

Comment caractériser la consommation de soins des bénéficiaires de la Grapa ?

À découvrir dans cette analyse

Dans toute société, les ressources sont distribuées de manière inégale et certains groupes sont dits « défavorisés » ou « en situation de précarité ». Leur état de santé s'en trouve souvent affecté.

Cette analyse s'intéresse au groupe particulier que constituent les bénéficiaires de la garantie de revenus aux personnes âgées (Grapa). Son objectif est de mieux comprendre comment ces personnes utilisent les soins proposés par notre système de soins de santé, et ce, comparativement à une population similaire qui dispose d'autres sources de revenus.

Dans cette analyse, nous passons en revue des indicateurs concernant les soins de première ligne, les soins préventifs et dentaires, les soins hospitaliers, la consommation de certains médicaments et, pour finir, les soins liés à la perte d'autonomie.

Questions pour lancer et/ou prolonger la réflexion

- Les aînés qui bénéficient de la Grapa se différencient-ils des autres aînés ? En quoi ?
- La Grapa permet-elle à ceux qui en bénéficient de vivre de façon décente ?
- Pourquoi la consommation de soins des bénéficiaires de la Grapa pourrait-elle être différente de celle des autres aînés ?
- La consommation de soins des aînés est-elle en adéquation avec leurs besoins ?

Thèmes

- Garantie de revenus aux personnes âgées
- Précarité
- Soins de santé
- Inégalités

1. Introduction

Une des missions de la Mutualité chrétienne (MC) est de veiller au bien-être des personnes en situation de précarité. Elle met en œuvre tout ce qui est de son ressort pour permettre l'accès de chacun à des soins de santé de qualité. Pourtant, dans toute société, certaines catégories de personnes sont dites « défavorisées » ou « en situation de précarité » en raison d'inégalités : inégalités de ressources, inégalités quant à leurs conditions de vie ou de travail, inégalités d'accès aux structures de soins de santé, à l'information ou aux « bons comportements ». Leur état de santé s'en trouve souvent affecté.

Le concept de précarité peut être défini comme étant « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible » (Wresinski, 1987, p. 6).

Cette définition souligne la nature multifactorielle de la précarité ; celle-ci recouvre en effet un champ plus large que la pauvreté en tant que telle. On peut se retrouver en situation précaire parce qu'on manque de sécurité dans le domaine financier, mais aussi dans d'autres domaines (familial, social ou professionnel).

En tant qu'organisme assureur, la MC ne possède que peu d'informations sur la précarité de ses membres. La meilleure variable d'approximation qu'elle possède en la matière s'avère être le type de revenu qu'un individu perçoit. Cet indicateur touche bien entendu au versant financier de la précarité, mais il est également corrélé à d'autres variables telles que le niveau d'activité, le réseau social, l'âge et l'éducation d'un individu.

La présente analyse se positionne dans la lignée du travail mené par rapport aux bénéficiaires du revenu d'intégration sociale (RIS) (Henin, 2013). Nous nous intéressons ici aux bénéficiaires de la garantie de revenus aux personnes âgées (Grapa). L'objectif de cette analyse est de mieux appréhender comment ces personnes utilisent les soins, et ce, comparativement à une population similaire, mais disposant d'autres sources de revenus. Ces éléments devraient en effet nous aider à comprendre les éventuels problèmes auxquels ce groupe peut faire face, à évaluer les politiques existantes qui les concernent et à développer d'éventuelles autres stratégies.

2. Qu'est-ce que la Grapa ?

La garantie de revenus aux personnes âgées est une allocation destinée aux personnes de plus de 65 ans dont les ressources financières sont jugées « insuffisantes » au terme d'une enquête approfondie à leur propos. À titre informatif, le Tableau 1 (ci-dessous) reprend les montants de la Grapa.

Tableau 1. Montants de la Grapa.

	Montant de base	Montant majoré
01/09/2013	674,46 €	1011,70 €

Source : Office National des Pensions

Le montant de base de la Grapa est celui que touche le demandeur cohabitant avec une ou plusieurs personnes, tandis que le montant majoré est celui attribué au demandeur isolé. Ces montants sont diminués en fonction des ressources dont dispose l'allocataire (maison, retraite d'indépendant, etc.). La garantie de revenus aux personnes âgées est à peine supérieure au seuil de pauvreté (ce dernier est de 1000 €/mois pour une personne isolée et de 500 €/mois pour un cohabitant¹).

Nous pouvons toutefois noter que l'écart entre le montant des pensions et le montant de la Grapa tend à se réduire au fil du temps. Ainsi, la Grapa au taux majoré correspondait à 78 % du seuil de pauvreté en 2002 et était de 93 % de celui-ci 10 ans plus tard (en novembre 2012). À l'inverse, la pension minimum garantie de salarié au taux isolé pour une carrière complète, à savoir, 45 ans, correspondait à 109 % du seuil de pauvreté en 2002 et n'était plus que de 104 % de celui-ci 10 ans plus tard (en novembre 2012)².

