accès aux soins est exclusivement assuré par des établissements de santé publics et privés, agréés par l'ANPS. Cette option est censée garantir la qualité et l'efficacité des prestations. En complément, un Conseil consultatif de l'assurance maladie, composé de représentants de l'État, des employeurs, des syndicats et des assureurs, est chargé du règlement des différends et du suivi des engagements des parties prenantes.

En somme, l'AM-ARCH se structure autour d'un cadre juridique solide, d'un financement adapté aux réalités socio-économiques et d'un dispositif institutionnel visant à assurer une mise en œuvre équitable et efficace de l'assurance maladie au Bénin. Les mécanismes de ciblage et de mutualisation des risques, bien que perfectibles, constituent des avancées significatives vers l'objectif de couverture sanitaire universelle. Du reste, si ces fondements illustrent une avancée notable, la gouvernance et les défis opérationnels de sa mise en œuvre révèlent des enjeux clés qui nécessitent une attention particulière pour garantir l'efficacité et la pérennité du dispositif.

Gouvernance et défis de la mise en œuvre de l’assurance maladie du programme ARCH au Bénin

La conception du volet « assurance maladie » du programme ARCH a bénéficié de l’expertise multidisciplinaire d’une équipe d’économistes des ressources humaines, d’économistes de la santé, d’experts en protection sociale et d’experts en santé publique [Présidence de la République du Bénin, 2016]. Cette approche collaborative et scientifique a permis de poser les bases solides du programme et d’assurer une conception adaptée aux besoins socio-économiques et sanitaires du pays. Après la mise en œuvre de la phase pilote, un tournant significatif a marqué la phase d’extension et de généralisation du programme. En effet, comme cela a été le cas au Ghana lors de la conception du régime ghanéen d’assurance maladie [Rajkotia, 2007, p. 3-7], les experts universitaires béninois qui ont contribué à la structuration du programme ont laissé place à une équipe technocratique chargée de la mise en œuvre opérationnelle. Pour reprendre les propos d’un responsable de l’ANPS, « cette évolution institutionnelle vise à assurer une gestion technique et administrative efficace, en mobilisant des compétences spécifiques adaptées aux exigences de l’exécution du programme ».

L’analyse du processus de conception de l’assurance maladie ARCH révèle toutefois des opportunités d’amélioration en ce qui concerne la représentativité des parties prenantes. Si le Comité technique a intégré des experts en politiques sociales et assurance maladie, d’aucuns ont relevé une faible implication des acteurs de l’assurance maladie au Bénin, tels que les assureurs privés et les mutualistes. Une étude a confirmé cette lacune, en mettant en évidence la faible participation des leaders d’opinion et l’absence de concertation significative avec les organisations de la société civile. Précisément, l’étude révèle que les rares leaders d’opinion présents aux activités « *ne communiquaient pas de façon pertinente et n’étaient pas forcément compétents dans leur domaine* ». Aussi, leur contribution aux discussions a été jugée faible en raison du fait que leur point de vue n’était pas toujours pris en compte de la même manière que ceux du Comité technique [Dossou *et al.*, 2022, p. 25]. Les leaders d’opinion n’étaient pas forcément satisfaits de leur participation au processus de mise en œuvre de la phase pilote de l’ARCH. Comme l’on a pu le constater, l’implication de toutes les parties prenantes est fondamentale pour la réussite du programme. Cette non-implication de tous les acteurs est pointée par le plus grand nombre de personnes rencontrées comme un facteur ayant handicapé le bon déroulement de la phase pilote, mise en œuvre de 2018 à janvier 2021. Ces constats sont corroborés par le témoignage d’un acteur clé du déploiement initial :

« Pendant longtemps, il était interdit de parler de l'ARCH. On recevait juste des instructions qu'on se devait d'appliquer. Plusieurs personnes impliquées comme moi dans la phase pilote peuvent vous confirmer qu'on ne savait pas de quoi le projet est fait ». [Monsieur X. Y., Entretien du 16/04/2024].

Ce témoignage illustre la nécessité d'une communication renforcée et d'une implication élargie des parties prenantes dans la phase d'extension de l'AM-ARCH. En effet, la concertation avec les acteurs nationaux et la transparence dans la diffusion des informations constituent des leviers essentiels pour favoriser l'adhésion et la compréhension des mécanismes sous-jacents à l'AM-ARCH.

