



PROJET ASSOCIATIF DU COS

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES
2012-2017



Au service de la vie et de l'autonomie



SOMMAIRE

1. UN SOCLE COMMUN 1

2. LE CONTEXTE DE NOTRE ACTION 2

- La situation sanitaire et sociale 2
- L'organisation du système de santé et de protection sociale 3

3. LE PROJET ASSOCIATIF 4

- La qualité du parcours de la personne 4
- La qualité de la vie sociale 5
- La réflexion éthique 5
- La coordination, la coopération et l'esprit d'équipe 6
- L'efficacité d'une gestion associative non lucrative 6
- La politique de la qualité et de la prévention des risques 7
- La politique de développement durable 8

4. LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES 2012-2017 9

- Le renforcement territorial 9
- La politique d'alliance 9
- La diversification des ressources financières 10
- Les objectifs dans nos trois filières 10
 - Les personnes âgées en situation de dépendance 10
 - Les personnes en situation de handicap 12
 - Les personnes en situation de précarité 15

5. CONCLUSION 17

6. CARTOGRAPHIES DES PROCESSUS 18

- Cartographies des processus des établissements et du siège

1. Un socle commun

DES PRINCIPES FONDATEURS

- ➡ Accueillir, accompagner, soigner les personnes les plus vulnérables et permettre leur inclusion sociale;
- ➡ être au service de la personne dans un souci de justice sociale;
- ➡ garantir le respect de la dignité de la personne, de sa liberté, de son intimité;
- ➡ rechercher l'autonomie de la personne par le dialogue et le lien social : « *Tout faire pour la personne, ne rien faire à sa place* », disait notre fondateur Alexandre Glasberg.

Le COS est au service de la vie et de l'autonomie. L'autonomie s'exprime dans une double capacité : la capacité à avoir des désirs et des valeurs et la capacité à les traduire dans les actes.

La situation de dépendance n'affecte que la deuxième capacité. Notre responsabilité est d'écouter les personnes dont l'autonomie a besoin d'être soutenue, de comprendre leur volonté et de leur permettre d'agir, de vivre et de participer au monde.

DES VALEURS CLÉS

- ➡ L'humanisme : mettre la personne, tout indissociable, au cœur de notre action;
- ➡ la solidarité : lutter contre tous les facteurs d'exclusion;

- ➡ l'engagement : être une force de proposition et prendre part aux débats de société.

DES PUBLICS VULNÉRABLES PRIORITAIRES

- ➡ Les personnes âgées en situation de dépendance;
- ➡ les personnes en situation de handicap;
- ➡ les personnes en situation de précarité.

Le COS est au service de la personne dans un souci de justice sociale :

il s'agit de valoriser les potentialités (les "capabilités") des personnes vulnérables et de donner la priorité aux "injustices réparables"¹.

UNE ÉTHIQUE ASSOCIATIVE QUI VALORISE

- ➡ la considération, le respect et le souci de l'autre;
- ➡ la qualité du parcours de vie et de soins de la personne;
- ➡ la construction d'un projet personnel;
- ➡ la participation de la personne et de son entourage familial;
- ➡ l'esprit d'équipe, la formation et l'engagement des professionnels;
- ➡ le bénévolat et la solidarité entre les générations.

La considération commence d'abord par s'appliquer à soi-même. Elle suppose

aussi de ne pas projeter sur l'autre ses propres peurs ou ses propres attentes, mais d'être attentif à son mode d'être, à sa différence, de le considérer comme sujet et non pas comme objet de notre compassion.

UNE GOUVERNANCE ATTENTIVE

- ➡ au débat qui permet les décisions collégiales;
- ➡ à la délégation qui implique de rendre compte;
- ➡ à la transparence des décisions, des finances et des organisations;
- ➡ à l'efficacité des moyens mis en œuvre et à l'équilibre budgétaire;
- ➡ à la participation de tous les acteurs;
- ➡ à la qualité et à son évaluation.

Pour le COS, la dignité de la personne accueillie passe par la dignité de l'accueillant. Il s'agit d'un regard partagé : le regard que l'on porte sur l'autre et le regard que l'on porte sur soi.

“ Pour le COS, la dignité de la personne accueillie passe par la dignité de l'accueillant. Il s'agit d'un regard partagé : le regard que l'on porte sur l'autre et celui que l'on porte sur soi. ”

“

Notre responsabilité est d'écouter les personnes dont l'autonomie a besoin d'être soutenue, de comprendre leur volonté et de leur permettre d'agir, de vivre et de participer au monde.

”

1. Les notions de "capabilités" et "d'injustices réparables" sont définies par l'économiste indien Amartya Sen et reprises dans les théories anglo-saxonnes dites du "care" (prendre soin).

2. Le contexte de notre action

La situation économique actuelle, qui touche la plupart des pays occidentaux, a de graves conséquences sur le plan social. Les difficultés d'accès à l'emploi et au logement s'accroissent et les personnes les plus vulnérables sont les premières touchées. À cela s'ajoute une évolution démographique (le vieillissement) et épidémiologique (la dépendance, les polyopathologies et les maladies chroniques), qui représente un défi majeur pour notre système de santé et de protection sociale.

LA SITUATION SANITAIRE ET SOCIALE

La société française connaît actuellement, selon l'Observatoire des inégalités, à la fois une augmentation du nombre de personnes au chômage (4,8 millions de personnes fin 2011) et une augmentation de la précarité dans l'emploi (plus de 2,8 millions de personnes en statut précaire).

L'Insee estime à 8 millions le nombre de personnes en situation de pauvreté (celles vivant avec moins de 949 euros par mois), soit 13 % de la population. Plus de 2 millions de foyers sont couverts par le RSA, ce qui représente 4,33 millions de personnes.

L'accès au logement est difficile pour un nombre croissant de personnes. Il manquait en 2011, selon les estimations, entre 600 000 et 900 000 logements en France; 1,2 million de ménages étaient en attente d'un logement HLM². Se loger est

plus difficile encore pour les personnes vulnérables, en situation de dépendance, de handicap ou en difficulté sociale.

La pauvreté et la précarité sont des facteurs d'isolement des personnes. Une étude menée par la Fondation de France³, montre que *«l'insertion durable des individus repose en grande partie sur leur capacité à diversifier leur vie sociale. Or, les personnes pauvres ont plus de difficulté que les autres à développer plusieurs réseaux de sociabilité, ce qui les rend plus vulnérables»*. Selon cette même étude, *«si elle s'ajoute à une situation de handicap, la pauvreté multiplie par trois le risque d'isolement»*. De fait, le manque de lien social, la précarité et la pauvreté sont le plus souvent liés et s'auto-entretiennent.

À cette situation sociale difficile s'ajoute une situation sanitaire complexe qui nécessite des moyens croissants et des bouleversements structurels. L'accès aux soins devient de plus en plus difficile pour de nombreuses personnes, entraînant le manque de prévention, le retour de maladies et d'épidémies dans les cités les plus pauvres. Les conditions de vie, le mal-logement, le manque d'hygiène et l'absence de couverture complémentaire maladie en sont les causes principales⁴.

Le vieillissement des populations, les progrès techniques et thérapeutiques ont pour conséquence une prévalence toujours plus importante des maladies chroniques.

Le nombre de personnes en situation de dépendance pour des raisons liées à l'âge ou au handicap ne cesse d'augmenter.

Les besoins en santé mentale sont également en augmentation. Ils sont de plus en plus souvent corrélés à la précarité économique et à l'isolement social des personnes.

Enfin, notre pays est confronté, comme tous les pays européens, à une pression constante de personnes qui ont fui leur pays pour des raisons politiques, économiques, sanitaires ou climatiques⁵. Contrairement à une idée reçue, le nombre de demandes d'asile sur le sol français est relativement stable ces dix dernières années et représente un peu plus de 51 000 demandeurs d'asile par an (moyenne établie sur la période 2001 à 2010). Seuls un peu plus de 21 000 d'entre eux bénéficient d'une place en centre d'accueil. La grande majorité des demandeurs d'asile sont déboutés (75 %), mais la plupart d'entre eux reste sur notre territoire.

“
Le manque de lien social, la précarité et la pauvreté sont le plus souvent liés.
”

2. Cf. le 17^e rapport de la Fondation Abbé Pierre.

3. *Les solitudes en France en 2010*. Étude de la Fondation de France.

4. Sur l'ensemble de la population, 7 % des assurés déclarent ne pas avoir d'assurance complémentaire. C'est dans les tranches des 20-29 ans et des plus de 60 ans que l'on retrouve une majorité de personnes dans cette situation.

5. Cette situation n'est certainement pas en voie de résolution. Selon le rapport datant de juin 2011 de l'Agence des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR), on compte 43,7 millions de personnes demandeurs d'asile et réfugiés en 2010. 80 % d'entre elles ont fui dans des pays limitrophes, qui sont eux-mêmes des pays pauvres ou en développement.