3. Que voulons-nous savoir et comment obtenir ces informations ?

L'objectif de cette étude est de savoir si les bénéficiaires de la Grapa font face à des inégalités de santé. À partir des données dont nous disposons, nous pouvons analyser les éventuelles différences de consommation de soins de santé remboursés en Belgique. En effet, si des différences systématiques sont observées, cela tendrait à prouver que les bénéficiaires de la Grapa font les frais d'inégalités sociales de santé.

Pour pouvoir le vérifier, nous devons comparer la consommation de soins de ces personnes à celle d'autres personnes. Néanmoins, si nous constatons des différences dans l'utilisation des soins, nous devons nous assurer qu'elles sont dues au fait de bénéficier ou non de la Grapa et non dues à un autre facteur (âge, sexe, etc.). Pour ce faire, nous avons donc créé un « groupe contrôle » composé

¹ Source : statbel.fgov.be.

² Rapport bisannuel 2012-2013 du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, p. 20.

de personnes qui correspondent, une à une, aux bénéficiaires de la Grapa en ce qui concerne l'âge, le sexe et le lieu de vie³. Les personnes de ce groupe contrôle ne sont pas bénéficiaires de la Grapa mais bénéficient de revenus variables (ces revenus n'étant pas repris dans les bases de données de la MC).

Les données sur lesquelles nous avons basé notre étude datent de 2012. Le groupe d'étude reprend, parmi les membres de la MC, tous les bénéficiaires de la Grapa ainsi que leurs personnes à charge, c'est-à-dire 51.773 personnes. Le groupe contrôle compte le même nombre de personnes.

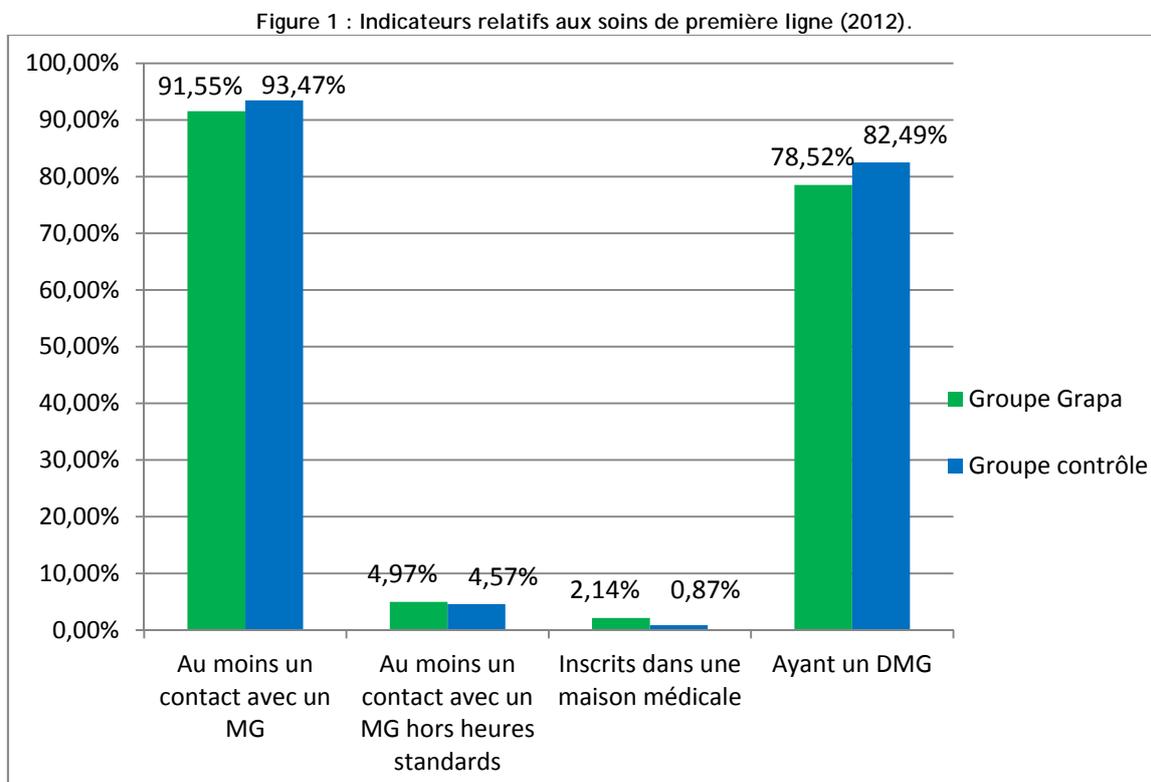
Afin que le lecteur puisse mieux se représenter qui sont les bénéficiaires de la Grapa, nous pouvons brièvement dire que la moyenne d'âge des bénéficiaires de la Grapa est de 76 ans, que 48 % d'entre eux sont des femmes et qu'ils vivent plus fréquemment que les autres membres de la MC en Flandre Occidentale, en Province de Namur et à Bruxelles.