Par ailleurs, le système reposant sur une carte spécifique, la phase pilote a également révélé certains défis liés à l'appropriation du dispositif par les bénéficiaires eux-mêmes. Les données recueillies des entretiens montrent que l'absence d'une information claire sur le fonctionnement de l'assurance maladie et les prestations couvertes a parfois entraîné des incompréhensions, tant du côté des bénéficiaires que du personnel soignant. En l'espèce, certains assurés ont exprimé des difficultés quant à l'utilisation de leur carte d'assurance, notamment en raison d'une confusion entre la carte d'identité biométrique et celle donnant accès aux soins. Précisément trois quarts des bénéficiaires ruraux rencontrés méconnaissent le fonctionnement de l'AM-ARCH, et se retrouvent de ce fait incapables de réclamer les prestations dues. Cette méconnaissance a pu conduire à des situations où les bénéficiaires se sont vu refuser des soins en raison d'une identification erronée.

L'un des bénéficiaires rencontrés relate son expérience en ces termes :

« Je suis bénéficiaire de la carte d'assurance maladie de l'ARCH. Mais je ne l'utilise plus. Je suis allé trois fois à l'hôpital avec mes enfants. Chaque fois que je me rends au Centre de santé, le Médecin-Chef instruit les infirmiers de ne pas me soigner si je ne paye pas directement ou si je ne m'engage pas à rembourser les frais de soins ». [Monsieur O.A., Entretien du 13/04/2024].

Cette déclaration met en lumière des difficultés d'interprétation des droits conférés par l'AM-ARCH, notamment en ce qui concerne le panier de soins couvert par l'assurance maladie. Plusieurs bénéficiaires, ne disposant pas d'informations détaillées sur la nature des prestations prises en charge, ont pu percevoir l'initiative comme étant limitée dans ses bénéfices. Comme l'exprime un autre bénéficiaire :

« La carte ne sert qu'à bénéficier du paracétamol. » [Madame A.A., Entretien du 25/05/2024]

Cette perception souligne l’importance d’un renforcement des dispositifs d’information et de sensibilisation, tant auprès des bénéficiaires que des prestataires de soins, afin de garantir une meilleure appropriation du programme. Au-delà, toutes ces observations plaident pour un renforcement des mécanismes de co-construction et de transparence.

En définitive, la mise en œuvre de l’AM-ARCH repose sur une dynamique d’apprentissage et d’adaptation continue. L’intégration des retours d’expérience issus de la phase pilote et l’ajustement des mécanismes de gouvernance apparaissent comme des leviers essentiels pour améliorer l’accessibilité et l’efficacité du dispositif – en lien avec les recommandations des cadres d’analyse des politiques publiques adaptatives [Jacquot, 2014]. L’adoption d’une stratégie de communication plus inclusive et la consolidation du dialogue avec l’ensemble des parties prenantes contribueront sans doute à renforcer la portée et l’acceptabilité de l’AM-ARCH, tout en consolidant sa légitimité en tant qu’outil structurant de la protection sociale en santé au Bénin. Cependant, au-delà des enjeux de gouvernance, la viabilité à long terme de l’AM-ARCH dépend fondamentalement de la solidité de son cadre financier, qui se doit de garantir une mobilisation pérenne de ressources tout en répondant aux besoins croissants des bénéficiaires.

Cadre financier et viabilité de l’AM-ARCH

L’AM-ARCH se distingue par son approche hybride associant intervention publique et participation du secteur privé dans un cadre régulé. Concrètement, le dispositif repose sur une synergie entre efficacité du marché et engagement étatique pour garantir l’accès aux soins aux populations vulnérables à travers la mobilisation des partenariats public-privé. Cette approche, décrite par Moreno [2006, p. 103-105]) comme combinant « efficacité du marché et engagement étatique », mobilise une logique de rentabilité systémique tout en encadrant les risques de distorsions sociales. Cependant, les données disponibles identifient des défis structurels, notamment en matière d’accessibilité géographique, de soutenabilité financière et de régulation des prestataires privés, nécessitant un cadre normatif renforcé pour équilibrer impératifs économiques et objectifs de couverture universelle.