“

Le vieillissement des populations, les progrès techniques et thérapeutiques ont pour conséquence une prévalence toujours plus importante des maladies chroniques.

”



L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE PROTECTION SOCIALE

Depuis les ordonnances de 1996 sur les mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale, sur la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée, et jusqu'à la dernière loi dite "Hôpital, patients, santé et territoires" du 21 juillet 2009, l'organisation du secteur sanitaire, social et médico-social s'est fortement transformée. Un grand nombre de textes réglementaires ont modifié le fonctionnement et le financement des établissements et des services en vue d'améliorer la qualité et l'efficacité du système.

Le modèle économique sur lequel reposent aujourd'hui les établissements de santé est celui du financement de l'activité (la production de soins). Les établissements de soins de suite et de réadaptation, les établissements et services médico-sociaux, ainsi que les établissements sociaux sont à leur tour, après les hôpitaux, engagés dans ce même processus de financement de la prestation rendue, dans le cadre d'une politique de convergence tarifaire, ayant pour but de diminuer le rapport coût/prestation.

Ces financements dépendent d'indicateurs variés, plus ou moins adaptés à la réalité du besoin et à son évolution. La diminution de plus en plus forte de la durée moyenne de séjour dans

les hôpitaux provoque un transfert de populations aux pathologies non stabilisées et souvent lourdes dans les établissements de soins de suite et de réadaptation et dans les établissements médico-sociaux. Ce transfert de populations n'est pas accompagné par un transfert de ressources financières suffisant. Le manque de moyens en soins dans les établissements pour personnes âgées dépendantes est aujourd'hui crucial. Il est contre-productif en termes de santé publique et inadmissible du point de vue éthique.

Enfin, la mise en concurrence des organismes gestionnaires d'établissements, à travers les modalités de financement à la production et les nouvelles procédures d'autorisation et de création par appel à projets, a pour conséquence de fragiliser les petits opérateurs, notamment ceux à but non lucratif, et de renforcer les mouvements de concentration au profit des gros opérateurs et particulièrement des grands groupes commerciaux.

Positionnés entre l'importance historique du secteur public et la forte croissance du secteur privé commercial, les organismes non lucratifs, et particulièrement les associations, doivent montrer leur capacité à s'adapter à la fois à l'évolution des besoins des populations et aux nouvelles règles concurrentielles, sans perdre de vue les valeurs qui les ont fondées.

“

Les associations doivent montrer leur capacité à s'adapter à la fois à l'évolution des besoins des populations et aux nouvelles règles concurrentielles, sans perdre de vue les valeurs qui les ont fondées.

”

3. Le projet associatif

Le COS a pour objectif d'accompagner, soutenir et soigner les personnes, de toutes origines et de toutes confessions, fragilisées par leur situation de dépendance, de handicap ou en grande difficulté sociale et/ou psychosociale. Il donne la priorité aux plus démunis sur le plan matériel, physique et moral, dans le respect de leur dignité et de leur intégrité.

Les missions que se donne le COS sont larges, car il considère les besoins de la personne dans leur globalité : accès aux droits, besoins matériels, psychologiques, médicaux et sociaux.

➡ Le COS met en œuvre un ensemble de dispositifs et de structures relevant de trois filières (gériatrie, handicap, précarité) et de trois secteurs :

- les établissements de santé de moyen séjour (médecine physique, rééducation, réadaptation) et de long séjour (USLD) ;
- les établissements et services médico-sociaux d'hébergement et de soins (MAS, EHPAD...), d'accompagnement (SAMSAH...), de réadaptation et de formation (CRPF) ;
- les établissements sociaux, d'accueil, d'hébergement, d'accompagnement et de formation (CADA, CPH, CHRS, maison-relais, CRPF, chantier d'insertion...).

➡ Le COS veut offrir :

- un accueil de qualité, où le confort du logement et le service hôtelier soient respectueux de la personne et favorables à son autonomie

comme à son épanouissement ;

- un accompagnement individuel qui favorise l'autonomie, valorise la participation de la personne, recherche l'implication de son entourage et crée les conditions d'une véritable vie sociale ;
- des moyens en soins, rééducation et formations, qui visent le même objectif : l'autonomie de la personne.

La diversité des publics et des situations rencontrées constitue pour les équipes du COS une grande richesse d'expériences qui permet de développer des savoir-faire et des compétences transversales et transférables d'une filière à l'autre.

➡ Les lignes de force du projet du COS sont :

- la qualité du parcours de la personne ;
- la qualité de la vie sociale et l'ouverture des établissements à leur quartier ;
- la réflexion éthique ;
- la coordination, la coopération et l'esprit d'équipe ;
- l'efficacité de la gestion associative non lucrative ;
- la politique de la qualité et de la prévention des risques ;
- la politique de développement durable.

LA QUALITÉ DU PARCOURS DE LA PERSONNE : PARCOURS DE VIE, PARCOURS DE SOIN

Le COS est attentif à la qualité et à la continuité du parcours de la personne. La vulnérabilité des personnes accueillies nécessite que tout soit mis en œuvre pour éviter les situations de rupture et d'urgence, qui entraînent la perte de repères et renforcent la dépendance.

Le partenariat avec les structures d'amont et d'aval (l'hôpital, les établissements médico-sociaux et les services sociaux) et la mise en œuvre de services innovants et souples, doivent permettre aux équipes du COS d'anticiper les besoins à venir de la personne accueillie et d'élaborer avec elle et son entourage un projet de vie et de soins individualisé et évolutif. La qualité du parcours de la personne est conditionnée par la capacité des équipes à partager leurs informations et à échanger leurs points de vue. Les soins ne doivent pas s'envisager sans prendre en compte la qualité de vie sociale. L'efficacité des soins et la qualité du lien social sont intimement liées ; l'une et l'autre sont en dynamique. La qualité du parcours de la personne se conçoit jusqu'au bout de la vie.

“ La diversité des publics et des situations rencontrées constitue pour les équipes du COS une grande richesse d'expériences qui permet de développer des savoir-faire et des compétences transversales et transférables d'une filière à l'autre. ”



“

L'efficacité des soins et la qualité du lien social sont intimement liées : l'une et l'autre sont en dynamique.

”

Le respect de la dignité de la personne âgée ou handicapée suppose de lutter contre ses douleurs et ses souffrances par des soins palliatifs et un accompagnement psychologique.

LA QUALITÉ DE LA VIE SOCIALE ET L'OUVERTURE DES ÉTABLISSEMENTS AU QUARTIER

Le COS veut être créateur de lien social. Il développe une politique d'animation sociale basée sur l'ouverture au quartier, à la vie de la cité. Il met à la disposition des associations locales et des communes ses équipements (piscines, salles de sport, jardins, salles d'animation) de façon à générer une activité sociale intense qui casse le sentiment de réclusion que pourraient ressentir les personnes accueillies en établissement sanitaire ou médico-social.

La coordination et la formation de l'ensemble des animateurs sont menées au niveau de l'association tout entière. Ces personnels sont considérés comme des chefs de projet, capables de mettre en œuvre un programme annuel d'animation qui favorise les relations intergénérationnelles et qui incite les nombreuses associations locales et les habitants du quartier ou du voisinage à entrer dans nos établissements.

Le COS encourage le bénévolat qui enrichit la vie sociale au sein de ses établissements. Être bénévole, c'est offrir ce qu'il y a de plus précieux en chacun de nous : de son temps et de son être,

volontairement et gratuitement.

Dans un monde de plus en plus régi par l'argent et la rentabilité, cette démarche est exemplaire et nécessaire.

Du conseil d'administration jusqu'aux aides sur le terrain, les bénévoles des établissements du COS partagent tous une même vocation : accompagner les personnes vers l'autonomie, avec humanité et solidarité. Ils sont étudiants, actifs, retraités ou membres d'associations qui ont décidé d'apporter leur savoir-être et leur savoir-faire. Ils apportent ce supplément d'âme indispensable dans les établissements accueillant des personnes âgées, handicapées ou en difficulté sociale, souvent fragilisées et en grande souffrance. En appui au personnel des établissements, ils font preuve chaque jour d'inventivité et de partage pour proposer toutes sortes d'animations : manifestations culturelles, cours de français, visites, pièces de théâtre, chants, jeux variés... Ils sont une passerelle vers le monde extérieur et créateurs de lien humain, pour une plus belle qualité de vie, pour chacun et à chaque instant de son existence.

LA RÉFLEXION ÉTHIQUE

Chaque établissement du COS, chaque service, doit veiller à la bonne application des valeurs et des fondements de l'association tels que définis dans "notre socle commun" et partagés entre tous les acteurs du COS : personnels, bénévoles, usagers, familles. Chacun doit s'assurer du respect des principes que les pouvoirs publics ont inscrits dans la loi et dans les

textes réglementaires relatifs aux droits et libertés de la personne accueillie, aux droits des usagers, aux droits des malades, ainsi que dans les différentes recommandations et guides de bonnes pratiques préconisés par la Haute autorité de santé et par l'Agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale.