4. Comment les bénéficiaires de la Grapa gèrent-ils leur santé ?

Pour être les plus complets possible dans l'analyse de l'accessibilité et l'utilisation des soins de santé, nous allons suivre une structure proche de celle de l'étude précédente sur les bénéficiaires du RIS (Henin, 2013) et passer en revue des indicateurs concernant plusieurs types de soins : les soins de première ligne tout d'abord, les soins préventifs et dentaires ensuite et, enfin, les soins hospitaliers, la consommation de certains médicaments et les soins liés à la perte d'autonomie.

4.1. Indicateurs relatifs aux soins de première ligne

Les soins de première ligne sont essentiels dans la gestion de la santé des individus. Le médecin généraliste est, pour la plupart des Belges, le prestataire de référence, celui auquel la personne qui se trouve confrontée à une difficulté de santé s'adresse en premier lieu et de manière privilégiée. Des contacts réguliers avec un médecin généraliste, le fait d'être inscrit dans une maison médicale ou encore le fait d'avoir un dossier médical global (DMG) indiquent qu'un individu bénéficie d'un meilleur suivi de sa santé et augmentent la probabilité de détecter les problèmes rapidement. Nous constatons que ces indicateurs sont similaires chez les bénéficiaires de la Grapa et dans le groupe contrôle.



³ Comme unité géographique, nous avons utilisé la province de résidence.

Une grande majorité des personnes faisant partie des deux groupes se rendent au moins une fois chez le généraliste par an, ce qui est plutôt bon signe. Ceux qui ne s’y rendent pas sont un peu plus nombreux chez les bénéficiaires de la Grapa (8,4 %, contre 6,6 % dans le groupe contrôle).

En moyenne, les bénéficiaires de la Grapa et les personnes appartenant au groupe contrôle consultent un médecin généraliste 10 à 11 fois par an ; la moitié des personnes l’a fait plus de 8 fois sur l’année (médiane). Certaines personnes se rendent très fréquemment chez leur généraliste ; ces dernières sont plus nombreuses parmi le groupe des bénéficiaires de la Grapa.

Les deux populations consultent les généralistes hors des heures standards de la même manière.

Les bénéficiaires de la Grapa sont plus de deux fois plus nombreux à être inscrits dans une maison médicale que le groupe contrôle, mais la proportion absolue reste faible : 2 % d’inscriptions parmi les bénéficiaires de la Grapa.

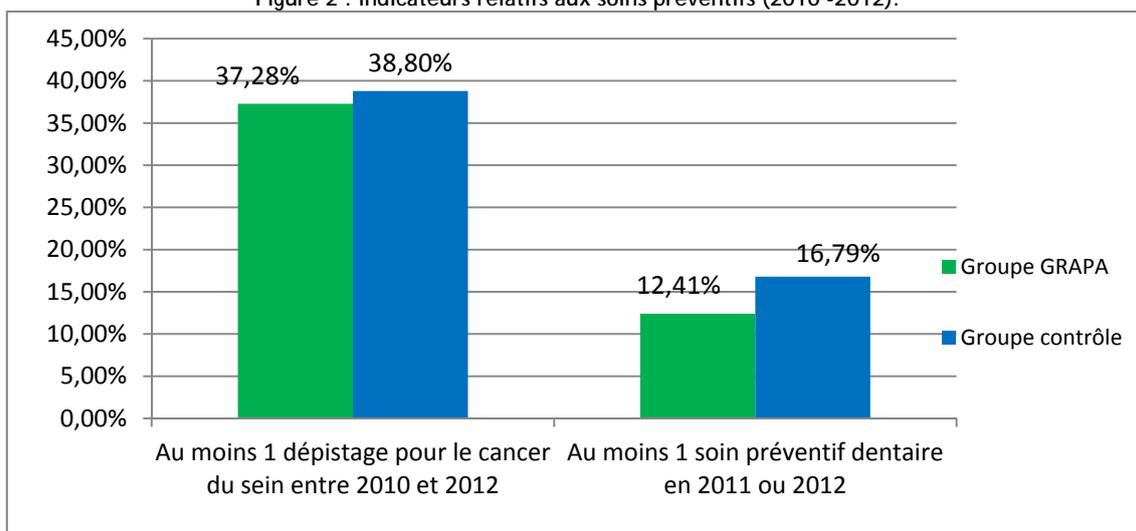
La proportion de ces personnes – relativement âgées – qui ont un DMG est assez élevée. Toutefois, la proportion parmi les bénéficiaires de la Grapa n’atteint pas celle de la population contrôle (78 % vs. 82 %, différence significative).

4.2. Indicateurs relatifs à la prévention et aux soins dentaires

Les soins préventifs ne semblent pas rencontrer de vif intérêt auprès de ces deux populations.

