



**HAL**  
open science

# FRANCE : LA RESPONSABILITE DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES DANS LE MAINTIEN À DOMICILE DES PERSONNES AGÉES

Gérard-François Dumont

► **To cite this version:**

Gérard-François Dumont. FRANCE : LA RESPONSABILITE DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES DANS LE MAINTIEN À DOMICILE DES PERSONNES AGÉES. *Revue Internationale de Sécurité Sociale*, 1992, 73, pp.108-115. halshs-01147938

**HAL Id: halshs-01147938**

**<https://shs.hal.science/halshs-01147938>**

Submitted on 3 May 2015

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FRANCE

**La responsabilité des collectivités territoriales dans le soutien à domicile des personnes âgées**

*En France, les activités pour l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées ont connu un changement institutionnel important avec la décentralisation effectuée en 1982-83. Même si l'Etat conserve en la matière certaines compétences, les départements ont maintenant un rôle essentiel, et les communes peuvent engager diverses actions facultatives. Tout en poursuivant l'humanisation des conditions d'hébergement des personnes âgées placées en établissement, les collectivités territoriales*

ont axé tous leurs efforts vers une politique d'aide aux soins à domicile des personnes âgées. Outre un moyen obligatoire, l'aide ménagère, ces politiques se déploient au travers de cinq autres moyens, sans oublier de nombreux types de services engendrés par une concurrence croissante. Cette concurrence s'exerce dans des conditions démographiques différentes, car les proportions de personnes âgées dans la population sont très variables suivant le lieu.

Les conditions de vie des personnes âgées dans un pays comme la France sont le résultat de quatre aspects, qui dépendent les uns des autres: le revenu des personnes âgées, largement lié au montant des pensions de retraite; le patrimoine, doublement intéressant par l'usage qui peut en être fait et par les revenus qu'il peut procurer; l'état de santé des personnes âgées; et enfin les services que des collectivités publiques ou des associations rendent aux personnes âgées.

Différents travaux, dont ceux organisés de façon institutionnelle, comme la comptabilité nationale, ceux du Centre d'étude des revenus et des coûts (CERC), ceux de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) et du ministère de la Solidarité permettent d'appréhender des données nationales sur les trois premiers de ces aspects. Par contre, même s'il existe au ministère de la Solidarité un fichier FINESS (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux), les services aux personnes âgées sont plus difficiles à cerner. Ils résultent en effet essentiellement d'actions locales très diversifiées dont le recensement n'est guère possible, et serait d'ailleurs peu significatif compte tenu des différences spatiales.

L'objectif de la présente communication est d'approcher cette question des services aux personnes âgées, et plus particulièrement les services d'aide au maintien à domicile.

Il convient d'abord de l'exposer par ses aspects institutionnels. Puis nous examinerons les objectifs généralement poursuivis avant de présenter les moyens.

## Le cadre institutionnel

L'aide sociale aux personnes âgées a pris en France son autonomie après la seconde guerre mondiale, sans doute en raison de l'augmentation du nombre des personnes concernées, «la montée des retraités» (Paillat, 1986). Elle était auparavant partie intégrante de l'assistance aux infirmes et aux malades.

L'organisation institutionnelle des services aux personnes âgées est le résultat d'un rapport et d'une loi. D'une part, le *Rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse*, qui prend le nom de son président, Pierre Laroque, est publié en 1962. Il préconise l'augmentation des ressources minimales des personnes âgées et un ensemble de mesures pour faciliter leur maintien à domicile en même temps que leur insertion dans la vie sociale (Thévenet, 1986). Il sera suivi, pendant les vingt années suivantes, de textes et d'initiatives de plus en plus précis et complets, allant dans le sens recommandé.

D'autre part, la loi du 2 mars 1982, intitulée «Droits et libertés des communes, des départements et des régions», instaure la décentralisation et transfère notamment au président du Conseil général, assemblée formée des élus qui représentent le département, le pouvoir exécutif du département, qui était jusque-là aux mains du préfet, représentant de l'Etat et donc du gouvernement. Cette loi, qui vient révolutionner les rapports entre l'Etat et les collectivités territoriales, va déboucher sur différents textes, et notamment sur la loi du 22 juillet 1983, qui répartit les compétences entre l'Etat et les collectivités territoriales. Cette répartition conduit à donner au département un rôle essentiel en ce qui concerne l'aide sociale aux personnes âgées (voir annexe). La répartition du personnel entre l'Etat et les 95 départements qui composent la France métropolitaine s'effectue en 1985, la majorité de ces personnels devenant employés des départements. Les textes demandent que les départements arrêtent des schémas départementaux des équipements sociaux et médico-sociaux afin d'aider à la programmation des actions.