Le projet d'établissement, les moyens matériels et humains mis en œuvre, l'organisation du travail, la formation du personnel sont les conditions minimales pour permettre aux équipes de réaliser des prises en charge et des accompagnements de qualité. Mais, face à la vulnérabilité des personnes accueillies, face à la souffrance, face à la grande dépendance, il est nécessaire d'apporter aux personnels le temps de l'écoute et de l'échange. L'éthique n'est pas affaire que de procédures, de déontologie, de bien-traitance et de bienveillance. L'éthique est une démarche de doute constructif que le COS souhaite mettre en œuvre dans chacun de ses établissements dans le cadre **de groupes de réflexion éthique.**

Ces groupes, animés par des personnes qualifiées, extérieures à l'association, (médecins, philosophes, juristes...) peuvent réunir deux à trois fois par an

“

Une politique d'animation sociale basée sur l'ouverture au quartier, à la vie de la cité.

”

“

Le point de vue et le vécu professionnel de chaque salarié sont à prendre en compte dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

”



des personnels et des usagers de l'établissement. Temps de parole et d'écoute, temps d'échanges et de réflexion, ces groupes visent à faire émerger les questions sur les pratiques professionnelles, sur la vulnérabilité et la dépendance des personnes, sur les contraintes de la vie en collectivité, sur les multiples situations où “pour le bien des personnes”, des droits et principes fondamentaux pourraient être bafoués. Les équipes de direction (directeurs, cadres hiérarchiques et médecins) sont invitées à prendre en compte les questions et les réponses proposées par ces groupes de réflexion éthique.

Les questions éthiques que les médecins rencontrent régulièrement dans leur pratique clinique doivent pouvoir être abordées dans le cadre d'une commission médicale associative.

Enfin, lorsque des questions ne trouvent pas de réponse satisfaisante ou lorsque les solutions proposées, pour respecter par exemple la volonté et la liberté de la personne, font courir un risque à toute l'institution, le **conseil éthique et scientifique du COS** est consulté pour élaborer un avis soumis à la décision du conseil d'administration. Ainsi, toute l'association à ces différents niveaux d'organisation est engagée dans son positionnement éthique.

LA COORDINATION, LA COOPÉRATION ET L'ESPRIT D'ÉQUIPE

Ce sont les personnels qui font vivre au quotidien les valeurs, les principes et les engagements de l'association. Ce sont eux qui traduisent dans les faits notre exigence éthique.

Cela suppose que tous les responsables de l'association, à tous les niveaux de décision, soient à l'écoute des personnels et portent une attention particulière au développement des compétences, aux savoirs acquis et aux besoins d'évolution dans les métiers.

Le COS cherche à valoriser les potentiels de chacun au sein de l'association.

Le point de vue et le vécu professionnel de chaque salarié sont à prendre en compte dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Le développement personnel continu (DPC) et les évaluations des pratiques professionnelles sont devenus des axes forts de la démarche qualité et des politiques de formation pour chacun de nos établissements.

Les savoirs et savoir-faire des uns peuvent être transmis aux autres dans le cadre de l'Institut de formation du COS. Cet institut, créé en 2009, permet non seulement

de développer la politique associative en matière de formation, mais aussi de transférer les compétences acquises d'un métier à l'autre, d'une filière à l'autre et de favoriser les échanges d'expériences entre personnels du COS. Il crée ainsi un mouvement d'intelligence collective.

Notre exigence éthique ne repose pas sur des individus pris isolément, aussi professionnels et compétents soient-ils. Ce n'est pas la performance personnelle que nous souhaitons privilégier mais les comportements coopératifs. La qualité du projet d'établissement, la qualité de l'organisation, la qualité de la coordination, la qualité des conditions de travail et du dialogue social, l'écoute et la considération de l'encadrement sont les conditions d'un management de qualité que nous voulons entièrement tourné vers la cohésion des équipes, vers un **“esprit d'équipe”**.

L'EFFICACITÉ D'UNE GESTION ASSOCIATIVE NON LUCRATIVE

Le COS est une association à but non lucratif relevant d'un conseil d'administration composé de membres bénévoles qui se veulent garants des valeurs et des principes fondateurs de l'association.

Dans une société où le sens de l'humanité trop souvent disparaît, le COS revendique

“

Ce n'est pas la performance personnelle que nous souhaitons privilégier mais les comportements coopératifs.

”



Dans une société où le sens de l'humanité trop souvent disparaît, le COS revendique la modernité et la pérennité du modèle de l'économie sociale et solidaire.



la modernité et la pérennité du modèle de l'économie sociale et solidaire. N'ayant pas d'actionnaires à rémunérer, s'appuyant sur des fonds propres et un patrimoine issus de son histoire et d'une gestion rigoureuse, le COS peut réinvestir ses capacités de financement dans les projets innovants qui s'adressent, en priorité, aux personnes les plus démunies.

La maîtrise des coûts, dont profiteront les plus démunis, la qualité des soins, des accompagnements et de la vie sociale, la souplesse et l'adaptation des réponses institutionnelles, la sécurité du parcours de vie et de soin, la volonté de dialogue, la recherche de la participation, la réflexion éthique, le souci de l'équité et de la justice sociale, la transparence financière, tous ces objectifs doivent être quotidiennement pris en compte dans les pratiques des équipes.

Le siège social du COS s'est doté de moyens d'expertise, d'évaluation, d'appui et de conseil qui permettent d'épauler les directions d'établissements dans cette gestion exigeante où rien ne doit être laissé au hasard.

Le conseil d'administration du COS s'appuie, dans ses décisions, sur les avis des commissions sectorielles (concernant les trois filières), des commissions transversales (concernant les thèmes communs aux trois filières) et des conseils d'orientation régionaux (s'agissant des territoires). Ces différentes commissions de travail associent les administrateurs du COS, les partenaires locaux, les directions des établissements et la direction générale.

LA POLITIQUE DE LA QUALITÉ ET DE LA PRÉVENTION DES RISQUES

La satisfaction de l'usager et de son entourage, la qualité de l'accueil, de la relation humaine, du confort et du service, la sécurité et la traçabilité des soins et des accompagnements, la performance et la sécurité du système d'information, la gestion contrôlée des risques, le développement durable et la réflexion éthique sont au cœur des préoccupations du COS qui, dans ce cadre, s'engage avec ses personnels dans une démarche d'amélioration continue⁶.

Le COS fixe, pour ses établissements et services, différents objectifs regroupés en six axes d'amélioration :

➡ L'amélioration de la qualité de vie de la personne

- Garantir des soins et/ou un accompagnement de qualité en fonction des besoins et des attentes.
- Maintenir ou développer les capacités d'autonomie, le lien social et familial, dans le cadre d'un projet personnalisé.

➡ L'enrichissement des ressources humaines

- Manager les équipes pour répondre à la mission de l'établissement et au projet associatif.
- Valoriser la relation humaine, l'esprit d'équipe et non le seul intérêt individuel, en privilégiant le dialogue, le débat

et l'intelligence collective.

- Favoriser la formation, l'évaluation des pratiques professionnelles, la qualification, le développement personnel continu et la promotion interne.
- Créer une dynamique collective qui s'enrichisse de la participation des familles et des bénévoles.

➡ Le confort et la sécurité des équipements et des lieux de vie

- Avoir des locaux confortables et des équipements appropriés et conformes aux besoins des personnes.
- Garantir la sécurité, l'intimité et la liberté de chacun au sein d'une organisation collective.

➡ La maîtrise de la gestion

- Avoir une gestion efficiente, responsable et transparente.
- Développer des indicateurs de bonne gestion.
- Mutualiser les moyens et les compétences dans le contrôle interne et optimiser les achats.

➡ Le management de la qualité et de la gestion des risques

- Déployer une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques.
- Mettre en œuvre les évaluations des pratiques et les mesures de satisfaction des usagers et des équipes.
- Assurer le suivi et la maintenance des locaux, des équipements et des organisations en matière d'hygiène et de sécurité.

6. Voir en pages 18 et 19 les cartographies des processus établissements et siège.



L'équité sociale est un enjeu fondamental du développement durable.



➡ Le déploiement des systèmes d'information

- Harmoniser les systèmes d'information et intégrer les nouvelles technologies.
- Améliorer l'ergonomie et la sécurisation des systèmes d'information.

LA POLITIQUE DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

Le développement durable est “un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs”⁷. Il est de la responsabilité de tous les acteurs économiques de s'inscrire dans cet enjeu commun à toute l'humanité, dont les conséquences à l'échelle de la planète sont à la fois écologiques, économiques et sociales.