Seules les femmes de 50 à 74 ans sont visées par les dépistages structurels pour le cancer du sein. Nous avons donc restreint notre public à ces personnes. Les taux de dépistages - opportunistes ou organisés par une autorité régionale – des femmes bénéficiaires de la Grapa et des femmes appartenant à la population contrôle sont comparables (ils sont de 37-38 % sur une période de 3 ans). La situation des soins dentaires préventifs se révèle être encore plus déplorable, et cela pour les deux groupes. Le nombre médian de soins préventifs dentaires reçus sur deux ans est de 0 dans chacun des groupes, et la moyenne n’atteint pas 1. La proportion de personnes qui ont reçu au moins un soin dentaire préventif sur deux ans est de 12 % chez les bénéficiaires de la Grapa et de 17 % dans la population contrôle. Un des facteurs explicatifs de ces chiffres faibles réside dans l’âge des personnes prises en considération. En effet, l’état des dents ayant tendance à empirer avec l’avancée en âge, la notion de prévention peut sembler moins pertinente aux yeux des individus concernés. De plus, avec l’âge, des problèmes de mobilité peuvent survenir et rendre les visites chez le dentiste plus difficiles. Enfin, la peur du dentiste, qui constitue une des principales motivations à ne pas consulter, est assez logiquement plus forte chez la population âgée, puisqu’elles ont généralement expérimenté dans leurs jeunes années des soins dentaires nettement moins délicats qu’ils ne le sont aujourd’hui.

Figure 2 : Indicateurs relatifs aux soins préventifs (2010 -2012).



Puisqu’il est probable qu’une partie des personnes de plus de 65 ans n’ait plus ses dents ou ne voit plus l’intérêt de faire du préventif à cet âge, il est important d’examiner les autres types de soins dentaires. En effet, comme le souligne l’enquête effectuée par Vancorenland et coll. (2013) auprès de nos membres, les soins dentaires sont relativement peu accessibles pour les populations les plus paupérisées.

Nos analyses se sont focalisées sur les grandes catégories de soins dentaires qui peuvent concerner les personnes plus âgées. Une fois de plus, les résultats ne diffèrent que très peu d'un groupe à l'autre : la population contrôle reçoit un peu plus souvent des soins de parodontologie (0,69 %, contre 0,45 % pour les bénéficiaires de la Grapa) et des soins conservateurs (15 %, contre 12 % pour les bénéficiaires de la Grapa). Les proportions des personnes qui se sont fait extraire une dent (7,4 %), fait poser des petites prothèses (0,5 %) ou des grandes prothèses (3 %) ou fait faire un implant oral (0,1 %) sont pratiquement identiques.

4.3. Indicateurs relatifs aux hospitalisations

Les situations vécues par nos deux populations, en termes d'hospitalisation, semblent être très similaires.

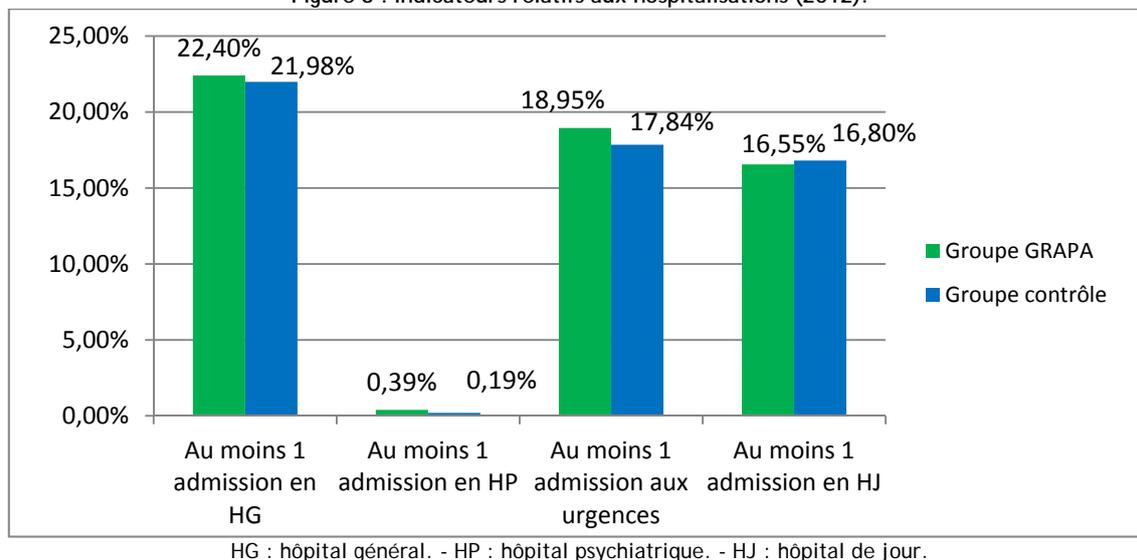
Dans chacun des deux groupes, 22 % des personnes ont été admises en hôpital général au moins une fois sur l'année.

Les proportions d'admissions en hôpital psychiatrique sont très faibles, mais plus importantes chez les bénéficiaires de la Grapa : 0,39 % d'entre eux ont été admis au moins une fois dans un hôpital psychiatrique (contre 0,19 % au sein de la population contrôle).