Ces schémas doivent concerner l'ensemble de

l'aide sociale touchant l'enfance, les personnes handicapées et les personnes âgées.

Dans la pratique, certains départements ont suivi à la lettre les textes légaux (Conseil général du Tarn-et-Garonne, 1990). D'autres départements dissocient les différents aspects et arrêtent, en ce qui concerne les personnes âgées, des plans gérontologiques départementaux, qui définissent des orientations ou des objectifs à atteindre. Certains plans se présentent plus modestement comme des «supports de réflexion» (Conseil général du Lot, 1990), mais il est vrai que schémas et plans n'ont qu'une valeur indicative.

Les départements assument donc depuis 1985 les larges responsabilités qu'ils ont acquises dans l'aide sociale, c'est-à-dire dans des formes d'aide résultant de règles de fonctionnement précises, de modes d'intervention déterminés. L'aide sociale, qui a un caractère légal et qui relève exclusivement des collectivités publiques, recouvre à la fois un ensemble de prestations individuelles et un mode de financement de certaines structures comme les établissements d'accueil. Les départements déploient également de l'action sociale, comme par exemple l'attribution de prestations selon des critères beaucoup plus souples.

Mais, outre les départements, de nombreuses communes, parmi les 36 577 que compte la France, développent également des actions variées tournées vers les personnes âgées, soit directement, soit dans le cadre de structures intercommunales. Qu'est-ce qui différencie ces deux actions, celle du département et celle de la commune?

On pourrait dire que les départements dispensent prioritairement l'aide légale, autrement dit que la loi leur impose de prendre certaines mesures réglementairement définies, ce qui ne leur interdit pas de déployer d'autres types de mesures. Les départements ont donc, au terme de la décentralisation, globalement la charge de la définition et de la mise en œuvre des politiques en faveur des personnes âgées. Cette mise en œuvre peut être réalisée directement par le département, ou être confiée à un relais communal ou associatif

bénéficiant d'un important soutien financier du département.

L'action des communes relève davantage de concours facultatifs. Autrement dit, la quasi-totalité des services rendus par les communes pour améliorer les conditions de vie des personnes âgées n'a pas un caractère obligatoire. Il s'agit d'aides facultatives (Alfandari, 1986) librement décidées par les communes.

Dans la pratique, la distinction entre l'aide légale — ou obligatoire — et l'aide facultative est peu sensible. Dans leurs rapports d'activité, certains départements les différencient (Conseil général des Yvelines, 1991), d'autres non (Conseil général de la Seine-Maritime, 1989). Du point de vue des personnes âgées, la distinction est également peu sensible. Car une aide facultative créée à un moment donné par une collectivité territoriale est vite ressentie comme un avantage acquis, et il est difficile de la remettre en cause, d'autant plus que les bénéficiaires sont des électeurs.

Outre le rapport Laroque (et ses conséquences) et les lois de décentralisation, il convient de citer, parmi les initiatives légales récentes concernant les services rendus aux personnes âgées, la loi du 10 juillet 1989 qui a clarifié, dans le but de permettre son développement, «l'accueil par des particuliers, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes» (Ministère de la Solidarité, 1990).

Les principes de cette loi conduisent à souligner de nouveau le rôle central des départements dans les actions en faveur des personnes âgées. En effet, les relations entre la personne hébergée et la famille d'accueil sont organisées sur la base d'un rapport contractuel: il ne s'agit pas d'un contrat de travail, mais d'un contrat écrit relevant du droit privé entre la personne chargée de l'accueil et la personne accueillie.

La loi prévoit cependant que ce contrat doit être conforme au contrat type élaboré par le Conseil général, qui précise notamment la durée de la période d'essai, les conditions de modification du contrat, les délais de notification...