Le COS entend prendre en compte les questions de développement durable sous ces trois aspects :

- le respect de l'environnement ;
- la maîtrise des coûts ;
- l'équité sociale.

Le respect de l'environnement

Toutes les entreprises, depuis les lois « Grenelle » de 2009 et 2010, doivent fournir des informations concrètes sur les conséquences environnementales de leurs activités. Les établissements de santé doivent d'ici à 2017 réduire d'au moins 40 % leur consommation d'énergie et d'au moins 50 % leurs émissions de gaz à effet de serre. Il s'agit de diminuer, à travers toutes les activités du COS, les impacts CO₂ en logistique, transport, bâtiments et énergie. Les réhabilitations ou les constructions de nouveaux

établissements privilégieront les basses consommations et le renouvellement des énergies. Notre politique d'achat cherchera à favoriser la biodiversité.

La maîtrise des coûts

Tous les établissements du COS doivent s'efforcer d'économiser leur consommation d'eau et d'électricité et de diminuer leurs déchets. Ils doivent procéder à une politique d'achat responsable (privilégiant la protection de l'environnement et l'insertion des publics en difficulté), et favoriser les technologies vertes et la dématérialisation des documents.

L'équité sociale

L'équité sociale est un enjeu fondamental du développement durable. Elle va s'attacher au bien-être, aux capacités et aux possibilités individuelles d'épanouissement. Elle vise à lutter contre la pauvreté, l'exclusion, les discriminations et pour le respect des diversités culturelles. La santé, l'éducation, l'emploi, le handicap, l'alimentation, l'accès au logement font partie des nombreuses thématiques sociales traitées dans le cadre du développement durable.

La politique du COS s'inscrit dans cette volonté d'équité sociale à travers toute son action auprès des personnes vulnérables bien sûr, mais aussi vis-à-vis de ses personnels. Elle tient compte de la santé au travail, du bien-être et de l'engagement des salariés, de l'emploi des travailleurs handicapés, de l'organisation du travail, de la diversité et de l'égalité des chances, de la formation et de l'évolution professionnelle, de la gestion prévisionnelle des emplois.

➡ Le COS s'engage dans les cinq années à venir et pour l'ensemble de ses établissements à :

- sensibiliser tous ses personnels à une politique de développement durable ;
- analyser les impacts majeurs de ses organisations sur leur environnement ;
- définir les priorités stratégiques, les actions à mettre en place et les indicateurs de suivi.

Un comité de pilotage sera chargé d'épauler les établissements dans la mise en œuvre de cette politique et en assurera le suivi.

4. Les orientations stratégiques 2012-2017

D'une manière générale, le COS poursuivra, dans les cinq années à venir, son développement dans les sept régions où il est déjà présent et dans ses trois filières existantes.

Le COS entend mettre en œuvre des projets innovants favorisant la qualité de vie et de soins des personnes vulnérables.

Il entend poursuivre la création de nouveaux projets et la restructuration d'établissements, notamment par des réponses aux appels à projets et par une politique d'alliances et de partenariats locaux.

Tous les établissements et services du COS s'inscriront dans les lignes de force du projet associatif et continueront à se développer ou à s'adapter pour mieux répondre à l'évolution des besoins. Enfin, le COS continuera à être actif au sein des grandes fédérations nationales et à participer ainsi aux débats de société et à l'élaboration des politiques publiques dans le domaine de l'action sanitaire et sociale.

Le renforcement territorial

Les établissements et services du COS sont présents dans sept régions et douze départements. Dans son précédent projet stratégique (2009-2012), le conseil d'administration a déjà cherché à favoriser le développement de l'association sur les territoires où elle était présente, en s'appuyant sur ses compétences et ressources internes. Cette politique de renforcement territorial sera poursuivie.

Elle doit permettre :

- de mieux connaître les particularités locales afin de toujours anticiper l'évolution des besoins des populations dans ces régions et filières ;
- d'être performant et réactif aux appels à projets ;
- de développer un réseau de proximité afin de renforcer nos partenariats ;
- d'être un interlocuteur reconnu par les pouvoirs publics : services de l'État, ARS, départements, régions...
- de mutualiser les moyens et les compétences entre les établissements sur un même territoire, facteurs d'enrichissement réciproque et de meilleur équilibre financier.

La politique d'alliance

L'innovation sociale est née la plupart du temps des projets de petites associations, créées spontanément par des professionnels engagés, des parents ou de simples citoyens concernés, souhaitant répondre à des besoins sociaux ou sanitaires insuffisamment pris en compte. Ce modèle associatif, force de propositions, est aujourd'hui mis à mal par la situation économique et les évolutions réglementaires, mais conserve toute sa valeur.

Le COS milite aux côtés des grandes fédérations pour maintenir la diversité associative, pour soutenir la présence des petites et moyennes associations au plus près des populations vulnérables, pour encourager l'engagement bénévole garant des valeurs et des principes associatifs. La volonté d'être leader sur un marché,

de considérer la croissance, la rentabilité et le profit comme des principes premiers, ne correspond ni aux valeurs fondatrices des associations comme le COS, ni à la situation des publics les plus vulnérables. Le COS estime que l'absorption d'une association par une autre n'est pas le seul moyen du développement. Il préfère, chaque fois que cela est possible, privilégier les solutions d'alliance qui renforcent la dynamique associative et confortent l'engagement des hommes et des femmes porteurs de projets répondant aux besoins sociaux ou de santé publique.

La politique d'alliance développée par le COS sera donc poursuivie et même renforcée. Elle vise à :

- soutenir l'engagement d'hommes et de femmes bénévoles et salariés autour d'un projet associatif ;
- développer la coopération et les synergies entre organismes pour mutualiser les compétences entre établissements et services, pour maintenir ou renforcer l'autonomie des personnes et pour favoriser la qualité de leur parcours de vie et de soin ;

“
Privilégier les solutions d'alliance qui renforcent la dynamique associative et confortent l'engagement des hommes et des femmes porteurs de projets.
”



Éviter et anticiper les situations de rupture, ainsi que les redondances inutiles dans les examens médicaux.



- renforcer la position du COS et de ses partenaires investis dans une économie sociale et solidaire, au service de l'humain, privilégiant l'équité, la justice sociale, la qualité de la relation et non le profit.

La diversification des ressources financières en faveur de l'innovation

Dans un environnement réglementaire et économique très contraint, le COS souhaite rester un acteur innovant du secteur sanitaire et social. Les projets les plus novateurs sont souvent les plus difficiles à faire reconnaître auprès des pouvoirs publics, surtout en période de crise. Le recours au mécénat a donc été décidé par le conseil d'administration et le **Fonds de dotation Alexandre Glasberg** a été créé en ce sens. L'objectif est d'associer les entreprises ou les grands donateurs au démarrage de projets nouveaux qui favoriseront le maintien ou le retour à l'autonomie des personnes, qui lutteront contre leur isolement et favoriseront leur participation à la vie sociale, malgré la dépendance, le handicap ou les difficultés économiques et sociales. Ces projets pourront être ponctuels ou auront pour vocation à être pérennisés. Lorsque ces actions innovantes auront

fait la preuve de leur efficacité, le COS cherchera, avec l'appui de ses mécènes, à convaincre les pouvoirs publics d'accorder leur financement sur le long terme.

LES OBJECTIFS DANS NOS TROIS FILIÈRES

Le COS intervient dans les trois secteurs (sanitaire, médico-social et social) pour trois populations :

- les personnes âgées en situation de dépendance, pour lesquelles l'association gère un ensemble d'établissements et de services : EHPAD, USLD, SSR, UHR, MAIA, PASA⁸, accueil de jour, hébergement temporaire, plateforme d'aide et de répit, soins palliatifs⁹;
- les personnes en situation de handicap, avec des établissements de moyens séjours (CMPR, CRF, CRPF¹⁰), de longs séjours (MAS), de l'hébergement temporaire ainsi que des services d'intervention à domicile (SAMSAH¹¹);
- les personnes en situation de précarité avec les établissements et services pour demandeurs d'asile et réfugiés (PADA, CADA, CPH, HUDA¹²) et les établissements et services pour personnes en difficulté sociale (CHRS¹³, maisons-relais, chantiers d'insertion).

Les personnes âgées en situation de dépendance

Les pouvoirs publics ont permis ces dix dernières années la création d'un nombre important d'établissements pour personnes âgées dépendantes et ont encouragé la médicalisation des structures existantes. Toutefois, la création de ces nouvelles structures n'a pas suffisamment pris en compte l'évolution des pathologies des personnes accueillies et le taux d'encadrement du personnel soignant reste largement insuffisant dans les EHPAD. D'autre part, l'abandon en 2011 de la réforme sur le financement de la dépendance a pour conséquence de laisser à la charge des personnes âgées et de leurs familles des coûts beaucoup trop élevés.