Les admissions aux urgences sont également comparables, avec un taux légèrement plus important parmi les bénéficiaires de la Grapa (19 % d'entre eux ont été admis au moins une fois sur l'année aux urgences, contre 18 % dans la population contrôle).

Enfin, le nombre moyen d'interventions en hôpital de jour est du même ordre dans les deux groupes.

Figure 3 : Indicateurs relatifs aux hospitalisations (2012).



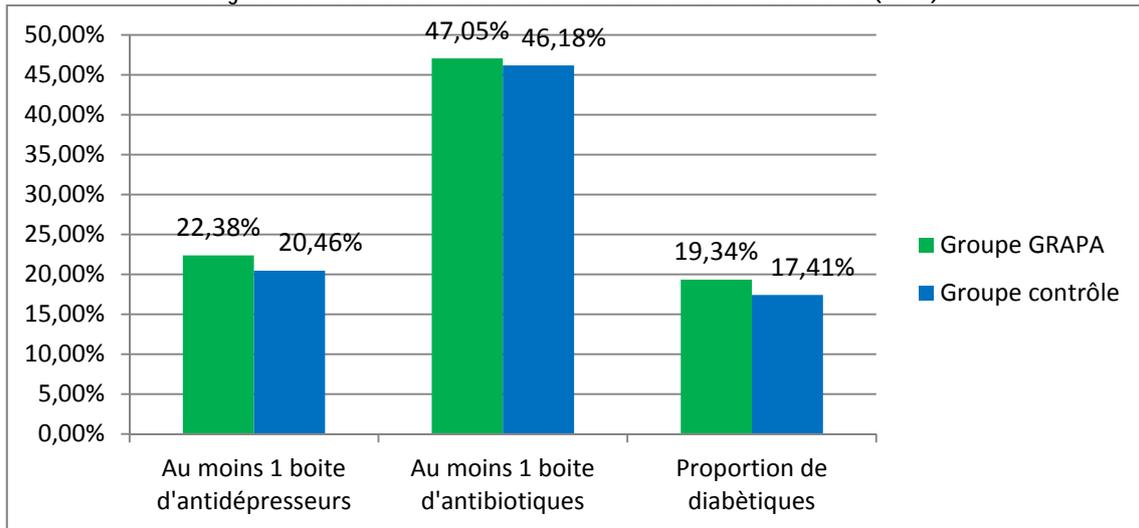
4.4. Indicateurs relatifs à la consommation de médicaments

En ce qui concerne les antidépresseurs, 22 % des bénéficiaires de la Grapa en ont acheté au moins une boîte sur l'année, contre 20 % dans la population contrôle. La différence n'est pas énorme, mais elle confirme les observations réalisées au sujet des hospitalisations psychiatriques.

Par ailleurs, la proportion des personnes qui ont acheté au moins un conditionnement d'antibiotiques sur l'année est similaire dans les deux groupes.

Enfin, nous constatons que les personnes souffrant de diabète sont légèrement plus nombreuses parmi la population d'étude (19 %, contre 17 % dans la population contrôle).

Figure 4 : Indicateurs relatifs à la consommation de médicaments (2012).



4.5. Indicateurs relatifs à la dépendance

La proportion de personnes bénéficiant de forfaits infirmiers a été examinée, de même que la proportion de personnes séjournant en maison de repos (ainsi que leur durée de séjour).

Tous types de forfaits confondus, 17 % des bénéficiaires de la Grapa ont reçu au moins un soin infirmier sur l'année, alors que 16 % de la population contrôle est dans le cas. Comme l'indique le Tableau 2, la répartition entre les types de forfaits est assez similaire dans les deux groupes (à l'exception des forfaits toilettes, qui sont effectués un peu plus souvent auprès des bénéficiaires de la Grapa).

Tableau 2 : Soins infirmiers en 2012.

	Groupe Grapa	Groupe contrôle
Soins infirmiers – au moins 1 forfait – TOUS	17,46 %	16,64 %
Soins infirmiers – au moins 1 forfait A	5,86 %	5,95 %
Soins infirmiers – au moins 1 forfait B	3,91 %	3,71 %
Soins infirmiers – au moins 1 forfait C	0,85 %	0,70 %
Soins infirmiers – au moins 1 forfait toilette	11,14 %	10,53 %
Soins infirmiers – au moins 1 forfait palliatif	0,34 %	0,32 %

Par ailleurs, les bénéficiaires de la Grapa séjournent un peu plus fréquemment en maison de repos (13 % d'entre eux y séjournent, contre 11 % au sein de la population contrôle). La durée de séjour moyenne est plus élevée pour la population d'étude (40 jours vs. 34 jours). Et si l'on se concentre uniquement sur les personnes qui ont séjourné en maison de repos au moins une journée sur l'année, la durée de séjour s'élève à environ 320 jours parmi les bénéficiaires de la Grapa et à 312 jours pour les autres.

5. Quel est le rôle des mécanismes de protection ?

Contrairement à ce qui a été observé dans l'étude à propos des bénéficiaires du revenu d'intégration sociale (Henin, 2013), cette recherche a mis en évidence que le recours aux soins des bénéficiaires de la Grapa est globalement comparable à celui de la population contrôle.