Un levier majeur de ce dispositif réside dans l’implémentation de solutions numériques dédiées à la gestion des adhésions et des prestations. Ces outils permettent une meilleure traçabilité des processus, une fluidification des procédures administratives et une réduction des fraudes (Ahéhéhinou, 2020). Toutefois, leur efficacité

dépend fortement de la disponibilité des infrastructures numériques, notamment en milieu rural où la connectivité demeure limitée.

Sur le plan de l'équité, l'instauration d'un ticket modérateur différencié selon les catégories socio-économiques vise à responsabiliser les assurés tout en garantissant la gratuité pour les plus démunis (Cassiers & Lebeau, 2005, p. 93-95 ; Cattacin, 2006, p. 21). Cette mesure, couplée à l'élargissement du panier de soins couverts (75 % des affections les plus courantes) (Adanlao, 2022), montre une progression vers une inclusion accrue. Néanmoins, cette approche doit être couplée à une évaluation rigoureuse des capacités contributives afin que la participation financière des bénéficiaires ne devienne pas un frein à l'accès aux soins. En parallèle, la modulation tarifaire proportionnelle aux revenus et l'extension du panier de soins couverts constituent des avancées qui renforcent l'inclusivité du système.

La viabilité financière de l'AM-ARCH repose sur un modèle hybride articulant cotisations des bénéficiaires, subventions publiques et financements extérieurs. Toutefois, le cadre de financement demeure imprécis et en cours d'évaluation, ce qui soulève des interrogations quant à la soutenabilité du dispositif à long terme. À ce jour, les données financières disponibles indiquent que la phase pilote a bénéficié d'un financement de 183 milliards de francs CFA, essentiellement constitué d'une aide au développement de la Banque mondiale (Ministère des Affaires Sociales et de la Microfinance [MASM], 2023). Ce financement, bien qu'ayant permis le déploiement initial du programme, ne saurait être considéré comme une base pérenne pour assurer la généralisation et la consolidation de l'AM-ARCH. La dépendance à des fonds externes souligne la nécessité d'identifier des mécanismes de financement plus autonomes et durables.

Dans cette perspective, plusieurs axes d'amélioration sont actuellement examinés. À ce titre, l'intégration progressive des travailleurs du secteur informel au régime d'AM-ARCH représente une piste stratégique, mais sa mise en œuvre requiert des mesures incitatives adaptées aux réalités socio-économiques de cette population. Par ailleurs, une optimisation des mécanismes de mutualisation des risques est visée pour renforcer l'équilibre financier du dispositif, tout comme l'exploration de financements innovants, incluant des contributions solidaires, des taxes spécifiques ou des partenariats avec le secteur privé. Justement, ainsi que l'indique le Directeur général de l'ANPS :

« Une étude approfondie sur l'espace fiscal national est actuellement menée par le ministère de l'Économie et des Finances. Cette analyse vise à identifier des marges de manœuvre budgétaires et des sources de financement pérennes pour l'ARCH. Les résultats attendus de cette étude permettront d'établir un cadre financier structuré, garan-

tissant la viabilité et l’extension progressive du dispositif, tout en assurant son intégration harmonieuse dans les priorités de développement socio-économique du pays. »

En somme, la pérennité financière de l’assurance maladie de l’ARCH est fonction de la capacité à structurer un cadre de financement cohérent, combinant ressources domestiques et stratégies de diversification, tout en assurant un équilibre entre accessibilité financière pour les bénéficiaires et viabilité économique du système.

Un autre enjeu prioritaire concerne l’accessibilité géographique, particulièrement dans les zones rurales où la couverture sanitaire demeure insuffisante. Le renforcement du maillage territorial par le déploiement des agents de santé communautaire apparaît comme une solution opérationnelle pour pallier ces disparités (Malou Adom *et al.*, 2019). En parallèle, une coordination accrue entre les structures gestionnaires de la protection sociale et les établissements de santé s’impose afin de fluidifier les interactions institutionnelles et clarifier les responsabilités de chaque acteur.

Enfin, la maîtrise des risques liés aux fraudes et aux abus constitue un impératif stratégique. L’adoption d’outils automatisés de vérification et la mise en place d’audits systématiques des prestations délivrées permettent de garantir une utilisation optimale des ressources.