La rémunération de la famille d'accueil, à la charge

de la personne âgée accueillie, se décompose de la façon suivante:

- une rémunération journalière des services rendus;
- éventuellement, une indemnité pour sujétions particulières;
- une indemnité pour frais d'entretien courants;
- un loyer.

Ces différents éléments doivent être situés entre des maxima et minima fixés pour certains par décret, pour d'autres par le président du Conseil général.

Il appartient en effet au président du Conseil général d'instruire les demandes d'agrément, d'organiser la formation et le contrôle des personnes chargées de l'accueil, et d'assurer le suivi social et médico-social des personnes âgées.

Le président du Conseil général peut cependant déléguer l'instruction des demandes et le suivi social et médico-social à un établissement ou organisme social (Conseil général d'Ille-et-Vilaine, 1990).

### Les objectifs généraux

Le cadre institutionnel étant dressé, il convient d'examiner les objectifs en matière de services concernant les conditions de vie des personnes âgées.

Une remarque essentielle est que ces objectifs ne se différencient guère selon les départements, quelles que soient les étiquettes politiques des conseils généraux. Et cela pour deux raisons. D'une part, l'action des départements entre dans le cadre d'une réglementation nationale, qui doit s'appliquer dans les mêmes termes dans tous les départements, que les élus soient de droite ou de gauche. D'autre part, au-delà des clivages politiques, il y a un accord général sur la nécessité de favoriser le maintien à domicile et d'aider les personnes âgées.

L'axe prioritaire concerne donc le soutien à domicile, élément déterminant susceptible de préserver la vie sociale et l'autonomie de la personne âgée. Vieillir chez soi est en effet le souhait d'une très large majorité de la population.

Mais lorsqu'en dépit des efforts de chacun, le soutien à domicile ne peut plus être assuré, il

convient de trouver une autre solution. Le rôle de la famille naturelle est alors essentiel puisque, comme le stipule l'article 205 du Code civil, «Les enfants doivent des aliments à leur père et mère et autres ascendants qui sont dans le besoin».

Cette obligation alimentaire est dans la réalité assez diversement appliquée et parfois même contestée. De plus, l'éclatement de la famille, les conditions d'habitat, les habitudes culturelles ne permettent pas toujours une complète application du principe. Il peut également y avoir des traditions différentes.

Par exemple, dans le Tarn-et-Garonne, «département essentiellement rural, les traditions sont restées vivantes, et on constate dans ce milieu un désengagement moindre vis-à-vis des parents» (Conseil général du Tarn-et-Garonne, 1990).

Le substitut au soutien à domicile, surtout quand s'accroît la dépendance de la personne âgée, résulte donc d'une politique d'hébergement. Les départements fixent à cette politique trois objectifs: l'humanisation des établissements existants, tant sur le plan des investissements que sur le plan des conditions de prise en charge des personnes âgées; la médicalisation accrue des structures existantes; et l'adaptation du nombre des places aux besoins, compte tenu des évolutions démographiques.

En définitive, l'objectif des collectivités territoriales est semblable à travers toute la France: «permettre aux personnes âgées de profiter pleinement de leur retraite dans des conditions de confort, d'autonomie et de dignité» (Conseil général de Seine-Maritime, 1989).

Quels sont les résultats de ces politiques? Dresser un bilan complet des actions menées par plusieurs milliers d'interlocuteurs dispersés sur le territoire français n'est pas aisé, d'autant plus que, si les collectivités territoriales (communes et départements) sont des entités définies, un recensement des milliers d'associations œuvrant en partie ou en totalité dans les services aux personnes âgées serait un préalable nécessitant une étude très lourde. Il est cependant possible de citer un certain nombre de résultats acquis.

## Les moyens de l'aide au soutien à domicile

Les moyens se classent dans deux catégories: les actions facilitant le soutien à domicile et l'hébergement collectif. Pour permettre aux personnes âgées de continuer, autant que possible, à vivre dans leur cadre habituel et de façon aussi autonome que possible, les collectivités territoriales agissent dans différents domaines de la vie quotidienne: le logement et l'environnement, les ressources et, bien entendu, les services sur lesquels porte plus précisément la présente étude.

La volonté de limiter le recours à l'hébergement collectif passe par une politique promotionnelle des services de soutien à domicile. Les quatre principaux services sont les suivants: l'aide ménagère, les soins infirmiers, la téléalarme et la garde à domicile.