Ces résultats, qui paraissent a priori positifs, sont-ils dus à des mécanismes de protection qui fonctionneraient bien pour ce public normalement plus précarisé ? Pour tenter de le déterminer, quatre mesures supposées soutenir l'accessibilité des soins pour tous seront passées en revue : l'intervention majorée, le dossier médical global, le maximum à facturer et le tiers payant social.

L'intervention majorée est un statut qui permet à ses bénéficiaires d'avoir des tickets modérateurs à charge plus faibles (leurs soins leur coûtent donc moins cher). Cependant, il s'agit la plupart du temps d'un mécanisme ex post : le membre est mieux remboursé lorsqu'il rend son attestation de soins à la mutualité. La quasi-totalité (99,42 %) des bénéficiaires de la Grapa a droit à l'intervention majorée (pour seulement 13,48 % au sein de la population contrôle).

Comme cela a été évoqué auparavant, le dossier médical global (DMG) permet aux patients d'être mieux suivis et rassemble chez le médecin généraliste l'ensemble des données médicales (sur demande du patient). Il permet également un remboursement plus important des consultations effectuées chez le généraliste attitré du patient. Les bénéficiaires de la Grapa sont un peu moins bien couverts par les DMG que la population contrôle (78,31 % contre 82,35 %, respectivement).

Certains des tickets modérateurs payés par nos membres sont comptabilisés, par ménage, de sorte à ne pas dépasser le « maximum à facturer » (MàF). Une fois que la somme de ces montants dépasse cette limite fixée pour le ménage (en fonction de ses ressources, d'une éventuelle maladie chronique, etc.), les prestations suivantes sont remboursées à 100 % par l'assurance soins de santé. Les bénéficiaires de la Grapa sont moins nombreux à atteindre leur MàF (23 %, contre 33 % dans la population contrôle). Cela pourrait paraître logique du fait que leurs tickets modérateurs sont plus faibles (ils sont plus souvent bénéficiaires de l'intervention majorée). Cependant, leur MàF est généralement aussi plus bas. Dès lors, on peut légitimement se demander si le MàF ne demeure pas trop haut pour les bénéficiaires de la Grapa. Cela semble d'ailleurs d'autant plus plausible que la consommation de soins des bénéficiaires de la Grapa, quel que soit le domaine considéré, est similaire à celle du groupe contrôle.

Le tiers payant social est un mécanisme ex ante qui a été mis en place pour les personnes ayant des difficultés financières. Il permet au patient de ne payer que sa part à charge (ticket modérateur et supplément éventuel), alors que le reste du montant de la prestation est directement facturé à sa mutualité. Ce mécanisme a été particulièrement promu auprès des médecins généralistes. Néanmoins, la proportion des prestations des médecins généralistes facturées en tiers payant demeure très faible : elle représente un peu moins du quart du volume total de prestations qu'ils exécutent auprès des bénéficiaires de la Grapa et 10 % des prestations effectuées auprès de la population de contrôle.

Afin d'évaluer la distribution ou la concentration des dépenses au sein de chacune des populations étudiées, nous avons utilisé des « courbes de Lorenz », représentées dans les figures 5 et 6. Sur ces graphiques, la droite à 45° représente l'équilibre parfait : celui où tout le monde aurait des dépenses de santé identiques (1 % de la population serait alors à l'origine de 1 % de dépenses de santé, 50 % dépenseraient 50 % du budget, etc.). Plus la courbe des dépenses réelles s'éloigne de cette droite à 45°, plus la répartition des dépenses est inégale.

Dans le cadre de cette étude, nous constatons que les dépenses sont réparties de manière plus inégalitaire parmi les bénéficiaires de la Grapa : en effet, 84 % des dépenses en suppléments (enregistrés) sont faites par 5 % de la population (79 % dans la population contrôle), ces 5 % dépensent également 27 % du montant total consacré aux tickets modérateurs (24 % dans la population contrôle).

Figure 5 : Courbe de concentration des dépenses de soins de santé des bénéficiaires de la GRAPA (tickets modérateurs, suppléments, dépenses INAMI), 2012.