Rendre plus accessible la filière gériatrique

L'entrée en établissement reste pour beaucoup de personnes et de familles une démarche difficile, souvent chaotique et traumatisante. L'accès à la filière gériatrique se fait trop souvent par le passage aux urgences. Ces hospitalisations en soins aigus sont peu adaptées aux situations de maladies chroniques et aux polypathologies des personnes âgées.

8. EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. USLD : unité de soins de longue durée. SSR : Service de soins de suite et de réadaptation. UHR : Unité d'hébergement renforcée. MAIA : Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer. PASA : Pôle d'activité et de soins adaptés.

9. Le COS gère une unité de soins palliatifs à Hyères (83) et un réseau de soins palliatifs à domicile à Bordeaux.
10. CMPR : Centre de médecine physique et de réadaptation. CRF : Centre de rééducation fonctionnelle. CRPF : Centre de réadaptation professionnelle et de formation.
11. MAS : Maison d'accueil et de soins.

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.
12. PADA : Plateforme d'accueil pour demandeurs d'asile. CADA : Centre d'accueil pour demandeurs d'asile. CPH : Centre provisoire d'hébergement.
13. CHRS : Centre d'hébergement et de réadaptation sociale.



Le COS estime qu'il convient de créer un nouveau concept d'"EHPAD dans et hors les murs".



Le COS milite pour la mise en œuvre d'une filière gériatrique plus accessible, permettant plus de fluidité entre les différentes structures (ambulatoires, médico-sociales, sanitaires), plus de continuité et de qualité dans les soins. Il s'agit d'éviter et d'anticiper les situations de rupture, ainsi que les redondances inutiles dans les examens médicaux. Il s'agit aussi de mieux prendre en compte le phénomène de dénutrition chez de nombreuses personnes âgées isolées.

Nos établissements sont aujourd'hui adaptés à la grande dépendance et aux maladies chroniques, notamment pour ce qui concerne la maladie d'Alzheimer. Pour une bonne organisation des soins et de la vie sociale, ils peuvent être amenés à une spécialisation en fonction des niveaux de dépendance et des maladies.

Nous ferons en sorte, par exemple, de mieux répondre aux spécificités de la maladie de Parkinson pour favoriser l'autonomie des personnes qui en souffrent (adaptation des espaces, formation des personnels...).

Nous renforcerons également nos moyens et nos partenariats pour mieux répondre aux pathologies psychiatriques insuffisamment prises en compte aujourd'hui.

Développer l'accès aux soins palliatifs

Les soins palliatifs sont insuffisamment développés en France. Selon le récent rapport de l'Observatoire de la fin de vie, « les deux tiers des personnes qui décèdent d'une maladie sont susceptibles de relever d'une prise en charge en soins palliatifs plus ou moins complexe. En maison de retraite, 59 % des résidents relèvent de ces soins. »

Le COS soutient **le développement des réseaux de soins palliatifs**

intervenant à domicile et en EHPAD. Il entend poursuivre l'action qu'il a entreprise dans ce domaine pour que chacun puisse finir sa vie dans la dignité et au côté de ses proches. Tous les personnels soignants seront sensibilisés et formés à la prise en charge de la douleur.

Inscrire les EHPAD dans la politique de maintien à domicile

Convaincu que la politique de maintien à domicile répond à la demande des personnes et doit donc continuer à se développer, le COS a initié dans ses EHPAD **une offre d'accueil séquentiel**, diversifiée et souple, répondant aux besoins des personnes et de leurs aidants familiaux : accueil de jour, accueil de nuit, hébergement temporaire.

Grâce à des alliances avec des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), le COS souhaite développer l'expérience de **plateformes d'aide et de répit** qu'il a commencée en 2012 en région Aquitaine. Ces plateformes de répit permettent d'anticiper les risques de rupture des aidants familiaux, en proposant des plans d'accompagnement et de soins personnalisés en coordination avec tous les acteurs (famille, médecin traitant, SSIAD, EHPAD...). Nous souhaitons également multiplier avec nos partenaires les solutions alternatives de répit, comme l'accueil familial et le "baluchonnage"¹⁴.

Les pouvoirs publics ont créé, à un rythme soutenu ces dix dernières années, un nombre très important de nouvelles structures visant à favoriser le maintien à domicile.

Cependant, il est devenu compliqué pour le public de se repérer dans un dispositif qui a tendance à empiler les services dont les missions se ressemblent parfois fortement : les comités locaux d'informations et de coordination (CLIC), les services de l'APA, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), les équipes spécialisées Alzheimer (ESA), les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades

14. Baluchonnage : offre de remplacement au domicile de l'aidant familial. Dispositif développé initialement au Québec.



Les EHPAD pourraient devenir des lieux d'expertise gériatrique, dotés des technologies de l'information adaptées à la grande dépendance, permettant le suivi des patients à domicile.



Alzheimer (MAIA), les réseaux gérontologiques, les réseaux mémoire, les centres de consultation mémoire, etc. Outre la complexité de ce dispositif, les familles se trouvent confrontées au manque de continuité. Les situations de crise ne se passent pas toujours dans les bons horaires d'ouverture des services à domicile et c'est ainsi que trop souvent la personne âgée se retrouve inutilement aux urgences.

Le COS estime qu'il convient de créer un nouveau concept d'«**EHPAD dans et hors les murs**», dont les équipes, renforcées en personnels et parfaitement formées à la prise en charge gériatrique, travaillant en coordination avec les services à domicile (notamment les gestionnaires de cas des MAIA), disposant de dossiers médicaux partagés, pourraient proposer à tout moment une continuité de soins.

Face à l'accroissement des besoins liés au vieillissement, nous souhaitons que les EHPAD deviennent des lieux d'expertise gériatrique, dotés des technologies de l'information adaptées à la grande dépendance (les gérontechnologies), permettant le suivi des patients à domicile. Reliés en permanence avec les hôpitaux du territoire de santé et les établissements

de soins de suite et de réadaptation, les EHPAD pourraient apporter l'expertise de proximité permettant la bonne orientation de la personne dans la filière gériatrique.

Créer des établissements accessibles aux plus démunis

Le COS souhaite poursuivre la création et la réhabilitation d'établissements habilités à l'aide sociale. Il s'engage à maintenir des prix d'hébergement accessibles tout en offrant une bonne qualité de service. Ses fonds propres, issus d'une gestion rigoureuse, sont et continueront à être réinvestis dans les constructions et les réhabilitations de façon à contenir l'impact des coûts immobiliers sur les prix de journée d'hébergement à la charge des personnes et de leur famille.

Construire des résidences services à caractère social

Pour compléter son dispositif et offrir **une alternative entre le domicile et l'EHPAD**, le COS veut poursuivre la création de résidences services à caractère social. La construction de ces résidences services non médicalisées se situera à proximité des EHPAD. Les logements équipés de domotique, d'une superficie de 35 à 40 m² environ (T1 et T2), à loyers

modérés, seront destinés aux conjoints des personnes placées en EHPAD ou aux personnes âgées isolées et suffisamment autonomes (GIR 5, GIR 6).

Les services rendus aux résidents s'appuieront sur la logistique de l'EHPAD. Les premières résidences services du COS sont prévues sur le site de la Villa Pia à Bordeaux et à Marseille sur le site du pôle gérontologique Saint Maur.

Les personnes en situation de handicap

Le COS est un acteur reconnu dans la prise en charge des personnes présentant **des déficits moteurs ou neuromoteurs**, à la suite d'un accident cérébral, d'un traumatisme crânien, d'une blessure médullaire ou encore d'une maladie neurodégénérative (sclérose en plaque, myopathie, etc.). Par ailleurs, considérant l'accroissement des besoins en santé mentale, le COS a voulu dans son projet stratégique 2009-2012 renforcer ses actions auprès des personnes en situation de handicap psychique. Le Centre de réadaptation professionnelle et de formation (CRPF-COS) de Nanteau-sur-Lunain a ainsi fortement développé son dispositif d'accompagnement et d'insertion de ce public, qui représente aujourd'hui



Nos établissements de soins de suite doivent se développer dans le cadre d'une filière de soins, en amont et en aval de leur prise en charge.



près de 30 % des personnes accueillies. Le COS poursuivra ces interventions dans ce domaine en lien avec d'autres associations.

Renforcer les relations entre établissements sanitaires et médico-sociaux

Pour ces différents publics, il est indispensable, afin d'éviter les ruptures de soins, de mieux coordonner les différentes phases de prise en charge, entre les soins aigus (hôpital), les soins de suite (SSR) et les soins courants (ou de transition) pratiqués en établissements médico-sociaux (MAS, FAM...) ou à domicile (par les SSIAD et les SAMSAH). Les SSR reçoivent aujourd'hui des patients de moins en moins stabilisés, qui nécessitent des soins médicaux importants avant d'engager la phase de réadaptation. Les établissements médico-sociaux sont eux aussi confrontés à l'accueil de patients de plus en plus lourds pour lesquels le traitement thérapeutique, médical et les soins sont importants.