Prestation légale d'aide sociale depuis 1962, l'aide ménagère concerne les personnes âgées de 65 ans et plus qui n'ont plus une autonomie suffisante pour mener une vie active. L'aide ménagère accomplit un travail tant matériel que moral et social. Les services d'aide ménagère sont gérés très souvent par des associations — et quasi exclusivement par des associations dans le monde rural (Dumont, 1991). Dans les principales villes, ce service est plus fréquemment assuré directement par la commune ou dans le cadre du centre communal d'action sociale (CCAS). L'aide ménagère n'est accordée qu'au-dessous d'un plafond de ressources, avec une participation variable selon les bénéficiaires. Le financement complémentaire est assuré par le département et, à titre complémentaire, par les caisses d'assurance maladie sur leurs fonds d'action sanitaire et sociale. Le département peut récupérer ses débours sur l'actif net successoral quand ce dernier est supérieur à une certaine somme (loi du 19 janvier 1983).

Une évaluation des bénéficiaires effectuée dans un département indique qu'une personne de plus de 75 ans sur cinq utilise les services d'une aide ménagère, financée de façon plus ou moins importante par la collectivité (Conseil général d'Ille-et-Vilaine, 1988).

Les services de soins à domicile ont pour objet de soigner chez elles les personnes âgées dont l'état de santé le nécessite. Entrant dans le cadre de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales, leur réglementation a été précisée par la loi du 4 janvier 1978 et le décret du 8 mai 1981. Ils permettent d'éviter, lorsque les conditions médicales et sociales sont bonnes, le traumatisme d'un séjour à l'hôpital ou d'un placement en établissement d'hébergement ou de long séjour. Ils peuvent également contribuer à un retour plus rapide au foyer.

En effet, comme l'expose un compte rendu pour une ville moyenne, «la coordination du service de soins à domicile avec les institutions sanitaires est essentielle. Elle raccourcit l'hospitalisation en permettant un retour à domicile qui ne serait pas envisageable sans le suivi et la prise en charge effectués par le service» (Ville d'Auch, 1990).

La création de ce type de service dépend de l'autorisation de l'Etat, et les frais relatifs aux soins à domicile sont normalement supportés par les régimes d'assurance maladie. Mais, dans la pratique, les collectivités territoriales interviennent fortement: les départements, en participant aux dépenses d'aménagement de tels services: les communes, en suscitant la création de tels services ou en en créant elles-mêmes. Dans la réalité, ces services, contrairement à ceux des aides ménagères ayant un caractère quasi obligatoire, sont loin de couvrir l'ensemble de la population, alors qu'ils sont un complément indispensable à l'aide ménagère.

La téléalarme, appareil dont la personne âgée dispose près d'elle et qu'elle peut porter en collier, lui permet, en cas de danger ou de malaise, d'alerter un centre de secours. Ce centre, disponible vingt-quatre heures sur vingt-quatre, est équipé pour intervenir rapidement. La diffusion de ce service est très variable selon les endroits. Il est évident qu'il est plus facile à organiser dans un milieu urbain à densité élevée que dans un milieu rural à habitat dispersé. De plus, le coût pour une personne âgée en est très variable. Certains départements ou communes assurent la gratuité, d'autres fournissent l'appareil et

laissent la charge de l'abonnement aux personnes non nécessiteuses. Mais sa diffusion limitée peut résulter aussi d'une méconnaissance par les personnes âgées intéressées du service rendu par ce moyen de prévention.

Troisième type de service, la garde à domicile permet d'assurer une présence sécurisante auprès de la personne âgée vivant seule ou de soulager les familles qui gardent à leur domicile un parent dépendant. Ce service est moins développé que les

deux précédents, car il ne bénéficie pas de financement spécifique. Cependant, diverses collectivités territoriales déploient des moyens pour créer elles-mêmes ou pour inciter à la création de services gestionnaires.