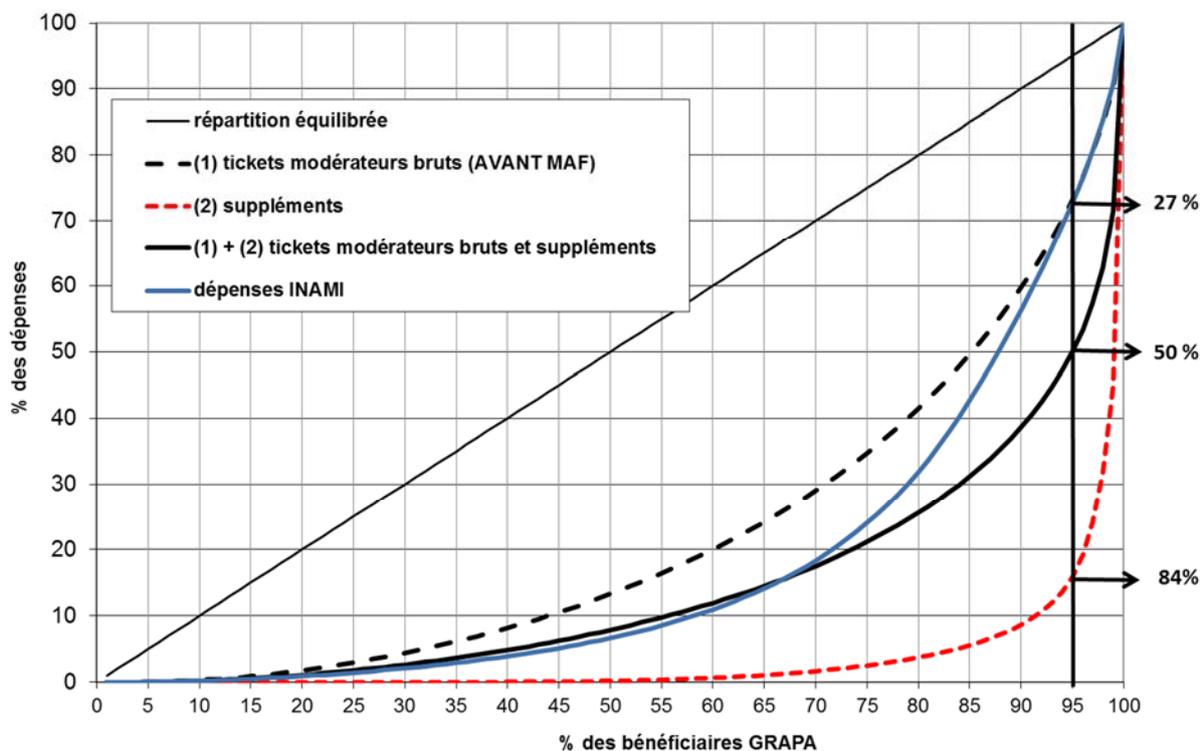
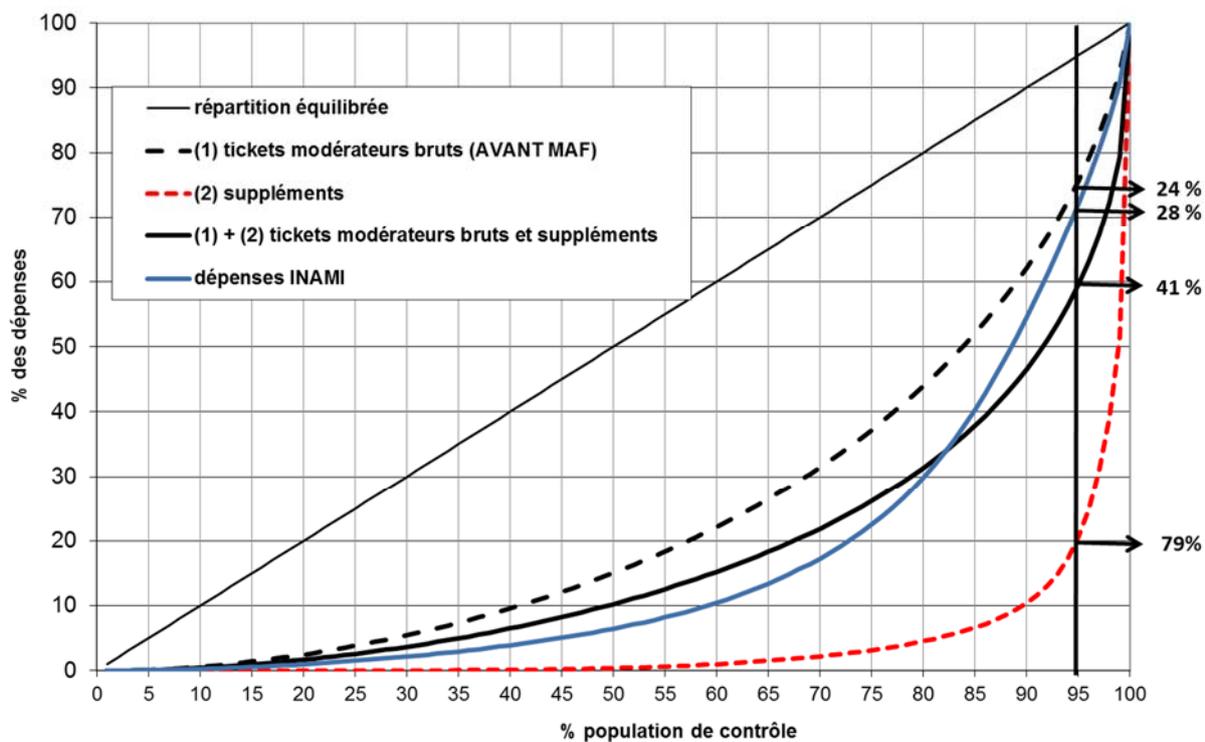


Figure 6 : Courbe de concentration des dépenses de soins de santé de la population de contrôle (tickets modérateurs, suppléments, dépenses INAMI), 2012.