Nos établissements de soins de suite doivent s'adapter à cette évolution et se développer dans le cadre d'une filière de soins, en amont et en aval de leur prise en charge. Ils doivent continuer à élargir

leurs compétences par le renforcement des équipes médicales et par une politique de formation continue des personnels soignants très exigeante.

Le COS souhaite notamment proposer une formation spécifique des personnels infirmiers et aides-soignants intervenant en établissement de médecine physique et de réadaptation.

Favoriser l'autonomie, la prévention, l'accompagnement social et la formation

Les établissements du COS développent une prise en charge globale qui non seulement va traiter les pathologies des personnes accueillies, mais aussi prendre en compte leurs déficiences dans leur complexité et leurs conséquences d'un point de vue psychologique, social et psychosocial.

La préparation à la sortie doit se concevoir dès l'admission. L'accès aux droits et à l'accompagnement médico-social est un processus parfois long à mettre en œuvre, il demande beaucoup de suivi de la part des équipes socio-éducatives, qui doivent être parfaitement intégrées aux équipes soignantes. Les établissements de médecine physique et de réadaptation du COS

poursuivront leur partenariat avec l'association Comète France pour promouvoir une démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle.

Les services et les établissements médico-sociaux doivent à la fois assurer des missions de soins de qualité et offrir une vie sociale riche, respectueuse des capacités d'autonomie de la personne et de son projet de vie. Les conditions de logement doivent être parfaitement adaptées aux situations de handicap et offrir tous les moyens de compensation nécessaires grâce aux nouvelles technologies de l'information et aux équipements domotiques. L'accompagnement social doit être adapté à chaque situation de handicap et au projet personnalisé de chaque personne. Il doit être souple et continu dans la durée, pour tenir compte notamment de situations individuelles qui ne sont pas toujours stabilisées. En effet, la variabilité fréquente des troubles chez les personnes cérébrolésées, comme chez les personnes souffrant de pathologies mentales, est à l'origine d'une grande fluctuation dans les capacités d'intégration sociale. Les efforts de formation, d'insertion sociale ou professionnelle peuvent être anéantis rapidement par une situation de crise passagère.



Prendre en compte les déficiences des personnes dans leur complexité et les conséquences d'un point de vue psychologique, social et psycho-social.



Il s'agit d'accompagner les personnes dans la durée pour pallier les conséquences des fluctuations des troubles, conforter et sécuriser les parcours des personnes et anticiper les risques de rupture. Les dispositifs mis en œuvre pour les personnes handicapées psychiques par le CRPF (centre de réadaptation professionnelle et de formation) doivent être étendus. Ils doivent être également mis en œuvre pour les personnes cérébrolésées et particulièrement les traumatisés crâniens. Le COS sollicitera les pouvoirs publics pour la création de services favorisant l'accompagnement médico-social et le maintien à domicile (SAMSAH, SAVS...).

Le COS souhaite également pouvoir apporter des réponses spécifiques en matière de formation aux jeunes âgés de 18 à 24 ans, reconnus en situation de handicap et sortis sans formation du système de l'éducation spécialisée ou du système scolaire. Enfin, nous devons proposer des solutions d'insertion aux personnes handicapées de plus de 50 ans. Selon les statistiques de Pôle emploi (2009), 64 % des personnes reconnues handicapées sont inactives après 50 ans, contre 34 % pour le reste de la population, et 34 % des chômeurs handicapés sont âgés de plus de 50 ans.

Développer une offre de logement diversifiée

Une offre de logement diversifiée doit être proposée pour mieux tenir compte des différents niveaux d'autonomie des personnes dans le logement.

Le COS est gestionnaire de maisons d'accueil spécialisées (MAS) qui répondent aux besoins d'hébergement et de soins des personnes les plus lourdement handicapées (maladies neurodégénératives, tétraplégies, etc.). S'il est vrai que le retard important dans ce domaine a été en partie rattrapé ces dernières années, il reste encore de nombreux secteurs géographiques où l'offre est insuffisante ou inexistante. Le COS sollicitera les pouvoirs publics pour la création de nouvelles structures de type MAS ou FAM (foyers d'accueil médicalisé). Nous proposons également la création de logements de transition (hébergement temporaire, appartements de coordination thérapeutique, appartements relais...). Cette offre intermédiaire entre le domicile et l'établissement, qui doit s'accompagner des différents dispositifs de services à domicile, vise à répondre à différentes situations de blocage que nous rencontrons actuellement. En effet, de

nombreux patients doivent par exemple prolonger leur séjour en SSR, faute d'accessibilité de leur logement ou pour des raisons de rupture familiales et sociales. D'autres ont besoin d'un temps d'hospitalisation de jour ou d'un temps d'éducation thérapeutique avant de pouvoir retrouver suffisamment d'autonomie pour vivre seuls. D'autres encore, accueillis en MAS ou en FAM, souhaitent passer progressivement vers un logement autonome et ont besoin d'un habitat adapté, bénéficiant de services infirmiers et médico-sociaux.

Mieux prendre en compte le vieillissement des personnes en situation de handicap

Le maintien des personnes handicapées, au-delà de 55-60 ans, au sein des établissements spécialisés tels que les MAS (maisons d'accueil spécialisées) ou les FAM (foyers d'accueil médicalisés), n'est pas satisfaisant compte tenu des grandes différences d'âge entre les résidents. Entrés parfois à 20 ans dans ces structures, ils doivent pouvoir bénéficier d'un autre regard, d'une autre forme de vie sociale et de prise en charge. Celle-ci doit cependant être conçue de façon à maintenir une sollicitation adaptée au niveau cognitif et physique.



**Conforter et sécuriser
les parcours des personnes
et anticiper les risques
de rupture.**



Le vieillissement peut en effet entraîner chez les personnes handicapées une perte rapide de leur capacité d'autonomie si difficilement acquise tout au long de leur vie.

Le COS milite pour une prise en charge spécialisée des personnes handicapées vieillissantes qui permette de poursuivre l'accompagnement éducatif et thérapeutique. Il s'agit de créer des structures innovantes soit sous la forme d'établissements autonomes, soit sous celle d'unités spécialisées au sein des EHPAD.

Les personnes en situation de précarité

Le COS s'efforce depuis sa création de répondre aux besoins des personnes en grande difficulté sociale et particulièrement des personnes d'origine étrangère. Il dispose aujourd'hui d'établissements d'accueil, d'accompagnement et d'hébergement, CHRS (centre d'hébergement et de réadaptation sociale), maison-relais... et, pour le secteur de l'asile, d'une plateforme d'accueil de demandeurs d'asile (PADA), de centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA), d'un centre provisoire d'hébergement (CPH), et d'appartements d'hébergement d'urgence.

Renforcer l'accompagnement des demandeurs d'asile et des réfugiés

Toutes les structures pour demandeurs d'asile et réfugiés sont confrontées à des difficultés financières, compte tenu d'une baisse importante des dotations. Les efforts entrepris pour la rationalisation des dépenses ne suffisent plus désormais pour équilibrer les budgets. Les pouvoirs publics demandent, à travers les référentiels de coûts, une révision à la baisse des missions des PADA et des CADA et la diminution des personnels d'encadrement, notamment pour ce qui concerne l'accompagnement dans la procédure et l'accompagnement social.

Le COS souhaite pouvoir maintenir dès le premier accueil un accompagnement de qualité pour les personnes, les familles et les mineurs étrangers isolés, notamment pour les plus fragilisés par leur vécu et leur parcours d'exil. Le temps de la procédure doit être mis à profit pour faciliter l'intégration des personnes quelle que soit l'issue de cette procédure. Pour cela, nous devons maintenir le niveau de compétence de nos équipes, en redéployant éventuellement certains de nos moyens sur les actions sociales de droit commun. Nous devons poursuivre et renforcer encore nos partenariats avec

les intervenants bénévoles, notamment pour l'enseignement du français.

La prise en charge des besoins en santé, et notamment en santé mentale, demeure du point de vue du COS indispensable : il s'agit de l'accès aux droits fondamentaux de la personne. Nous devons accompagner les personnes dans leur parcours de vie, faciliter leur intégration, leur enrichissement culturel, prendre en compte les risques de non-reconnaissance du statut de réfugié, en mettant en perspective leurs différents projets de vie.

Développer le logement de transition et renforcer l'accompagnement des personnes en difficulté sociale

Face à la montée de la précarité, de la pauvreté, de la désintégration de la cellule familiale et de l'isolement des personnes, le COS renforcera, malgré les difficultés de financements publics, son offre d'accueil en résidences sociales, maisons-relais ou pensions de famille... Ces structures représentent une étape souvent nécessaire ; elles doivent offrir un accompagnement social et psychosocial à des personnes ou des familles qui ne sont pas suffisamment autonomes pour se maintenir seules en logement ordinaire.