Ces avancées positionnent l’AM-ARCH comme un laboratoire de politiques sociales innovantes, bien que sa pérennité dépende de l’institutionnalisation de trois leviers complémentaires : un cadre réglementaire adaptatif pour les partenariats public-privé, une cartographie dynamique des besoins en infrastructure numérique et une diversification accrue des sources de financement domestiques. Comme le soulignent les orientations stratégiques de la Présidence de la République du Bénin (2017b, p. 34-35), cette approche nécessite un « suivi dynamique intégrant des indicateurs de performance sanitaires, financiers et d’équité », permettant d’ajuster le dispositif aux évolutions socio-économiques tout en consolidant son rôle structurant dans le système de protection sociale.

Conclusion

L’assurance maladie du programme ARCH constitue une avancée majeure dans l’évolution des politiques de protection sociale de santé au Bénin. Par l’introduction d’un modèle mixte, alliant principes de solidarité et contributions individuelles, cette initiative s’inscrit dans une dynamique de transformation du rôle de l’État dans le domaine de la santé. À travers un dispositif structuré, combinant un ciblage

des populations vulnérables et une responsabilisation progressive des bénéficiaires, l'AM-ARCH ambitionne de garantir une couverture sanitaire plus inclusive et durable, tout en intégrant les impératifs d'efficacité économique et de soutenabilité financière.

Toutefois, la mise en œuvre de cette réforme innovante soulève plusieurs défis. Sur le plan institutionnel, elle exige une coordination rigoureuse entre les acteurs publics et privés afin d'assurer une gouvernance efficace et une allocation optimale des ressources. Sur le plan opérationnel, la pérennité du système dépendra de sa capacité à concilier accessibilité des soins et viabilité financière, notamment en consolidant son cadre de financement encore incertain. En effet, si la phase pilote a bénéficié d'un appui financier extérieur substantiel, le passage à une généralisation du dispositif nécessitera l'identification de sources de financement durables, adaptées aux spécificités socio-économiques du pays. À ce jour, ce mode de financement pérenne du programme n'est pas encore connu.

Par ailleurs, l'adhésion effective des travailleurs informels, qui représentent une part importante de la population cible, demeure un enjeu crucial. Une sensibilisation accrue et des incitations adaptées seront essentielles pour assurer une participation élargie et renforcer la mutualisation des risques. De même, la mise en place de mécanismes de régulation et de contrôle rigoureux sera déterminante pour prévenir les inefficiences et garantir la transparence du système.

En définitive, l'AM-ARCH représente une réforme ambitieuse qui redéfinit les contours de la protection sociale en santé au Bénin. Son succès reposera sur la capacité des acteurs impliqués à équilibrer les impératifs de solidarité et de viabilité économique, tout en assurant une régulation efficace du dispositif. Dans cette perspective, l'AM-ARCH peut être perçue comme un véritable laboratoire d'expérimentation des nouvelles approches de protection sociale en Afrique, illustrant les tensions et les opportunités liées à l'émergence de modèles hybrides intégrant des logiques de marché et des principes de solidarité.

Bibliographie

- Adanlao, S. (2022, mai 13). *Projet ARCH : les détails sur le panier de soins*. [Journal web]. Le matinal. <https://lematinal.bj/projet-arch-les-detaills-sur-le-panier-de-soins/>
- Ahéhéhinou, A. (2020, juillet 1). *Généralisation de l'Assurance pour le Renforcement du Capital humain. 5.000 lecteurs de cartes électroniques pour le projet*