En ce qui concerne l'effet du MAF sur la concentration de ces dépenses, on constate qu'il réduit les inégalités dans les deux populations. Chez les bénéficiaires de la Grapa, la proportion de tickets modérateurs supportée par les 5 % « les plus malades » passe de 27 % à 20 % grâce au MAF. Cependant, la situation au sein de la population contrôle reste moins inégalitaire : le MAF y permet

de faire passer de 24 % à 18 % la proportion de tickets modérateurs supportée par les 5 % les plus malades.

6. Précautions, conclusions et recommandations

Nous avons abordé de nombreux domaines de soins dans cette étude. Il convient de rappeler que les indicateurs qui ont été utilisés sont des indicateurs de consommation de soins remboursés par l'assurance soins de santé. Ces derniers permettent d'examiner ce qui a été « acheté », mais pas les soins qui n'ont pas été consommés (les soins reportés, les médicaments dont les personnes se sont passées...).

Ces différents indicateurs ont mis en évidence que la situation des bénéficiaires de la Grapa n'est pas fondamentalement différente de celle d'autres personnes comparables qui ont accès à d'autres ressources. Si ce constat est intéressant, il ne reste pas moins important d'en expliquer les raisons. Nos données ne permettent pas de savoir si la consommation de soins des deux groupes est satisfaisante ou non aux yeux des personnes concernées. Ainsi, cette consommation de soins pourrait être jugée comme « aussi insatisfaisante » (les deux groupes font face aux mêmes difficultés pour l'accès aux soins) ou « aussi satisfaisante » dans les deux groupes (les deux groupes accèdent facilement aux soins de santé). Si l'on considère que l'accès aux soins de la population contrôlée est bon, la Grapa et les mécanismes de protection qui lui sont associés peuvent être considérés comme positifs : ils permettent réellement de protéger le bénéficiaire et de le faire accéder suffisamment aux soins de santé. Si, par contre, on considère que l'accès aux soins de la population contrôlée n'est pas aussi bon qu'on le souhaiterait (notamment en raison du fait que l'évolution du montant des pensions ne suit pas l'évolution du coût de la vie), la Grapa et les mécanismes de protection qui lui sont associés gommement les inégalités, mais ne permettent toujours pas un accès optimal aux soins de santé.

En conclusion, les bénéficiaires de la Grapa ne se différencient pas fondamentalement des personnes qui n'en bénéficient pas dans leur accès aux soins de santé. De nouvelles données devraient être collectées pour évaluer si cet accès peut être jugé comme insatisfaisant et pour identifier, le cas échéant, les éléments qui devraient être améliorés (meilleure information aux patients, prévention plus poussée, mise en place de services de transports non urgents, etc.). On dit souvent qu'on peut juger une société à la façon dont elle traite ses aînés. Veiller à ce qu'ils puissent accéder aux soins de santé dont ils ont besoin est indubitablement une priorité.

Elise Henin

(Alliance nationale des Mutualités chrétiennes, Département Recherche et Développement)

Jean-Baptiste Dayez

(Énéo, mouvement social des aînés)

Bibliographie

- Avalosse, H., Gillis, O., Cornelis, K., & Mertens, R. (2008). Inégalités sociales de santé : Observations à l'aide de données mutualistes. *MC-Informations*, 233, 3-15.
- Conseil Supérieur des Finances. Comité d'Etude sur le Vieillissement (2013). *Rapport Annuel*. Juillet 2013.
- Henin, E. (2013). Les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale s'y retrouvent-ils dans le système de soins de santé ? *MC-Informations*, 253, 25-37.
- Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2013). *Rapport bisannuel 2012-2013*.
- Vancorenland, S., Peters, B., Avalosse, H., & Gillis, O. 2013. Les Belges sont-ils satisfaits des soins de santé ? Présentation des résultats de l'enquête « 50 ans d'assurance maladie ». *MC-Informations*, 253, 3-13.
- Wresinski, J. (1987). *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*. Paris : Journal officiel.

Cette analyse sera aussi publiée dans le numéro 256 de la revue MC-Informations, en juin 2014.

Pour citer cette analyse

Henin, E., & Dayez, J.-B. (2014). Comment caractériser la consommation de soins des bénéficiaires de la Grapa ? *Analyses Énéo*, 2014/06.

Avertissement : Les analyses Énéo ont pour objectif d'enrichir une réflexion et/ou un débat à propos d'un thème donné. Elles ne proposent pas de positions avalisées par l'asbl et n'engagent que leur(s) auteur(e)(s).

Énéo, mouvement social des aînés asbl

Chaussée de Haecht 579 BP 40 - 1031 Schaerbeek - Belgique
e-mail : info@eneo.be - tél. : 00 32 2 246 46 73

En partenariat avec



Avec le soutien de



Avec l'appui de