Accompagner les personnes dans leur parcours de vie, faciliter leur intégration, leur enrichissement culturel.





Créer des logements de “transition” (hébergement temporaire, appartements de coordination thérapeutique, appartements relais...).



Construire avec la personne son projet d'insertion

Dans le secteur de la formation professionnelle, le COS est un opérateur reconnu en Ile-de-France. Nous continuerons le développement des dispositifs de formation et de préformation mis en œuvre en Seine-et-Marne, et particulièrement les entreprises d'entraînement pédagogique. Nous chercherons à renforcer notre offre dans les actions de bilan, de pré-orientation et de formation qualifiante.

Compte tenu de l'augmentation du chômage et de l'exclusion, nous souhaitons apporter des réponses nouvelles favorisant l'insertion professionnelle (publics jeunes, publics RSA...). Nous proposerons de mieux prendre en compte la situation des personnes les plus éloignées de l'emploi, en mettant en œuvre des actions innovantes. La répétition de l'échec peut être évitée si la personne n'est plus reçue comme une personne en difficulté, mais comme une personne en capacité de mettre en valeur ses propres savoirs

et savoir-faire. Nous le ferons en nous appuyant sur les initiatives de nos personnels, mais aussi en apportant nos compétences de gestionnaire aux petites associations les plus innovantes dans ce domaine.

Enfin, nous pensons qu'il est souhaitable de soutenir le développement des entreprises d'insertion par l'activité économique (IAE). Chacun sait que ce dispositif est un formidable vecteur d'insertion pour les personnes les plus éloignées de l'emploi. Mais ces entreprises ont besoin, pour définir leur plan d'activité et de production, de pouvoir compter sur des aides financières stables et sur une politique publique volontariste au niveau des appels d'offres.

Le COS, gestionnaire de chantiers d'insertion, est prêt à renforcer son action dans ce domaine, mais souhaite une plus grande visibilité sur la gouvernance de l'IAE. La mobilisation des ressources publiques et du fonds paritaire de sécurisation des parcours professionnels (FPSPP) nous paraît aujourd'hui indispensable pour sauver ce secteur.



La répétition de l'échec peut être évitée si la personne n'est plus reçue comme une personne en difficulté, mais comme une personne en capacité de mettre en valeur ses propres savoirs et savoir-faire.



5. Conclusion



“

Notre association a pour ambition d'être une force de proposition et d'innovation sociale.

”

Le projet du COS s'appuie sur un socle partagé de valeurs et de principes dont les racines remontent à l'engagement de son fondateur, l'abbé Glasberg, dès les premières heures de la Résistance.

L'accueil et l'accompagnement des personnes les plus vulnérables, la considération et le respect de leur dignité humaine, le souci de justice sociale et de solidarité sont les valeurs qui irriguent notre action.

Nos principes nous engagent à être au service de la vie et à écouter les personnes dont l'autonomie a besoin d'être soutenue pour leur permettre d'agir, de vivre et de participer au monde; ce qu'Alexandre Glasberg exprimait simplement ainsi : *« Tout faire pour la personne, ne rien faire à sa place. »*

Ce projet est la feuille de route de notre association pour les années 2012-2017. Il s'inscrit dans un contexte économique particulièrement difficile et incertain, qui risque de brouiller nos repères et de bousculer nos organisations. Notre pays doit, dans un même temps, réduire ses dépenses publiques et faire face à de multiples défis sur le plan social et sanitaire. Le rôle que se donne notre association est de participer à l'action collective pour mieux prendre en compte les situations de détresse liées à l'âge, aux accidents de la vie, à la précarité ou à l'exil.

L'action du COS est donc vaste, elle touche au plus près les points sensibles de notre société, et ses équipes en connaissent les points de blocage. La participation des personnels et des bénévoles à la politique des établissements est un atout essentiel pour adapter nos réponses à l'évolution des besoins; elle repose sur le dialogue et la qualité de la coordination des équipes.

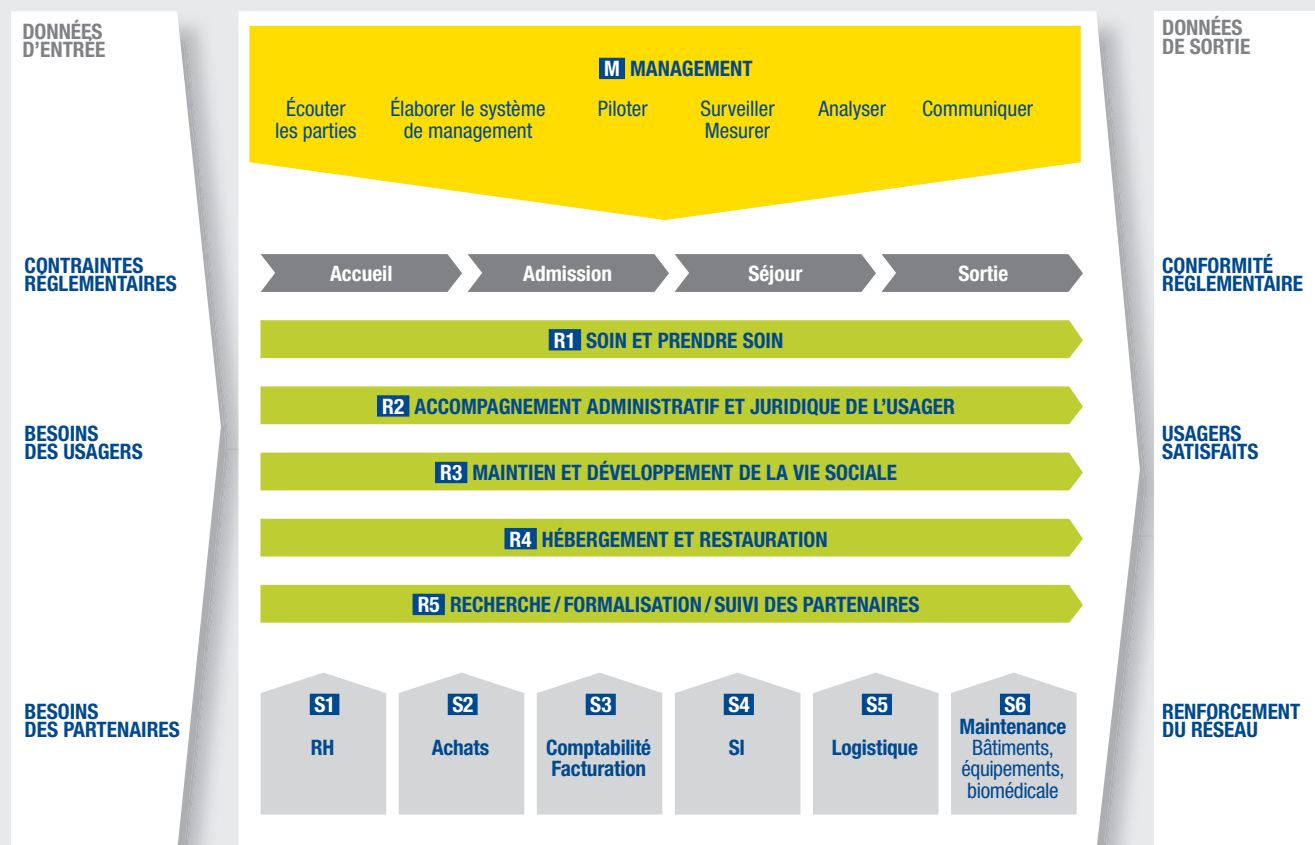
Notre association a pour ambition d'être une force de proposition et d'innovation sociale. La réalisation des projets les plus innovants passe par une diversification des ressources de l'association, par un renforcement de ses moyens et par l'élargissement de ses compétences. Sa politique d'alliance et de partenariat est un axe fort de ses orientations stratégiques.

Dans chacune des filières (dépendance, handicap, précarité-asile), la stratégie du COS est de rechercher la qualité et la continuité du parcours de la personne. Nous devons tout faire pour éviter les situations de ruptures dont les conséquences sont dramatiques pour les personnes les plus fragiles. Nous devons sans cesse privilégier la coordination et la coopération avec les structures d'amont et d'aval et, quand elles font défaut, convaincre les pouvoirs publics de créer les passerelles nécessaires.

Enfin, le projet du COS, au service de l'autonomie, inscrit l'ensemble de ses établissements dans la politique du maintien ou de l'accès au domicile. Nous avons considéré les points de faiblesse des dispositifs actuels et voulons contribuer à les résoudre. Il s'agit le plus souvent de l'inadaptation du logement, du manque de ressources financières de la personne, de son isolement social, du risque de rupture des soins ou du recours trop fréquent et souvent inutile aux urgences des hôpitaux. Sur tous ces points, le COS propose des réponses et recherche des partenaires tant publics que privés pour les mettre en œuvre.