Le service des repas à domicile s'inscrit également dans la politique globale du soutien à domicile, tout en permettant de rompre l'isolement trop fréquent chez les personnes âgées. Lorsqu'il existe, il est le plus souvent géré par les communes,

### Annexe. LES COMPÉTENCES RESPECTIVES DES DÉPARTEMENTS FRANÇAIS ET DE L'ÉTAT CONCERNANT L'ACTION SOCIALE EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES

*Compétence mixte pour les établissements d'hébergement médicalisés: le président du Conseil général fixe le tarif d'hébergement; le préfet fixe le forfait de médicalisation.*

#### Prestations d'aide sociale

*Compétence du département: aide à domicile (aide ménagère), participation aux frais de repas à domicile ou en foyer-restaurant; prise en charge des placements familiaux et des frais d'hébergement en établissement.*

*Compétence de l'Etat: néant.*

#### Établissements et services

*Compétence du département: autorisation de création d'établissements d'hébergement pour personnes âgées habilités ou non à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale; autorisation de création, de transformation et d'extension des établissements et services pour personnes âgées fournissant des prestations d'aide sociale relevant du département (maisons de retraite, logements-foyers, foyers-restaurants).*

*Compétence de l'Etat: autorisation de création des établissements et services pour personnes âgées financés par la Sécurité sociale (centres de long séjour, services de soins infirmiers à domicile, section de cure médicale en maison de retraite ou logement-foyer).*

#### Tarifification

*Compétence du département: compétence exclusive du président du Conseil général pour la fixation du prix de journée des établissements d'hébergement non médicalisés.*

*Compétence de l'Etat: compétence exclusive du préfet pour la fixation du prix des services de soins infirmiers à domicile.*

et les départements contribuent au financement.

Aux quatre services pour le soutien à domicile rappelés ci-dessus s'ajoutent, depuis la fin des années quatre-vingt, de nouvelles actions comme les centres de jour et l'hébergement temporaire.

Les centres de jour sont une sorte de « crèche pour personnes âgées ». S'adressant à des personnes isolées dans la journée et de santé fragile, ils proposent des activités d'animation qui concourent à la réinsertion sociale et à la rééducation à la vie quotidienne.

L'hébergement temporaire a pour objectif de prendre en charge momentanément dans un hébergement collectif, notamment en période d'hiver, des personnes âgées qui vivent habituellement isolées. Il permet d'autre part de pallier l'indisponibilité momentanée (vacances) des familles qui ont une personne âgée à leur domicile et qui ont trop souvent tendance, dans ce cas, à demander l'admission de ce parent dans un hôpital.

Ces deux formules sont moins connues, dans la mesure où les modalités de fonctionnement financier restent à préciser. Par contre, le placement familial, réglementé depuis 1989, est appelé à se développer.

Au-delà des six services susmentionnés, l'aide au maintien à domicile est concrétisée de multiples façons par des collectivités territoriales au gré des politiques locales: service de transport, mairie mobile (Cahors, 1991), aide à des associations de personnes âgées, laveries pour les bénéficiaires de l'aide ménagère, service de petits travaux également pour les bénéficiaires de l'aide ménagère, subvention pour abonnement au téléphone, allocation pour consommation d'énergie, carte de réduction sur les transports en commun...

### Cinq caractéristiques

Ce rapide panorama des services pour le soutien à domicile des personnes âgées permet de souligner en conclusion plusieurs aspects:

1. Selon le lieu de son domicile, la palette des services auxquels peut avoir accès une personne âgée est très variable, ainsi que la participation

financière pouvant lui être réclamée pour bénéficier de ces services. Toutes choses égales par ailleurs, une densité minimale de population, telle qu'elle existe dans les zones urbaines, permet de déployer plus aisément les services les plus variés. Et comme les moyens financiers des zones urbaines sont supérieurs à ceux des zones rurales, ne serait-ce qu'en raison d'une fiscalité portant sur des activités économiques plus nombreuses et variées, les services gratuits ou peu onéreux y sont obligatoirement plus répandus.

2. Au cours de la décennie 1980, la décentralisation et notamment les transferts de compétence aux départements ont augmenté leurs possibilités financières. En effet, la gestion de proximité a permis une meilleure maîtrise budgétaire. On a assisté également à un plus grand déploiement d'actions sociales facultatives.