- ARCH [Magazine (Journal web)]. 24 heures au Bénin. <https://www.24haubenin.info/?5-000-lecteurs-de-cartes-electroniques-pour-le-projet-ARCH>
- Cassiers, I., & Lebeau, E. (2005). De l'État providence à l'État social actif : Quels changements de régulation sous-jacents ? In *L'État social actif: Vers un changement de paradigme ?* (Pieter Lang, Vol. 44, p. 93-105). Pieter Lang.
- Cattacin, S. (2006). Retard, rattrapage, normalisation. L'État social suisse face aux défis de transformation de la sécurité sociale. *Studien und Quellen*, 31(1), 49-77.
- Décret n° 2023-327 portant modalités de mise en œuvre de l'assurance maladie au Bénin, Pub. L. No. 21 juin 2023, 21 juin 2023 Décret 1 (2023). <https://sgg.gouv.bj/doc/decret-2023-327/>
- Décret N° 2019-008 du 09 janvier 2019 portant approbation des statuts de l'Agence nationale de Protection sociale, Pub. L. No. N° 2019-008, N° 2019-008 Décret 1 (2019). <https://sgg.gouv.bj/doc/decret-2019-008/>
- Dossou, J.-P., Tonoukouen, C., Quenum, V. C. C., Houeninvo, H. G., Mededji, D. D., Bah Chabi, A. I., & Padonou, G. S. (2022). *Analyse du caractère inclusif des cadres de dialogue politique autour de la formulation et la mise en œuvre du volet Assurance Maladie du projet ARCH au Bénin* (p. 1-27). Results for Development, Duke, Feed the Children, Amref, Synergos, RAME, RESADE, Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie (CERRHUD).
- Hodges, A., Mèdédji, D., Mongbo, J.-J., O'Brien, C., & UNICEF. (2010). *Étude sur l'état des lieux et les perspectives de protection sociale au Bénin. Partie I. Rapport sur l'état des lieux de la protection sociale* (p. 1-110). UNICEF. Oxford Policy Management.
- Jacquot, S. (2014). Approche séquentielle (stages approach). In *Dictionnaire des politiques publiques* (p. 82-90). Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.bouss.2014.01.0082>
- Malou Adom, P. V., Makoutodé, C. P., Ouendo, E. M., & Makoutodé, M. (2019). Modèle d'intégration des agents de santé communautaire dans le système de santé (Bénin, Togo). *Santé Publique*, Vol. 31(2), 315-326. <https://doi.org/10.3917/spub.192.0315>
- Michaels, R. (2006). The Functional Method of Comparative Law. In M. Reimann & R. Zimmermann (Éds.), *The Oxford Handbook of Comparative Law* (p. 338-382). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199296064.013.0011>
- Ministère des Affaires Sociales et de la Microfinance (MASM). (2023). *Projet d'Assurance pour le Renforcement du Capital Humain* [Blog]. Ministère des Affaires Sociales et de la Microfinance (MASM). <https://social.gouv.bj/arch>
- Ministère du Plan et du Développement du Bénin. (2016). *Plan d'action de la Politique holistique de Protection sociale 2014-2018* (p. 1-70). Ministère du

- Plan et du Développement du Bénin. https://socialprotection.org/sites/default/files/publications_files/PA.PHPS_.2014-2018.en-cours-de-relecture.pdf
- Moreno, L. (2006). Le modèle de protection sociale des pays d'Europe du Sud : Permanence ou changement ? *Revue française des affaires sociales*, 1, 81-105. <https://doi.org/10.3917/rfas.061.0081>
- Mutualités Libres, Louvain Coopération, MASMUT, & CTB. (2017). *L'avenir des mutuelles de santé au Bénin et Togo* (p. 1-72). Mutualités Libres.
- Palier, B., & Surel, Y. (2005). Les « trois I » et l'analyse de l'État en action. *Revue française de science politique*, Vol. 55(1), 7-32. <https://doi.org/10.3917/rfsp.551.0007>
- Présidence de la République du Bénin. (2017a). *Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH)* (p. 1-17) [Fiche de projet]. Présidence de la République du Bénin.
- Présidence de la République du Bénin. (2017b). *Programme d'Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH)* (p. 1-48). Présidence de la République du Bénin.
- Rajkotia, Y. (2007). The political development of the Ghanaian National Health Insurance System: Lessons in health governance. *Bethesda, MD: Health Systems*, 20, 20.
- Sarrasin, B. (1999). *Ajustement structurel et lutte contre la pauvreté en Afrique : La Banque mondiale face à la critique*. L'Harmattan.
- UNICEF. (2013). *Politique holistique de protection sociale au Bénin* (p. 1-64). United Nations Children's Fund (UNICEF).
- Vigan-Médji, D. P. R. (2017). *Analyse de l'implantation du régime d'assurance maladie universelle (RAMU) au Bénin : Obstacles et facteurs facilitants* [Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Maitrise (MSc) en administration des services de santé Option évaluation des services, organisations et systèmes de santé, Université de Montréal].