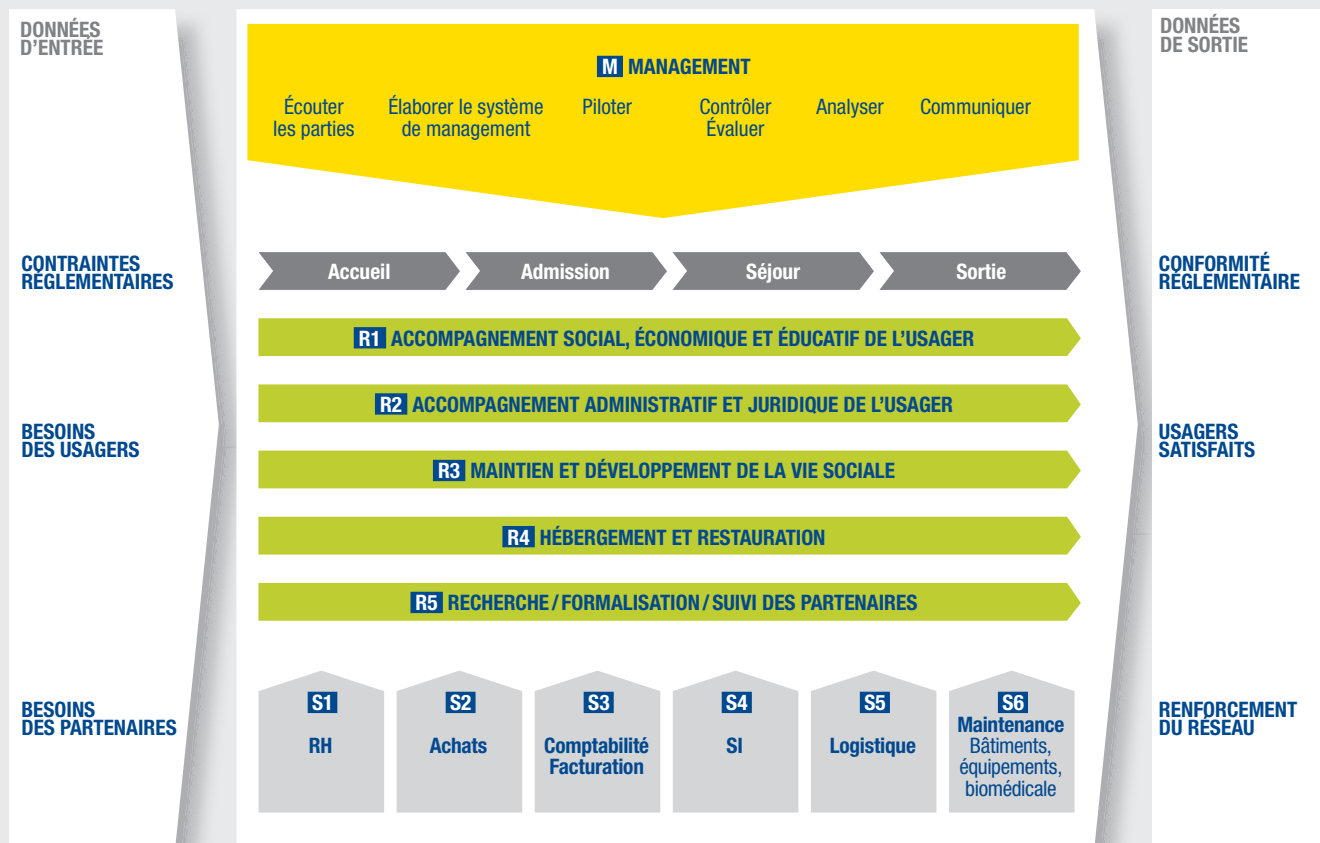
6. Cartographies des processus

CARTOGRAPHIE DES PROCESSUS – ÉTABLISSEMENT SANITAIRE OU MÉDICO-SOCIAL



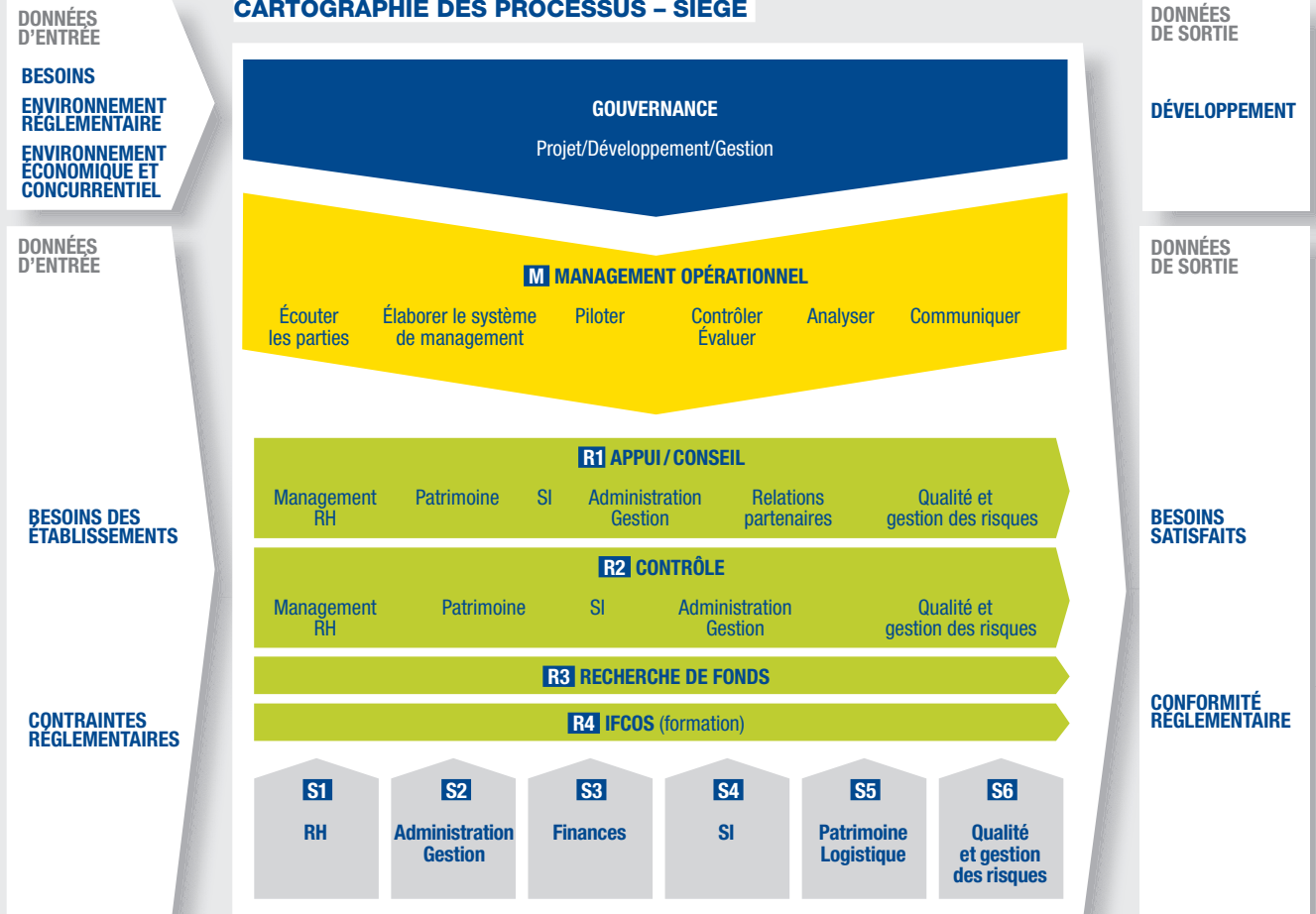
M Processus management **R** Processus réalisation **S** Processus support **SI** Systèmes d'informations

CARTOGRAPHIE DES PROCESSUS – ÉTABLISSEMENT SOCIAL



M Processus management **R** Processus réalisation **S** Processus support **SI** Systèmes d'informations

CARTOGRAPHIE DES PROCESSUS – SIÈGE



M Processus management **R** Processus réalisation **S** Processus support **SI** Systèmes d'informations





Être bénévole au COS

Être bénévole, c'est offrir ce qu'il y a de plus précieux en chacun de nous : de son temps et de son être, volontairement et gratuitement. Dans un monde de plus en plus régi par l'argent et la rentabilité, cette démarche est unique et nécessaire.



Au service de la vie et de l'autonomie

ASSOCIATION À BUT NON LUCRATIF
88-90 BOULEVARD DE SÉBASTOPOL
75003 PARIS
TÉL. : 01 42 60 13 22 – FAX : 01 49 27 06 97
E-MAIL : ACCUEIL@COS-ASSO.ORG
SITE INTERNET : WWW.COS-ASSO.ORG