3. Une double concurrence dans les services améliorant les conditions de vie des personnes âgées se déploie, d'une part, entre les collectivités territoriales et, d'autre part, entre le secteur public et le secteur privé. Chaque département cherche à faire mieux que le voisin. Chaque commune essaie d'offrir à ses personnes âgées davantage que d'autres, au point que le maire-adjoint aux personnes âgées d'une ville-préfecture me déclarait: « Je préside ce soir une commission extramunicipale des personnes âgées, mais je ne sais pas quoi inscrire à l'ordre du jour. Nous avons créé tant de services que nous ne savons quoi offrir de plus. » Et les communes rivalisent avec les départements dans toutes les possibilités d'actions facultatives.

La concurrence entre le secteur privé (qui relève de la loi de 1901 sur les associations, mais qui fonctionne notamment grâce aux financements publics) et le secteur public s'exerce encore dans la gestion des services. Dans certains cas, elle est assurée par des associations privées, dans d'autres, elle est « municipalisée ». Cette concurrence ne semble pas contre-indiquée si l'on considère qu'une « gestion trop parfaitement unifiée réduirait les initiatives d'une manière qui serait nécessairement illégitime, car ce problème ne peut être réservé à une

institution unique alors que tous doivent être concernés» (Legrand, 1989).

4. La concurrence n'empêche pas de nombreuses actions de partenariat entre départements et communes, Etat et départements, collectivités territoriales et associations privées. C'est vrai pour l'aide au maintien à domicile comme dans l'exemple constant des plans gérontologiques départementaux, qui ont toujours été rédigés par les départements après large concertation avec tous les organismes concernés.

5. L'augmentation des services aux personnes âgées est liée bien entendu au nombre de celles-ci, qui devrait aller en augmentant, compte tenu des données démographiques connues. Cependant, l'importance des budgets des collectivités territoriales consacrés aux personnes âgées peut être très variable, car les pourcentages des personnes âgées dans les populations sont très différents selon le lieu. Des départements ont plus de 25 pour cent de leur population ayant 65 ans et plus, d'autres moins de 10 pour cent.

*Il résulte de ce qui précède* que la société française a déployé de nombreux moyens pour faciliter les conditions de vie et notamment le maintien à domicile des personnes âgées. Il est vrai que le secteur des personnes âgées est politiquement — et électoralement — porteur, bien plus que la petite enfance par exemple. En confier la plus large part aux élus locaux ne pouvait donc que conduire à un développement de l'action.

En développant la responsabilisation des collectivités territoriales à travers le transfert des compétences, et par conséquent la concurrence entre elles, suite aux lois de décentralisation de 1982-83, la France a encouragé la multiplication des initiatives visant à ce que l'âge soit le moins possible un handicap pour l'autonomie et la dignité de la personne.

*Gérard-François Dumont*

*Université de Paris Sorbonne, France*

## Bibliographie

- Alfandari, Elie. 1986. *Action et aide sociale*. Paris, Editions Dalloz.
- Ville d'Auch. 1990. *Commission des affaires sociales*.
- Ville de Cahors. 1991. *La ville de Cahors et les personnes âgées*.
- Dumont, Gérard-François. 1991. *Territoire et vie sociale: le mouvement associatif familial dans la région Midi-Pyrénées*. Conseil régional Midi-Pyrénées.
- Conseil général d'Ille-et-Vilaine. 1988. «Actualisation du plan gérontologique pour le département d'Ille-et-Vilaine», dans *Les cahiers techniques de la Direction des affaires sociales*, févr.
- . 1990. «L'accueil par les particuliers à titre onéreux des personnes âgées et handicapées dans le département d'Ille-et-Vilaine», dans *Les cahiers techniques de la Direction des affaires sociales*, n° 34, juin.
- Legrand, P. 1989. «Des initiatives sont-elles possibles dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes?», dans *Gérontologie et société*, n° 50.
- Conseil général du Lot. 1990. *Plan gérontologique départemental*.
- Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale. 1990. *Accueillir chez soi une personne âgée*.
- Paillat, P. 1986. *Vieillesse et vieillesse*. Paris, Presses universitaires de France.
- Conseil général de Seine-Maritime. 1989. *Au fil de la vie, la solidarité...*
- Conseil général du Tarn-et-Garonne. 1990. *Plan gérontologique départemental*.
- Thévenet, A. 1986. *L'aide sociale aujourd'hui après la décentralisation*. Paris, Editions Dalloz.
- Conseil général des Yvelines. 1991. «La politique du département en faveur des personnes âgées», dans *Connaitre les Yvelines*. 2<sup>e</sup> trim.